

orbitaire. Sur une étendue de deux centimètres, on sectionne les fibres orbiculaires et on voit les filets nerveux accompagnés d'une artériole et d'une veinule. On charge tout le paquet sur un crochet à strabisme, puis on isole sur le crochet les filets nerveux et on les arrache en deux ou trois temps, si on n'a pas pris d'emblée les 2 ou 3 filets nerveux à déchirer. On suture ensuite la peau.

Enfin on a utilisé de larges ligatures sous-cutanées coupantes (Pes) comme dans l'opération de Dransart pour la blépharoptose.

Tics douloureux. — Les *tics douloureux* des paupières, lorsqu'ils ne cèdent pas aux moyens médicaux (opium, etc.), à l'ablation de certaines causes (dents cariées, corps étrangers), au traitement des diathèses ou des infections générales ou à l'électrisation quelquefois si utile, dont la technique spéciale a été bien indiquée par Bergonié (*Presse méd.*, 5 janvier 1898), peuvent réclamer des interventions sur les branches du trijumeau. La cautérisation ignée ou chimique, la névrotomie, la névrectomie, combinée ou non à l'élongation et à la cautérisation, l'arrachement, les innombrables procédés de résection des branches diverses du trijumeau avec ou sans résection du plancher de l'orbite, enfin les interventions intracrâniennes (ganglion de Gasser), se trouvent parfaitement résumés, ainsi que leurs résultats, dans le travail de Mauclair (*Presse méd.*, 9 juin 1897). Chipault a enlevé, sur le conseil d'Abadie, le ganglion cervical supérieur du sympathique pour une névralgie faciale rebelle.

On se rappellera toutefois aussi les succès, les dangers pour la vie et pour l'œil (troubles trophiques, diplopie paralytique, etc.), de façon à réserver ces opérations aux cas où elles sont indispensables, en présence d'une tendance manifeste au suicide, si les crises sont absolument intolérables et la morphinomanie avancée; c'est alors que l'ophtalmologiste devra faire intervenir le chirurgien.

Quant aux *névralgies péri-orbitaires pures*, souvent aussi terribles, leur traitement, lorsque tous les moyens, anesthésiques, électriques et médicaux, ont échoué, doit s'inspirer de la ligne de conduite précédente.

Paralysie de l'orbiculaire. — La paralysie de l'orbiculaire expose la cornée à des ulcérations graves si l'exposition permanente de la cornée à l'air se prolonge trop longtemps, malgré l'emploi du bandeau compressif souvent sale et irritant et la mise en œuvre d'autres palliatifs (frottage de l'œil avec la paupière, pommades, etc.). Dans les cas de longue durée ou dans ceux qui sont incurables, il est nécessaire de protéger la cornée d'une façon constante et pour cela on ne saurait penser qu'à souder chirurgicalement les bords palpébraux. Cette opération a reçu le nom de tarsorrhaphie.

Tarsorrhaphie et ses diverses variétés. — C'est Walther qui le premier (1826) eut l'idée d'aviver les bords palpébraux à la commissure externe et de faire une *canthorrhaphie externe*. Lisfranc exécuta¹ pour combattre un staphylome, une blépharorrhaphie totale, sauf dans la région lacrymale restée libre pour l'écoulement des larmes, mais cette opération passa inaperçue. Mirault fit aussi (1842) la tarsorrhaphie *totale*, dans l'ectropion cicatriciel. Toutefois ses résultats ne furent largement publiés que plusieurs années après que Maisonneuve eut exécuté (1846) des cures d'ectropion cicatriciel avec tarsorrhaphie et eut pu justement se croire l'inventeur de cette méthode digne de son esprit inventif. En recommandant d'aviver seulement la partie *retrociliaire*, meibomienne, du bord palpébral, il fit de cette intervention une des plus élégantes et des plus utiles de la chirurgie oculaire; lorsqu'on supprime ensuite d'un coup de ciseaux la soudure, le sol ciliaire ayant été conservé, l'aspect de l'œil est rétabli à l'état normal, chose capitale

1. LISFRANC. *Gaz. des Hôp.*, 1836.

dans une région où l'esthétique doit être si soigneusement respectée.

Bowman (1871) limita la tarsorrhaphie à la partie *médiane* du bord palpébral dans divers cas et en particulier dans l'ectropion paralytique et l'ectropion cicatriciel limité. Panas a également recommandé cette intervention pour l'ectropion paralytique.

Rognetta, Baudens, Bull et Hansen ont fait une *canthorrhaphie interne*.

Nous faisons depuis plusieurs années une tarsorrhaphie *en dehors* des points lacrymaux qui mérite d'être appelée une tarsorrhaphie *interne* (fig. 11), et que nous avons, ainsi que Terson père, appliquée avec succès. Il y a donc une tarsorrhaphie totale et 3 variétés de tarsorrhaphie partielle, interne, externe, médiane, sans compter les canthorrhaphies externe et interne.

