

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 :

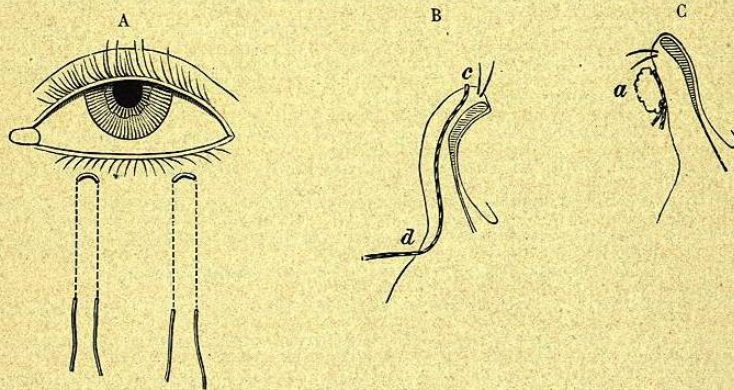


FIG. 340. — Opération de l'entropion. Gross. 2/1. — A, suture de Gaillard-Arlt vue de face. B, en coupe verticale, situation de l'anse de fil. C, la même, après qu'on a noué l'anse.

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

de l'entropion et du blépharophimosis, celui-ci doit être définitivement guéri par la canthoplastie.

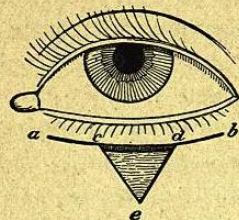


FIG. 341. — Opération de l'entropion d'après V. GRAEFE. — Les incisions sont faites.

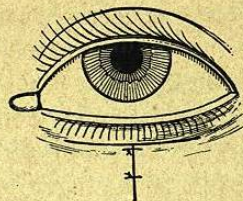


FIG. 342. — La même. Les sutures sont placées.

Dans l'entropion cicatriciel, résultant d'une rétraction de la conjonctive et du tarse, il faut s'adresser aux méthodes opératoires qui sont en usage contre le trichiasis, car, d'après son origine, l'entropion cicatriciel n'est qu'un trichiasis plus développé.



FIG. 343.

Au lieu d'employer la suture de Gaillard, on peut aussi se servir de la suture recommandée par Snellen (ne pas confondre avec la suture de Snellen contre l'ectropion). Stellwag l'a modifiée de la manière suivante : « Un ou deux forts fils, chacun armé aux deux bouts d'une aiguille courbe, sont enfoncés au niveau de l'endroit le plus profond du cul-de-sac conjonctival (fig. 343, *a*) à travers toute l'épaisseur de la paupière, de façon qu'ils forment, au fond du cul-de-sac, une ou deux anses longues de 4-5 millimètres et parallèles au bord libre de la paupière. Alors, chacune des aiguilles est réintroduite par l'ouverture de sortie jusque derrière les téguments externes de la paupière (*b*) et dirigée verticalement entre ceux-ci et le cartilage, pour émerger exactement au niveau du bord palpébral antérieur (*c*), où les deux bouts de chacun des fils sont noués et serrés, autant que c'est nécessaire, sur un petit rouleau de sparadrap.

VII. — OPÉRATIONS DE L'ECTROPION.

§ 172. — Dans l'ectropion spasmodique, qui ne disparaît pas par la réduction et le bandeau, la suture de Snellen rend les meilleurs services. Comme la suture de Gaillard contre l'ectropion, celle de Snellen est composée de deux anses dirigées sous la peau de haut en bas (de bas en haut pour la paupière supérieure), dont l'une est placée à la limite des tiers interne et moyen, l'autre à celle des tiers moyen et externe. Le point de

ponction seul est différent. Il est situé, dans la suture de Snellen, sur le point le plus élevé de la conjonctive renversée, c'est-à-dire ordinairement près du bord convexe du tarse (fig. 344, *A*, *a*). De ce point, on pousse l'aiguille sous la peau de la paupière jusqu'à la hauteur environ du rebord orbitaire inférieur, où on la fait sortir (*b*). L'autre aiguille avec l'autre extrémité du fil est conduite parallèlement et à côté de la première. Alors on noue les deux bouts de fil, qui pendent devant la joue, sur un rouleau de sparadrap ou de gaze iodoformée, en les serrant suffisamment pour qu'il se produise un léger degré d'entropion (fig. 344, *B*). On en agit de même avec l'autre anse de fil. L'action de l'opération dépend de ce que la partie de la conjonctive renversée et embrassée par l'anse est tirée en bas et en avant, vers la peau. — Cette suture a été également employée dans l'ectropion sénile, mais alors l'effet en est le plus souvent passager.

