

prendre la place de l'autre, le long du bord palpébral libre (fig. 338, *a'* et *b'*). Chacun des lambeaux est fixé dans sa position par des sutures. Le défaut de l'opération de Spencer Watson, quand elle est pratiquée sur toute la longueur de la paupière, c'est que les lambeaux possèdent, comparativement à leur longueur, une base bien étroite, ce qui fait qu'ils sont très sujets à se nécroser. Pour cette raison, je n'ai recours à cette opération que dans les cas où le trichiasis n'atteint que l'une ou l'autre extrémité de la rangée des cils et où, par conséquent, le lambeau n'a pas besoin d'être aussi long (fig. 338). D'autres méthodes, dans lesquelles on forme des lambeaux pédiculés, sont celles de Gayet, Jacobson, Dianoux et Landolt.

Chacune de ces méthodes présente ses avantages et ses inconvénients. L'opérateur bien avisé ne s'en tiendra pas exclusivement à l'une ou l'autre d'entre elles, mais il en choisira une, où il combinera deux procédés différents, suivant le cas qu'il a à opérer. Ainsi, la méthode de Hotz peut se combiner avec l'excision d'une bandelette cutanée, avec le décollement du sol ciliaire au moyen d'une section intermarginale ou, si l'incurvation du tarse est très prononcée, avec l'excision d'un coin de ce cartilage. Dans les cas où le trichiasis est le plus développé au milieu de la paupière, la méthode d'Arlt convient très bien, puisque, dans cette méthode, le lambeau cutané a sa plus grande largeur au milieu et que le déplacement du sol ciliaire y est donc le plus grand. D'ailleurs, l'effet des méthodes de Hotz, de Snellen et de Panas est aussi le plus prononcé au milieu de la paupière. Enfin, le trichiasis se borne-t-il à atteindre l'une ou l'autre extrémité de la rangée ciliaire, on adoptera de préférence la formation d'un lambeau cutané pédiculé, par exemple d'après la méthode de Spencer Watson.

IV. — CANTHOPLASTIE.

§ 169. — La canthoplastie (v. Ammon) a pour but d'élargir la fente palpébrale en fendant l'angle externe des paupières. Au moyen des doigts, on écarte fortement l'une de l'autre les deux paupières, dans le but de tendre la commissure externe, et on introduit derrière elle, aussi loin que possible, la branche mousse de ciseaux droits. Puis, d'un coup, on sectionne horizontalement la peau qui se trouve entre les deux branches des ciseaux. En écartant les paupières, on a devant soi une plaie rhomboïdale. Les deux côtés externes sont formés par la peau; les deux côtés internes, par la conjonctive. On suture les côtés internes aux côtés externes, en commençant par le point où les deux côtés de la plaie de la conjonctive se réunissent; on saisit d'abord cette dernière et on la fixe au moyen d'une suture dans l'angle externe de la plaie. Ensuite, on place encore une suture sur la partie supérieure et une autre sur la partie inférieure de la plaie, pour unir la conjonctive à la peau.

Si l'on négligeait de recouvrir la plaie, dans l'angle externe de l'œil, par la conjonctive, elle finirait, au bout de peu de temps, par se refermer. Lorsque donc l'élargissement de la fente palpébrale ne doit être que temporaire, on se borne à inciser la commissure externe sans application de suture consécutive, — canthoplastie provisoire.

Les indications de la canthoplastie sont :

1° *Le blépharophimosis et l'ankyloblépharon.* — Ici l'on veut obtenir un effet permanent de l'opération, il faut donc placer une suture conjonctivale;

2° *Le blépharospasme*, surtout quand il donne lieu à un entropion spasmodique; mais il suffit de faire alors une canthoplastie provisoire. Dans ce cas, le but de l'opération n'est pas seulement d'élargir la fente palpébrale, mais surtout de sectionner les fibres de l'orbiculaire, lequel perd ainsi de sa puissance. — Lorsque l'ectropion spasmodique est, comme c'est le cas si souvent, compliqué d'un blépharophimosis, la canthoplastie doit être suivie de l'application de sutures;

3° *La blennorrhée aiguë* quand, par suite d'une tuméfaction considérable des paupières, l'œil est le siège d'une forte compression. Ici on se contente de la canthoplastie provisoire. Il en est de même lorsque l'élargissement de la fente palpébrale se pratique comme

4° *Opération préparatoire*, dans le cas où l'on doit énucléer un globe oculaire très augmenté de volume, ou lorsqu'on veut rendre possible le passage d'une tumeur orbitaire à travers la fente palpébrale.