La *technique* de la tarsorrhaphie est simple, mais elle a été souvent discutée. Les uns avivent la partie rétrociliaire avec un bistouri, la paupière étant tendue et reposant sur une large spatule. D'autres se servent des ciseaux que de Wecker préfère avec raison. Nous avons toujours pratiqué l'opération avec rapidité et sûreté avec des ciseaux à peine courbés et très pointus. Avec eux, bien mieux qu'avec le bistouri, les paupières étant écartées par les doigts de l'aide, on *ébarbe* régulièrement et suffisamment la partie à aviver et on abat l'angle postérieur du bord palpébral, dont on a saisi l'extrémité avec une pince-érigne très fine, plus sûre que la simple pince à griffes ou une érigne seule. On *découpe* ensuite la quantité que l'on veut. Il n'y a plus qu'à passer les fils très fins qui doivent entrer et sortir très près des bords de la plaie et qu'on laisse 5 à 6 jours en place.

La tarsorrhaphie *totale* partira à 1 millimètre des points lacrymaux et se terminera à 1 millimètre de l'angle externe qu'il est préférable de ne pas intéresser, laissant ainsi un

pertuis utile pour le passage des larmes et pour ne pas faire une commissure cicatricielle.

Les tarsorrhaphies *externe, médiane, interne*, seront d'une étendue variable suivant le cas, mais qui ne saurait être moindre de 4 à 5 millimètres. Pour la canthorrhaphie *externe*, on pourra, si le rétrécissement palpébral doit rester définitif, enlever le sol ciliaire en totalité (fig. 9) comme dans l'ancienne canthorrhaphie. — Toutefois on laisse aussi sans difformité choquante les 2 ou 3 cils correspondants, si la tarsorrhaphie n'atteint pas la commissure, et d'ailleurs on agira toujours ainsi quand la tarsorrhaphie ne doit être que *temporaire*.

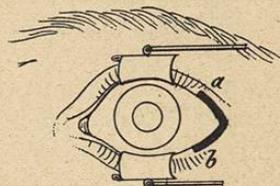


FIG. 9. — Avivement (a, b) pour la canthorrhaphie externe.

Dans l'ectropion paralytique, la tarsorrhaphie totale est un trop grand sacrifice et ne permet plus de vérifier l'état de l'œil. La tarsorrhaphie externe est peu efficace,

et ne relève pas assez le point lacrymal inférieur et l'angle interne de la paupière inférieure, qui sont déviés, en ptose véritable. La tarsorrhaphie médiane (fig. 10) modifie totalement l'aspect de l'œil. La tarsorrhaphie interne (fig. 11) conserve une fente oculaire, est invisible *de profil*, permet d'inspecter et même d'opérer encore l'œil et ne gêne jamais la vision ni de près ni de loin.

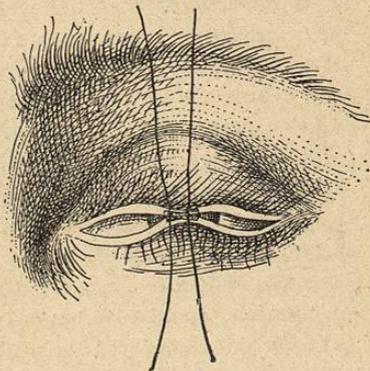


FIG. 10. — Tarsorrhaphie médiane.

Il y a quelquefois avantage à combiner ces deux opéra-

tions, c'est-à-dire, dans les cas graves, à faire avancer jusqu'au milieu la tarsorrhaphie interne, de façon à pouvoir plus tard la sectionner peu à peu par son côté externe et à

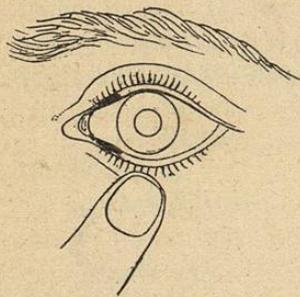


Fig. 11. — Avivement pour la tarsorrhaphie interne.

découvrir progressivement la cornée, tout en conservant un pont interne qu'on réduit à une bride juxtalaerymale, qui, dans les cas incurables, continue à relever le point lacrymal, à rapprocher les paupières du globe et à jouer en somme un rôle protecteur utile.

INDICATIONS GÉNÉRALES DE LA TARSORRHAPHIE. — Chaque variété de tarsorrhaphie a ses indications, la tarsorrhaphie totale étant surtout faite pour

l'ectropion cicatriciel et les opérations blépharoplastiques où elle assure la fixité du plan profond.