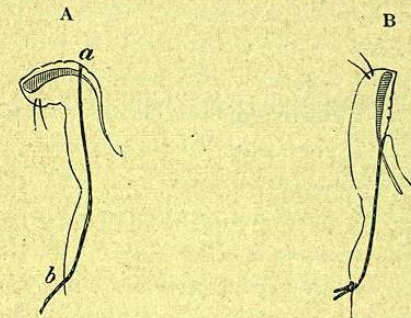


FIG. 344. — Suture de Snellen contre l'ectropion. — *A*, avant que le nœud soit fait. *B*, après que le nœud est serré.

Quant à l'ectropion paralytique, on le traite par la tarsorrhaphie. Cette opération se pratique fréquemment aussi contre l'ectropion sénile. Cependant, dans ce cas, l'opération de Kuhnt donne de bien meilleurs résultats. Celle-ci n'est autre qu'une modification de l'ancienne méthode d'Antyllus. Elle repose sur le fait que la paupière qui est le siège de l'ectropion est allongée et qu'elle s'applique sur le globe quand on la tend en la raccourcissant. Le raccourcissement s'obtient par l'excision d'un lambeau triangulaire dont la base est constituée par le bord palpébral, parce que c'est là que l'allongement est le plus prononcé. Pour qu'il n'y ait pas de colobome, l'excision ne doit pas intéresser toute l'épaisseur des tissus de la paupière, mais seulement les couches internes, c'est-à-dire la conjonctive et le tarse (fig. 346 et 347).

En ce qui concerne l'ectropion cicatriciel, les cas les plus légers de cette affection sont ceux où les pertes de peau sont peu considérables et où le raccourcissement de la paupière dépend de la présence de brides cicatricielles isolées, comme cela arrive surtout lorsque la paupière atti-

rée vers l'os y est fixée. Tel est fréquemment le cas dans la carie du rebord orbitaire. Dans ces cas, on peut dégager ces brides par la méthode sous-cutanée, ou les exciser et réunir les lèvres de la plaie par des sutures. Si cette opération est combinée à une tarsorrhaphie, l'effet en est plus prononcé et plus durable. Mais, lorsqu'une grande étendue de peau est perdue, cette simple opération ne suffit plus : on est obligé de procéder à une *blépharoplastie*, dont le but est de remplacer la peau perdue. Par une incision parallèle au bord palpébral, on coupe la partie cicatricielle de la paupière, et ensuite aussi les brides inodulaires plus profondes, jusqu'à ce que la paupière se meuve librement et qu'on puisse sans effort la remettre dans sa position normale. Les parties cicatricielles de la peau palpébrale qui paraissent douées d'une vitalité douteuse, on les excise, tout en respectant, partout où il est encore conservé, et autant que possible, le bord libre de la paupière. Alors, on ramène la paupière dans sa position normale, et on l'y maintient en la réunissant à l'autre paupière. Dans le tiers externe de la fente palpébrale, cette réunion doit être définitive, c'est-à-dire s'opérer par avivement des bords palpébraux, à la façon de la tarsorrhaphie. Quant aux deux tiers internes de la fente palpébrale, la réunion par sutures n'en sera que provisoire. Une fois la paupière en place, l'incision pratiquée pour la dégager s'entrebâille et forme une large perte de substance. Celle-ci, en se cicatrisant, ne manquerait pas de ramener l'ectropion, si l'on ne prenait la précaution de la couvrir de peau, soit au moyen d'un lambeau pédiculé pris dans le voisinage de la plaie, soit par des greffes cutanées sans pédicule.

Pour la formation de *lambeaux pédiculés*, on a proposé un grand nombre de méthodes, d'après l'étendue et la forme de la perte de substance. Les plus employées sont celles de Fricke et de Dieffenbach.