Dans le trachome, il est souvent difficile, à cause de la rétraction de la conjonctive, d'attirer celle-ci dans l'angle de la plaie cutanée et de l'y suturer. Dans ce cas, suivant le conseil de Kuhnt, on prend, au lieu de la conjonctive, un mince lambeau cutané formé aux dépens de la peau de la paupière inférieure. Le lambeau est taillé parallèlement au bord de la paupière et tout près de lui, de telle sorte que sa base se trouve en dehors de l'angle des paupières; ainsi l'on peut, sans le tordre, l'insérer dans cet angle des paupières reconstitué. Pour pouvoir écarter suffisamment les côtés de cet angle, on détache les fibres aponévrotiques qui réunissent les extrémités temporales des deux torses au bord externe de l'orbite.

V. — TARSORRAPHIE.

§ 170. — La tarsorrhaphie consiste à raccourcir la fente palpébrale par la réunion du bord des paupières; c'est donc le contraire de la canthoplastie. On peut réunir les bords palpébraux au niveau de l'angle externe ou de l'angle interne de l'œil, — tarsorrhaphie latérale ou médiane.

1° *Tarsorrhaphie latérale.* — D'après v. Walther, pour pratiquer cette opération, on avive, au niveau de l'angle externe de l'œil, le bord des paupières supérieure et inférieure, en excisant le sol ciliaire sur une certaine largeur, et l'on réunit ces bords par des sutures dans cette étendue. Comme, par ce procédé, on se borne à réunir les angles antérieurs des paupières, c'est-à-dire des surfaces avivées très étroites, la cicatrice se rompt facilement sous une certaine traction. Pour éviter cet inconvénient, j'opère d'une autre manière. On commence par marquer dans quelle étendue on désire réunir les bords palpébraux. Alors, par une incision intermarginale, on divise, dans cette étendue, la paupière inférieure en deux feuilletts. Au niveau de l'extrémité interne de l'incision, on en pratique

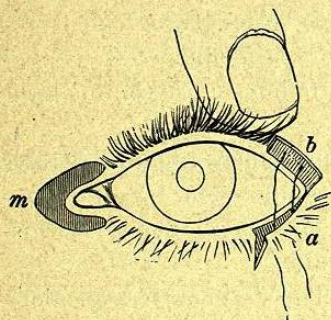


FIG. 339. — *Tarsorrhaphie.* — A l'angle externe de l'œil est dessinée la tarsorrhaphie latérale; dans l'angle interne la tarsorrhaphie médiane.

une autre très courte perpendiculaire à la première, se dirigeant donc verticalement en bas, mais qui n'intéresse que la peau, de manière à transformer le feuillet antérieur de la paupière dédoublée en un lambeau cutané (fig. 339, a). Les bords supérieur et interne du lambeau sont libres; par contre, les bords inférieur et externe restent réunis à la peau de la paupière. La face postérieure du lambeau, près de son bord libre, porte des follicules des cils mis à nus; on les excise à l'aide de ciseaux tenus à plat, ce qui fait tomber les cils ultérieurement. En-

suite, on avive la paupière supérieure, en pratiquant, sur la même étendue que sur la paupière inférieure, l'incision intermarginale et en exécutant, comme dans l'opération de Flarer, l'ablation du sol ciliaire ainsi dégagé. De cette manière, on produit une surface avivée (fig. 339, b), à laquelle le lambeau cutané de la paupière inférieure viendra s'adapter par sa face postérieure. Pour obtenir une réunion exacte des surfaces et non de leurs bords seulement, on applique les sutures de la manière suivante: on passe les deux extrémités d'un fil armé de deux aiguilles, d'arrière en avant, à travers la paupière supérieure près de son bord libre. De cette manière, l'anse du fil est appliquée contre la paupière du côté de la conjonctive, tandis que les deux bouts libres sortent de la surface cruentée antérieure. Ensuite, on passe les fils dans la base du lambeau cutané inférieur et on les noue sur une perle à la face antérieure de ce dernier. Par le fait de cette suture, la base du lambeau est appliquée sur le tarse avivé de la paupière supérieure. Enfin, par quelques sutures fines, on tâche de coapter exactement le bord du lambeau cutané au bord avivé

de la paupière supérieure. L'adhérence des paupières obtenue par cette méthode est tellement solide qu'elle est susceptible de résister à la plus forte tension.