La tarsorrhaphie partielle *médiane* sera réservée, seule ou combinée à l'interne, aux graves ulcérations cornéennes neuroparalytiques et exophtalmiques et employée aussi pour lutter contre le kératocone et le staphylome.

Les autres variétés seront utilisées :

1° L'*interne*, pour le lagophtalmos paralytique et certains cas d'ectropions partiels internes ;

2° L'*externe*, pour rétrécir des fentes palpébrales trop larges, ou trop élargies en diverses circonstances (ténotomies monolatérales avec débridements capsulaires excessifs, exophtalmie spontanée ou traumatique de diverse nature, luxation du globe, volume exagéré d'un œil très myope par rapport à l'autre œil dans les cas d'anisométrie extrême).

De plus, elle suffit dans certaines opérations d'ectropions partiels *externes* (brûlures, scrofulides malaires, etc.)

Les tarsorrhaphies partielles sont la monnaie de la tar-

sorrhaphie totale : elles rendront de réels services lorsque le chirurgien saura apprécier exactement pour chaque cas particulier le siège et l'étendue à leur donner.

Elles n'entraînent aucune suite fâcheuse : le trichiasis serait observé si on faisait une trop forte perte de substance.

On aura soin de ne les supprimer que lorsque leur rôle sera absolument terminé et en général on ne supprimera pas d'un seul coup tout le pont artificiel. — Dans l'ectropion cicatriciel, en attendant le temps nécessaire (près de deux ans), et dans l'ectropion paralytique, la tarsorrhaphie a pu quelquefois jouer à *elle seule* un rôle curatif.

Nous rappellerons combien elle rend de services à titre *préventif*, si on la fait de bonne heure avant la cicatrisation complète des vastes ulcères des paupières (brûlures, lupus, pustule maligne, etc.), et celui qu'elle joue pour prévenir et guérir rapidement de graves ulcérations cornéennes qui se cicatrisent sous elle d'une manière fort prompte. C'est le bandeau compressif le plus élastique, le plus permanent et le plus naturel pour l'œil et le seul bon moyen d'immobiliser les paupières.

On l'a faite aussi, mais sans succès, dans le xérosis.

On a pratiqué d'autres variétés de sutures *pré-ciliaires*, en découpant, en avivant des bandes de peau à distance des cils. Mais tous ces procédés ne méritent pas de confiance, sont peu solides, provoquent l'inversion des cils en dedans et, tout en donnant une difformité considérable, ne valent pas mieux que les bandelettes agglutinatives, à rejeter complètement. Fuchs à l'angle externe, Truc à la partie médiane, ont taillé la peau en volets de diverses formes de façon à faire ainsi une blépharorrhaphie d'un genre nouveau. On doit se demander si, dans les cas où la tarsorrhaphie est impossible, les paupières n'arrivant pas à se toucher (exophtalmie), des incisions libératrices horizontales avec dédoublement de la paupière soit par la peau, soit par le tarse, et même avec autoplastie, ne permettraient pas la jonction des bords libres.

On évitera toute autre intervention que la tarsorrhaphie partielle dans la lagophtalmie paralytique et on se gardera, bien entendu, de toute *résection conjonctivale ou cutanée latérale*, procédés à réserver à l'ectropion sénile où il y a trop de peau et trop de conjonctive. Dans la lagophtalmie paralytique, il n'y a ni l'un ni l'autre.

Rappelons enfin la singulière idée de Dieffenbach, qui proposa de couper le releveur palpébral de façon à provoquer la chute de la paupière supérieure, pour protéger l'œil contre les suites de la lagophtalmie.

Paralysie du sympathique. — La paralysie du sympathique entraîne, en même temps que le myosis, une blépharoptose *légère*, qui, si la paralysie est incurable et si le malade n'est pas satisfait de la *mydriase* et de l'*agrandissement* temporaire de la fente que lui donne, quand il le désire, une instillation de cocaïne, nécessitera une opération. Cette opération, vu le peu d'intensité de la lésion, peut être d'abord une résection purement cutanée, avec ou sans ligature sous-cutanée rejoignant le muscle frontal. Dans les cas où la ptose est si peu marquée que tout se réduit à un léger rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé, on pourra se borner à faire *du côté sain* et en conservant soigneusement les cils, un point de tarsorrhaphie *externe* qui suffit à *égaliser* les deux fentes palpébrales et à masquer temporairement (ou définitivement) la difformité.

Blépharoptose. — La cure opératoire de la blépharoptose définitive est encore une des opérations des plus délicates de la chirurgie oculaire et une de celles où il est facile d'arriver tantôt à un résultat insuffisant, tantôt à un résultat excessif aggravant l'état du malade. Il est difficile, plus encore que pour le strabisme, de doser avec une grande précision les opérations appropriées.