La méthode de Fricke est surtout indiquée lorsque la perte de substance s'étend en longueur, soit à la paupière supérieure, soit à la paupière inférieure. Pour la recouvrir, on taille un lambeau en forme de langue (fig. 345, L), dont la base se raccorde à l'une des extrémités de la perte de substance (S). Le lambeau est le plus souvent taillé dans la peau de la tempe ou de la joue et doit être proportionné à la grandeur et à la forme de la perte de substance. Mais il ne faut pas oublier que le lambeau se rétracte non seulement immédiatement après son dégagement, mais encore par après. Pour y pourvoir, on doit lui donner en tous sens des dimensions d'un tiers supérieures à celles de la perte de substance. Pour ne pas trop gêner la nutrition du lambeau, il faut lui donner une base suffisamment large et prendre garde que le pédicule n'en soit pas trop tordu, quand il est mis en place. Pour le même motif, l'on ne doit

pas se contenter de disséquer simplement la peau, mais on y laisse adhérer le panicule adipeux sous-cutané et les vaisseaux qui le nourrissent. Le lambeau une fois disséqué, on l'étale sur la perte de substance, dont les bords, préalablement dégagés et rendus mobiles, sont réunis à ceux du lambeau au moyen d'un certain nombre de sutures. La plaie, qui occupe l'endroit d'où l'on a pris le lambeau, peut être, d'ordinaire, rétrécie considérablement au moyen de sutures, le reste se cicatrise par bourgeonnement, ou peut être recouvert de greffes épidermiques par la méthode de Thiersch. A la base du lambeau, la torsion produit un bourrelet d'autant plus grand que cette torsion est plus prononcée. Ce bourrelet s'aplatit plus ou moins, ultérieurement, de façon qu'il est moins visible. Si néanmoins il en résultait encore une difformité, on pourrait l'exciser plus tard.

La méthode de Dieffenbach trouve son indication, lorsque la perte de substance affecte la forme d'un triangle (à base tournée vers le bord palpébral), ou quand il est aisé de lui donner cette forme (fig. 345, s). Elle convient mieux pour la paupière inférieure que pour la supérieure. Le lambeau (L) est taillé d'ordinaire du côté temporal de la perte de substance, c'est-à-dire dans la joue. Dans le prolongement de la base du triangle,

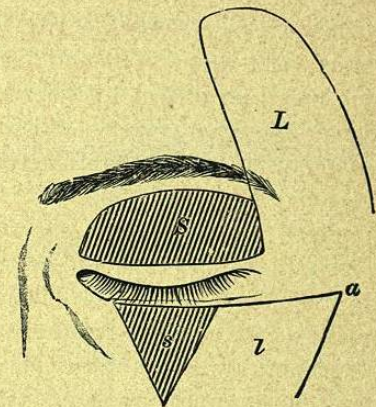


FIG. 345.— Blépharoplastie. — A la paupière supérieure, on a représenté la méthode de Fricke, à la paupière inférieure celle de Dieffenbach.

on pratique une incision, qui est dirigée du côté de la tempe et qui doit être un peu plus longue que la base, dans la prévision que le lambeau se rétractera. Du point externe de cette incision (a), on en pratique une seconde, parallèle au côté externe du triangle. De cette manière, on circonscrit un lambeau quadrangulaire dont la base se trouve en bas. Ensuite on dissèque le lambeau et on lui imprime un déplacement du côté du nez, de façon qu'il s'applique sur la perte de substance, sur laquelle on le fixe au moyen de sutures, et le reste est abandonné à la cicatrisation par bourgeonnement.

La plaie qui se produit par le redressement de la paupière atteinte d'ectropion peut être également recouverte par des lambeaux de peau sans pédicule; c'est ce qu'on appelle la *greffe cutanée*. Cette opération a été introduite définitivement dans la chirurgie par Reverdin. Avant lui, on s'était à peine livré à quelques essais isolés. D'après l'épaisseur plus

ou moins grande du lambeau cutané transplanté, on distingue deux méthodes. Dans l'une d'elles, on prend de tout minces morceaux de peau composés des couches les plus superficielles de la peau, c'est-à-dire l'épiderme et les sommets des papilles (greffe épidermique). Dans le second procédé, on emploie des lambeaux de peau qui comprennent toute l'épaisseur du tégument cutané et qui, coupés en petits morceaux ou laissés entiers, sont transplantés sur la perte de substance (greffe dermique). En disséquant la peau à transplanter, il faut en enlever avec soin tout le panicule adipeux et emprunter le lambeau aux parties du corps qui possèdent, comme la paupière, une peau délicate. Dans ce but, on choisit habituellement celle de la face interne du bras. On peut aussi prendre la peau sur d'autres individus, ou sur les parties cutanées saines d'un membre amputé. Entre la greffe épidermique et la greffe dermique, se place la *méthode de Thiersch*, dans laquelle on prend d'assez grands lambeaux de peau, mais qui ne comprennent, outre l'épiderme, que les couches les plus superficielles du derme. On recouvre soigneusement toute la surface de la perte de substance au moyen d'une mosaïque de ces petits lambeaux cutanés, de façon que partout ils s'adaptent intimement au tissu sous-jacent, avec lequel on les maintient en contact au moyen d'un bandeau légèrement compressif.