2° *La tarsorrhaphie médiane* a été décrite par Arlt de la façon suivante: au moyen d'une pince et de ciseaux, on excise tout près de l'angle interne de l'œil, tant de la paupière supérieure que de la paupière inférieure, une bandelette cutanée étroite. Les plaies longues et étroites ainsi pratiquées doivent être réunies à angle aigu, en dedans de l'angle interne des paupières (fig. 339, m). On en réunit les lèvres dans toute leur étendue au moyen de sutures à points séparés. Si l'on désirait obtenir une réunion plus solide, on pourrait pratiquer cette opération, comme la tarsorrhaphie latérale, par la formation d'un petit lambeau cutané.

La tarsorrhaphie est indiquée:

1° *Dans l'ectropion.* — Dans ce cas, par sa réunion à la paupière supérieure, la paupière inférieure est relevée. L'opération de la tarsorrhaphie se justifie le mieux dans l'ectropion sénile et dans l'ectropion paralytique, en outre dans les cas légers d'ectropion cicatriciel. Très souvent, on combine la tarsorrhaphie à une blépharoplastie, dans le but d'assurer la position convenable des paupières;

2° *Dans la lagophtalmie,* dans le but de raccourcir la fente palpébrale et de faciliter de cette manière l'occlusion des paupières. Très souvent, on pratique la tarsorrhaphie dans la lagophtalmie produite par l'exophtalmie dans la maladie de Basedow, parce que c'est le seul moyen que nous possédions de parer aux inconvénients qu'elle peut causer.

En règle générale, c'est la tarsorrhaphie latérale que l'on exécute. Ce n'est pour ainsi dire que dans l'ectropion paralytique qu'on pratique la tarsorrhaphie médiane, parce que, dans ce cas, c'est la moitié interne de la paupière inférieure qui est la plus pendante.

Quand l'ectropion existe depuis longtemps, la paupière inférieure se distend et devient plus longue. Pour raccourcir cette paupière, la tendre et la réappliquer ainsi sur le globe, on prend soin, en pratiquant la tarsorrhaphie, de l'aviver dans une plus grande étendue que la paupière supérieure. Lorsque la paupière est très considérablement allongée, on la raccourcit en excisant un lambeau triangulaire vers l'extrémité externe. Le sommet du triangle est dirigé en bas et sa base correspond au bord palpébral libre. Les deux côtés du triangle excisé sont réunis l'un à l'autre au moyen de sutures.

La réunion des paupières par la tarsorrhaphie s'exécute quelquefois malgré une grande tension des tissus, par exemple quand on cherche à rapprocher l'une de l'autre des paupières raccourcies, ou quand on pratique cette opération dans l'exophtalmie. Dans le dernier cas, c'est l'œil, augmenté de volume, qui tend à distendre la fente palpébrale. Pour diminuer la tension,

on peut aussi suturer la fente palpébrale au niveau du segment destiné à rester ouvert, et cela sans avivement des paupières, de manière que la réunion soit simplement temporaire. On maintient les sutures en place jusqu'à ce qu'elles aient coupé les chairs ou jusqu'à ce que la cicatrice de la tarsorrhaphie soit suffisamment solide.

VI. — OPÉRATIONS DE L'ENTROPION.

§ 171. — *L'entropion spasmodique* ne se déclare que lorsque la peau de la paupière est abondante et lâche (voir p. 648). Quand on tend la peau palpébrale en pinçant entre les doigts un pli horizontal, l'entropion disparaît. C'est sur cette observation que reposent les méthodes opératoires de l'entropion qui ont pour but de raccourcir, dans le sens vertical, la peau de la paupière. Les méthodes opératoires les plus employées sont :

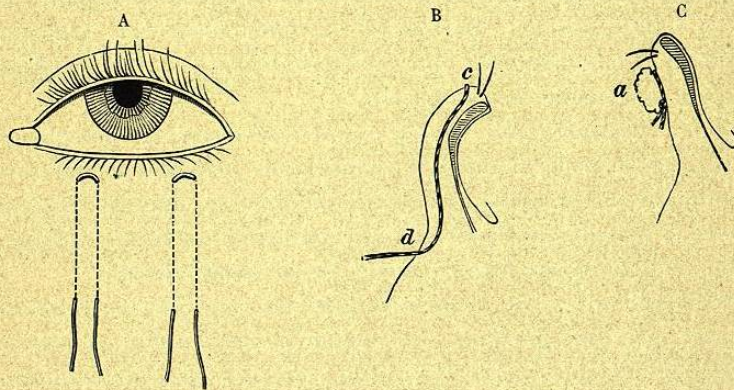


FIG. 340. — Opération de l'entropion. Gross. 2/1. — A, suture de Gaillard-Arlt vue de face. B, en coupe verticale, situation de l'anse de fil. C, la même, après qu'on a noué l'anse.