Les moyens *palliatifs* sont préférés par quelques malades. Ils consistent, tantôt dans l'apposition sur un repli de peau d'une serre fine à branches aplaties (Sichel), tantôt

dans divers moyens que les malades trouvent tout seuls, relevant fortement le sourcil ou étirant la peau du front avec le chapeau solidement enfoncé comme chez un de nos malades atteint de double ptose ophtalmoplégique, tantôt dans le port de lunettes et de binocles spéciaux dont la monture porte une serrefine (Fano), une petite tige ou un ressort à boudin refoulant en arrière la paupière supérieure. Ce dernier moyen (Constantin Paul, Masselon) est le meilleur, et binocle ou lunettes masquent absolument la difformité, comme nous avons pu nous en assurer plusieurs fois.

Dans les cas où le malade n'est pas contenté par ces diverses atténuations à son sort, et surtout s'il s'agit de sujets jeunes, l'opération s'impose.

Évolution historique et nature des méthodes opératoires.

— Toutes les méthodes utilisent deux principes, mais à un degré très variable : 1° le raccourcissement plus ou moins grand de la paupière ; 2° la mise en œuvre d'une force voisine pour faire mouvoir la paupière paralysée.

Le raccourcissement de la paupière a été obtenu, soit par des résections de la peau (procédé antique) ou du tarse (procédé moderne), soit en faisant passer le lambeau cutané sous le sourcil (Panas), soit en pratiquant une large ligature palpébrale profonde appliquée à la ptose par Dransart d'abord (1880).

L'idée d'emprunter de la force au *frontal* est évidemment venue à l'esprit de tout opérateur qui a observé que les malades eux-mêmes réalisent à tout moment cette opération en plissant le front et en élevant ainsi la paupière avec le muscle frontal.

Aussi Morand et Acrel avaient-ils déjà formulé nettement cette proposition opératoire (Carron du Villards) et Morand avait eu l'idée très ingénieuse d'enlever un morceau horizontal de la peau du *front* pour avancer pour ainsi dire le frontal du côté du sourcil et de la paupière paralysée. Mais ce procédé aurait l'inconvénient de relever encore

plus le sourcil du côté paralysé, et l'on sait qu'il n'est déjà que trop relevé par les manœuvres incessantes de plissement du front des ptosiques.

Hunt (1838), en rapprochant considérablement du sourcil l'excision cutanée palpébrale, fit l'inverse de la proposition de Morand, dans le même but et par une opération, beaucoup plus justifiée, car il n'enlevait rien au-dessus du sourcil. Il *avança* ainsi fortement et plus efficacement que dans les résections cutanées ordinaires, la paupière vers le sourcil et par conséquent vers le muscle frontal (fig. 12).

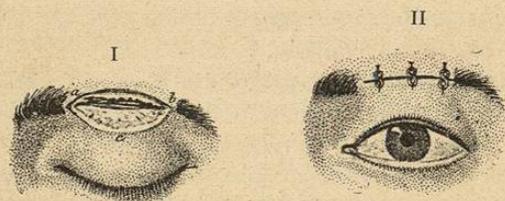


FIG. 12. — Procédé de Hunt.

I. a, b, c, tracé du lambeau excisé. — II. Suture.

Sédillot a proposé d'employer le *sourcilier*, en désinsérant sa partie externe pour tâcher de l'insérer vers la partie supérieure de la paupière.

Le raccourcissement de la peau a été très anciennement tenté par des cautérisations chimiques, quoique Ware (surtout dans l'entropion) cautérisât même le tendon du releveur au fer rouge pour le rétracter.

Bartisch se servait d'une petite presse en bois saisissant un pli cutané d'étendue suffisante qui s'éliminait au bout de quelques jours sous la pression de cet appareil singulier.

De Graefe, reprenant les résections cutanées, insistait sur la *résection de l'orbiculaire* de façon à *affaiblir l'antagoniste* du releveur. Mais, outre que l'orbiculaire, muscle peaucier, a été certainement le plus souvent enlevé avec la

peau dans le procédé ancien et banal, ce qui enlève toute originalité réelle à celui de Graefe, il n'y a ni intérêt à affaiblir l'orbiculaire; ni résultat bien grand à attendre d'une opération qui ne porte pas sur la partie malade et qui n'agit qu'indirectement sur la lésion. De Wecker, en combinant à cette opération la suture de Dransart, a réuni à l'action de la résection cutanée, le rattachement au muscle frontal.