La greffe cutanée présente, sur la formation d'un lambeau pédiculé, l'avantage de ne pas rendre plus difforme qu'elle ne l'est déjà la figure du patient, en provoquant de nouvelles cicatrices. En revanche, le résultat en est moins sûr, parce que les petits fragments de peau se gangrènent souvent. Mais, alors même qu'ils adhèrent complètement, leur rétraction ultérieure est si prononcée que l'effet de l'opération s'en trouve de nouveau diminué ou même entièrement perdu. C'est surtout le cas pour la greffe épidermique; les greffes plus grandes et comprenant toute l'épaisseur du derme se rétractent moins et conviennent donc pour la blépharoplastie. La greffe est donc surtout indiquée pour les cas où il ne s'agit que de petites pertes de substance, où l'opération a été principalement entreprise dans un but esthétique. En outre, il faut y avoir recours lorsque, dans le voisinage de la paupière, la peau est impropre à fournir un lambeau pédiculé, par exemple à cause de sa transformation cicatricielle. Dans tous les autres cas où il s'agit de recouvrir de larges pertes de substance, notamment lorsqu'on opère pour combattre une lagophtalmie, on doit préférer la méthode du lambeau pédiculé, qui est plus compliquée, mais donne plus de sécurité.

L'opération de l'ectropion sénile, d'après la méthode de Kuhnt, se fait de la façon suivante : on pénètre avec la pique dans le liséré intermarginale

au milieu de la paupière, de façon à la diviser en deux feuilletts dans l'étendue dont on veut la rétrécir (fig. 346 de *d* à *e*). Des deux extrémités de cette incision intermarginale, on trace dans le feuillet postérieur deux sections, comprenant la conjonctive et le tarse, dirigées en bas et convergeant l'une vers l'autre (vers *f*) ; on excise le triangle ainsi délimité, puis on réunit par des sutures les bords de la plaie du tarse (fig. 347, *fe*). Mais on n'a rien enlevé de la peau; celle-ci se trouve donc être en excès et, après que les sutures sont placées, on remarque une saillie de la peau au milieu de la paupière. Elle s'efface plus tard presque entièrement. Si l'on veut l'empêcher de se produire, on peut, suivant le conseil de Müller, continuer l'incision intermarginale à travers toute la partie temporale de la paupière, pour la séparer en deux feuilletts *edb* (fig. 346) et, après l'incision du cartilage et l'application des sutures, répartir sur toute la moitié temporale de la paupière

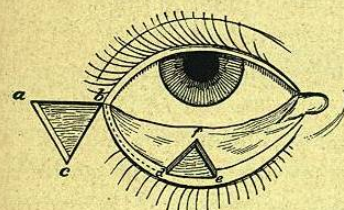


FIG. 346.

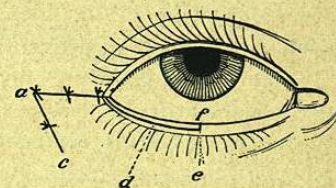


FIG. 347.

cet excès de peau, en plaçant des sutures obliques. Ou bien on combine, selon la proposition de Dimmer, l'opération de Kuhnt avec celle de Dieffenbach. Dans cette dernière, on excise, tout contre l'angle externe des paupières, un triangle de peau (fig. 346, *abc*) ; on réunit les lèvres de la plaie, de façon à tendre la paupière inférieure ; c'est donc une opération dirigée également contre l'ectropion. Lorsqu'on veut combiner les deux procédés, celui de Kuhnt et celui de Dieffenbach, on divise la peau par l'incision intermarginale *edb* (fig. 346), puis on excise les deux triangles *edf* et *abc*. On glisse ensuite le feuillet cutané de la paupière le long du feuillet muqueux vers la tempe, de façon à appliquer *ef* contre *df* et *bc* contre *ac*, puis on applique des sutures le long de ces lignes (fig. 347, *ef* et *ac*).

VIII. — OPÉRATIONS DU PTOSIS.

§ 173. — Ces opérations se pratiquent aussi bien dans le ptosis congénital que dans les cas invétérés de ptosis acquis, qu'on ne peut plus guérir par d'autres moyens. On a proposé toute une série de méthodes opératoires contre le ptosis, ce qui démontre qu'aucune d'elles ne donne des résultats absolument satisfaisants. Cela se comprend, d'ailleurs, car il est impossible que, par n'importe quel procédé chirurgical, on remplace complètement l'action physiologique d'un muscle.