1° *La suture de Gaillard*. — Cette suture, modifiée par Arlt, s'applique de la manière suivante: l'une des aiguilles d'un fil doublement armé est enfoncée dans la paupière inférieure, à la limite qui en sépare le tiers moyen du tiers interne. Le point d'entrée se trouve tout près du bord palpébral (fig. 340, B, c) et le point de sortie dans la joue (d), à environ un pouce plus bas. La seconde aiguille est enfoncée près de la première et de la même façon, de sorte que l'anse du fil se trouve sur la peau dans le voisinage du bord palpébral (fig. 340, A) et que les deux fils se dirigent parallèlement de haut en bas, en passant sous la peau de la paupière. Une suture semblable est placée à la limite du tiers moyen et du tiers externe de la même paupière. En nouant les deux bouts de chaque fil sur

un petit rouleau de sparadrap ou de gaze iodoformée, et en les serrant, on étrangle un pli horizontal de la peau de la paupière inférieure (fig. 340, C, a), ce qui fait disparaître l'entropion. Afin d'obtenir un effet suffisant, on serre les fils jusqu'à ce qu'il se produise un léger degré d'ectropion, qui disparaît plus tard. On laisse les fils en place, jusqu'à ce que le long de leur trajet il se produise des brides cicatricielles, dont l'effet sera le même que celui des fils eux-mêmes. Néanmoins, l'entropion réapparaît plus tard facilement. Cette opération n'est indiquée, par conséquent, que dans les cas où l'on prévoit que l'entropion ne sera que de courte durée, par exemple dans celui qui se développe sous le bandeau.

2° *L'excision d'une bandelette cutanée horizontale*. — On saisit entre deux doigts un pli horizontal de la peau, assez épais pour faire disparaître l'entropion, sans qu'il en résulte, d'ailleurs, ni ectropion ni lagophthalmie. Ensuite, on excise ce pli d'un coup de ciseaux, et l'on réunit les deux lèvres de la plaie par quelques sutures. Lorsque l'effet de l'opération doit être considérable, le bord supérieur de la plaie doit se trouver assez près du bord libre de la paupière. D'ordinaire, le résultat de cette opération persiste; quelquefois pourtant, la peau s'allonge ultérieurement et l'entropion se reproduit. C'est pourquoi, pour guérir l'entropion, on pratique également l'opération de Hotz plus compliquée (voir p. 924), dans laquelle on attache la peau de la paupière à un point fixe, le bord convexe du tarse.

3° *L'excision d'une bandelette cutanée verticale*. — Si l'on presse une paupière entropionnée d'avant en arrière au niveau du bord orbitaire, on la remet en place. On utilise cette notion pour remettre la paupière en bonne position au moyen d'un pansement convenablement placé (p. 649); mais on obtient un effet durable quand on raccourcit la peau de la paupière dans le sens horizontal au niveau du rebord orbitaire, de façon qu'elle soit tendue et presse la paupière d'avant en arrière. On trace d'abord une incision ab (fig. 341) parallèle au bord de la paupière et, des extrémités du tiers moyen de cette incision, on en trace deux autres dirigées en bas, convergeant l'une vers l'autre pour se réunir à la hauteur du rebord de l'orbite. Le fragment triangulaire de peau ainsi délimité est excisé, puis les deux bords latéraux libérés et réunis dans le sens vertical (fig. 342) (v. Græfe). Les cicatrices résultant de cette opération sont plus visibles qu'après l'excision d'une bandelette horizontale de peau, parce qu'elles sont dirigées perpendiculairement au sens des plis cutanés, mais cette opération donne plus de garanties contre les récurrences.

4° *La canthoplastie*, qui guérit le blépharospasme, peut être employée contre l'entropion spasmodique. Dans les cas où il existe en même temps