D'autres ont inséré directement au niveau *du sommet du tarse* et du ligament suspenseur, les fils qui passent ensuite sous le sourcil. Ils ont réalisé ainsi directement les indications: 1° de remonter le *squelette même* de la paupière; 2° d'agir par la partie profonde, et de substituer un mouvement d'élévation oblique, au lieu du mouvement d'élévation pure et simple donné par la résection de peau ou la suture directement sous-cutanée.

Panas a disséqué un lambeau cutané qu'on glisse sous un pont sourcilier.

Gayet a pratiqué avec une anse galvanocautique la suture de Dransart d'une manière extemporanée. Mules a employé une suture métallique permanente.

L'inconvénient des ligatures et des tractus cicatriciels sous-cutanés, c'est qu'ils sont ordinairement insuffisants, soit immédiatement, soit tardivement.

Le désavantage des résections cutanées et des résections portant sur le tarse, c'est que, bien que le dosage soit en apparence assez facile, même sans employer l'ancienne pince-béquille, il est beaucoup moins mathématique en réalité. On s'expose le plus souvent, quand on est prudent, à faire trop peu: le malade continue, sa paupière étant plus basse que celle du côté sain, à plisser démesurément son front et à élever disgracieusement son sourcil du côté opéré. L'opérateur imprudent expose au contraire son malade à ne plus pouvoir refermer sa paupière, à subir une kératite lagophthalmique et des opérations autoplastiques pour réparer la situation.

Certains chirurgiens (Denonvilliers et Gosselin) ont été jusqu'à proposer simplement de pratiquer en pleine paupière une fenêtre ou un vaste colobome pour permettre au malade de voir à travers.

Galezowski a recommandé la résection d'un lambeau comprenant la peau et le plan profond de la paupière, tandis que Bowman et Gillet de Grandmont conservaient la peau tout en réséquant le tarse et en suturant les bords de la plaie tarsienne et sustarsienne (ligament suspenseur et insertion tarsienne du releveur).

Divers auteurs, après Bowman, en pratiquant, soit la *résection du tarse*, soit le *plissement* du releveur ou de ses insertions par ligature sous-conjonctivale, ont parlé d'*avancement du releveur*. Toute opération qui raccourcit le trajet des insertions de ce muscle réalise en effet une sorte d'avancement, de même qu'en raccourcissant la paupière on avance en quelque sorte aussi le frontal. Mais il ne faut pas s'illusionner sur la *nature* et le *résultat fonctionnel vrais* de l'opération, lorsque dans la ptose congénitale, on « avance » un releveur soit paralysé, soit peu ou pas développé, comme cela arrive le plus souvent dans cette maladie.

Vautrin et Darier ont employé des lambeaux *musculaires* comme anastomose sous-cutanée, le premier avec des lambeaux du *frontal*, le second avec des lambeaux de l'*orbiculaire*.

Un assez grand nombre de modifications de détail ont été apportées à ces divers procédés.

Enfin, alors qu'on s'était jusque-là adressé à la seule force motrice frontale, une nouvelle idée a été de s'adresser au muscle *droit supérieur*, sauf bien entendu, les cas où il est lui-même paralysé.

Ce muscle est en effet synergique du releveur dans le regard en haut, et sous tous les rapports anatomiques, physiologiques et cliniques, l'idée de s'adresser à lui est

justifiée. C'est à Motais qu'en est due la première réalisation (1897). Parinaud, qui dit avoir eu autrefois avec Deroque la même idée, a modifié, après Motais, le procédé opératoire. Dans le procédé de Motais, une languette *médiane* du tendon du droit supérieur est détachée en volet et suturée dans une boutonnière creusée à la face antérieure du tarse : dans celui de Parinaud, on passe simplement une ligature en anse tarso-musculaire, sans détachement de lambeau tendineux ; ces deux procédés ressemblent à l'avancement musculaire et à l'avancement capsulo-musculaire.

Nous examinerons successivement la technique opératoire des procédés de Wecker, de Panas, de Motais et de Parinaud.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° PROCÉDÉ DE WECKER. — Le lambeau à réséquer occupant la peau et l'orbiculaire est tracé, sa limite inférieure étant à 4 ou 5 millimètres du bord libre. On pénètre ensuite avec les aiguilles suivant le trajet indiqué (fig. 13), de façon à passer au-dessus du sourcil. Chaque pont embrassé par l'anse de fil a 5 à 6 millimètres et entre les deux anses il y a un centimètre de distance. Les fils sont noués sur des drains (fig. 14), qui permet de serrer

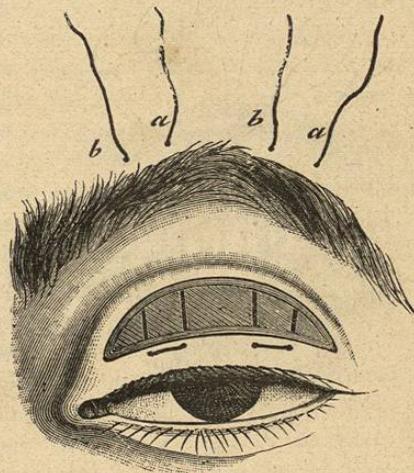


FIG. 13. — Procédé de Wecker.
I. Excision. — a, b, anses de fil.

ou de desserrer de suite et les jours suivants la ligature

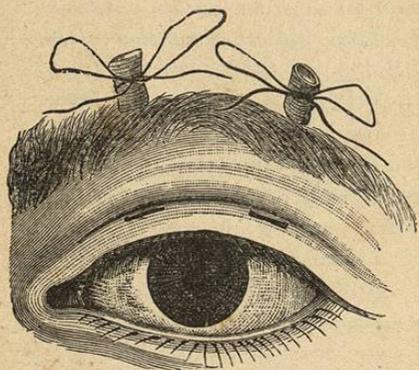


Fig. 14. — Procédé de Wecker. — II. Ligatures.

2^o PROCÉDÉ DE PANAS. — Dans le procédé de Panas,

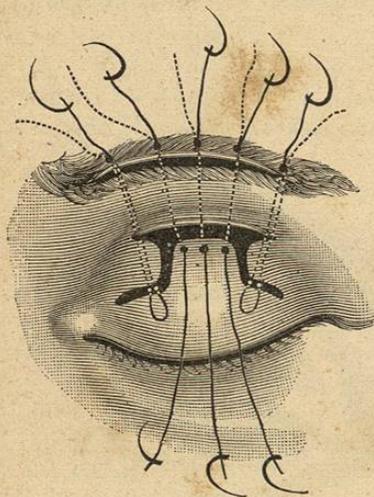


Fig. 15. — Procédé de Panas.

pratique une incision horizontale au niveau du pli orbito-palpébral supérieur et on met à nu le ligament suspenseur : deux autres incisions divergentes en partent et arrivent presque vers le sommet du tarse ; on les dirige alors obliquement vers les angles palpébraux. On dissèque le lambeau en languette, on fait une incision le long du bord supérieur du sourcil, puis avec le bistouri on mobilise la partie profonde du pont, en passant sous les muscles ; plusieurs sutures ou mieux une

anses dans la mesure convenable, que l'on appréciera en priant le malade de fermer ses paupières. Sauf suppuration, il est bon de laisser séjourner les fils plusieurs semaines et les laisser couper plus ou moins complètement le trajet sous-cutané, tout en les resserrant de temps à autre.

anse à deux aiguilles font passer la languette (dont on excise, s'il y a lieu, une partie) sous le pont et on la suture à la lèvre supérieure de l'incision sourcilière. S'il y a une tendance marquée à l'ectropion, un point de suture profond est passé de chaque côté de la languette de façon à ramener la paupière en arrière (fig. 15). Lorsqu'il n'y a pas de suppuration, on enlèvera les fils vers le 6^e ou 7^e jour.

Nous avivons et curettions un peu l'extrémité de la face cutanée de la languette pour favoriser par un raclage son union plus rapide à la surface cruentée du pont sourcilier. De même nous traçons et excisons de chaque côté de la languette centrale un triangle rectangle de peau, avant de libérer la languette de façon à ce qu'en remontant, la surface que recouvraient ces triangles soit naturellement remplie par l'ascension des parties voisines et ne forme pas un pli disgracieux.

3^o PROCÉDÉ DE MOTAIS. — La paupière étant renversée par un crochet, le droit supérieur est mis à nu et la conjonctive incisée jusqu'au sommet du tarse. La mise à nu du droit supérieur ne diffère en rien de la prise du tendon dans une opération de strabisme. Puis une languette de 3 millimètres 1/2 de large est détachée sur le milieu du tendon à deux millimètres de son insertion. On la saisit avec une pince à arrêt ou un crochet double à avancement et on la transperce avec une anse de fil à 2 aiguilles en allant de la face superficielle à la face profonde. On fait ensuite aux ciseaux une boutonnière au-devant du tarse et on débride la surface cutanée du tarse sur une étendue d'un demi-centimètre environ. On introduit les aiguilles dans cet infundibulum, on transperce avec elles le tarse, et on attire dans l'entonnoir la languette du droit supérieur. Les aiguilles sont distantes de 2 millimètres environ. On noue ensuite les fils sur la conjonctive tarsale (fig. 16).

On insérera plus ou moins haut les fils à suture suivant

le degré d'action à obtenir. Les fils sont enlevés le 8^e jour. On peut suturer transversalement l'incision de la conjonctive du cul-de-sac.

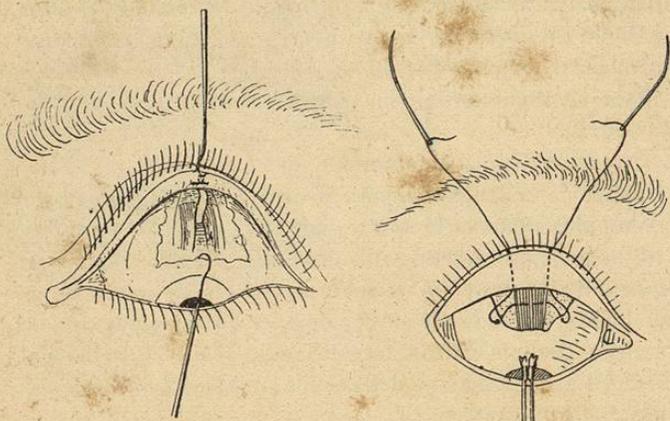


Fig. 16. — Procédé de Motais. Fig. 17. — Procédé de Parinaud.

4^e PROCÉDÉ DE PARINAUD (fig. 17). — Une incision est pratiquée avec les ciseaux sur une étendue de 1 centimètre 1/2 au niveau du bord supérieur du cartilage et parallèlement à lui; on libère le droit supérieur et on passe au-dessous du muscle en comprenant la capsule avec un fil muni de deux aiguilles. On fait ensuite passer ces aiguilles entre le cartilage et la peau jusqu'au niveau des cils, à 7 millimètres l'une de l'autre et on noue leurs extrémités d'une façon qui permette de serrer ou desserrer plus ou moins, sur un bourrelet de coton ou sur un drain. Le fil est enlevé du 4^e au 6^e jour. Pour accentuer, s'il le faut, l'effet opératoire, on résèque une partie du cartilage, ce qui facilite le passage des aiguilles.

Indications opératoires. — La ptose palpébrale est d'une nature assez variée pour qu'on puisse être amené à faire appel à divers procédés suivant les cas.

A. Les ptoses nées surtout d'un relâchement et d'une distension de la *peau*, soit congénitale (Blépharochalasis) soit acquise, seront traitées par le procédé ancien consistant dans une résection cutanée semi-lunaire dont on déterminera avec une pince à double mors (Desmarres) les dimensions exactes et dont on dessinera la forme avec le crayon dermatographique: l'extrême extensibilité de la peau de la paupière pourrait empêcher sans cela une exécution bien symétrique du lambeau. On s'adressera ensuite pour terminer l'opération, soit à la suture *cutanée pure*, soit à la suture comprenant à la fois la *peau*, le *ligament suspenseur* et le *sommet du tarse* (Hotz), afin d'offrir à la peau relâchée une solide fixation profonde, soit, s'il y a un réel affaiblissement des mouvements palpébraux, à la suture palpébro-frontale, comme dans le procédé de Wecker.

B. Dans les cas de ptose complète par paralysie, acquise, congénitale ou traumatique, si le *droit supérieur* est également *paralysé*, on devra s'adresser à l'union avec le muscle frontal, dans les cas légers et moyens par le procédé de Wecker, dans les cas extrêmes par le procédé de Panas. En cas d'insuccès, on en viendra au procédé de Galezowski par résection prudente d'une partie de la paupière.

C. Dans les cas où le droit supérieur n'est pas paralysé, on aura l'idée de s'adresser à l'anastomose du tarse avec le droit supérieur. Malgré divers essais, les uns heureux, les autres malheureux, la question n'est pas encore tranchée et d'ailleurs on ignore les résultats tardifs des opérations réussies. Le procédé de Parinaud qui ne sectionne rien du muscle et où la ligature pourrait être retirée, desserrée ou resserrée les jours suivants, mérite d'être comparé régulièrement à celui de Motais.

On est, dans certains cas, amené, soit avant, soit pendant l'opération (Parinaud), soit après avoir rendu à la paupière la motilité grâce au droit supérieur, à com-

pléter l'opération par des résections cutanées ou tarsiennes destinées à accentuer, s'il y a lieu, le relèvement de la paupière.

Il n'y a donc pas à abandonner d'une façon totale les procédés anciens pour les nouveaux. Mais il faut reconnaître que *seule* l'anastomose du droit supérieur à la paupière supérieure rend à la paupière paralysée son *mouvement physiologique*, c'est-à-dire son attraction *en arrière* vers l'orbite, tandis que les autres procédés se bornent à relever plus ou moins obliquement *en haut* la paupière en élevant le sourcil et plissant le front.

La diplopie résultant de l'opération disparaîtrait rapidement dans les cas heureux. De plus ces procédés ont l'avantage de ne laisser aucune cicatrice cutanée et de laisser possibles, en cas d'insuccès, les anciens procédés opératoires.

§ VI. — Déformations et déviations.

Phimosi palpébrale. — Si dans quelques cas la fente palpébrale paraît anormalement *large* et les paupières écartées du globe surtout à l'angle externe, ce que Desmarres appelait *euryblépharon*, il y a d'autres cas où la fente palpébrale est trop *étroite*, ce qui exagère beaucoup les accidents, lorsqu'il y a des affections inflammatoires de la cornée et de la conjonctive, ou lorsque le bord ciliaire est déformé et projette les cils contre le globe. Ce phimosi palpébrale nécessite l'élargissement temporaire ou définitif de l'angle externe soit par débridement simple (canthotomie), soit par ablation d'une partie de cet angle (canthectomie), avec ou sans suture et reconstitution autoplastique (canthoplastie). Ce phimosi doit être distingué de l'*ankyloblépharon*.

Élargissement de la fente palpébrale. — L'élargissement de

la fente palpébrale par un coup de ciseaux à la commissure externe sans suture consécutive n'est qu'un *débridement* momentané sans résultat définitif et qui n'est applicable qu'à des cas aigus ou comme préparation à diverses interventions sous-palpébrales ou orbitaires, quand il y a un véritable phimosi palpébral. C'est la *canthotomie*, qui pourra aller jusqu'au bord externe osseux de l'orbite (exentération).

La canthoplastie comporte une suture avec glissement autoplastique. C'est une opération plus importante qu'elle ne le semble tout d'abord, délicate à mener à bien, si l'on veut éviter qu'elle ne soit complètement inutile (la fente palpébrale restant alors aussi étroite et la commissure étant devenue épaisse et cicatricielle) ou qu'elle ne laisse des lésions définitives apparentes et peu réparables.

C'est à von Ammon qu'on doit la canthoplastie. La canthotomie est du reste une conséquence naturelle des opérations sur l'ankyloblépharon, connues de tout temps.

Stellwag a proposé de couper la paupière inférieure *obliquement*, ce qui augmente l'effet, mais provoque une échancrure mal placée et des difformités.

Un certain nombre d'auteurs, après RICHET, ont pratiqué un procédé très logique et très sûr, lorsqu'on veut obtenir le maximum de résultat; c'est d'exciser en 2 coups de ciseaux un petit V *cutané* de façon à créer une perte de substance triangulaire continuant absolument la forme de l'orifice palpébral, puis on suture la muqueuse à la peau. Dans la majorité des cas, c'est à ce procédé qui nous paraît mériter le nom de *canthectomie* que, de même qu'Abadie, nous donnons la préférence; il doit souvent remplacer la simple section avec suture, d'un effet médiocre au bout de peu de temps. D'autres auteurs (Cusco) ont dessiné un triangle à *sommet commissural*.

Dans quelques cas, on a interposé un lambeau cutané entre les lèvres de la plaie, par une minuscule autoplastie

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.M.

à pédicule (Cusco, Noyes). Ce procédé qui donne, même au prix d'une petite difformité, un agrandissement notable de la cavité palpébro-conjonctivale, a son indication surtout dans les cas où elle est si réduite que le port d'un œil de verre devient impossible, et dans les cas d'*ankyloblépharon* où l'on craint la récurrence.

CANTHOPLASTIE PAR INCISION ET SUTURE (fig. 18). — On prolonge, le blépharostat étant en place, la commissure externe de la quantité voulue avec des ciseaux droits et mousses. Une hémorragie artérielle est la règle; on la combattra de suite (au lieu de se borner à la compression, ce qui laisse une ecchymose palpébrale beaucoup plus forte), en saisissant l'artériole avec une pince ou une serre-fine hémostatique.

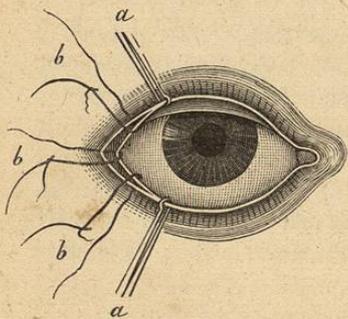


FIG. 18. — Canthoplastie.

a, pinces.
b, anses de fil.

un peu loin la conjonctive avec ou sans incision libératrice *bulbaire concentrique* à la cornée sur le diamètre horizontal, et avoir, s'il y a lieu, donné en haut et en bas

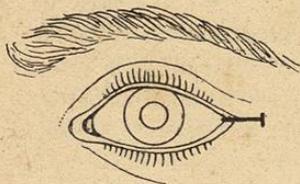


FIG. 19. — Procédé de Chalot.

Chalot a proposé une incision en T (4 millimètres en long, 2 en hauteur), dont l'effet serait plus complet (fig. 19).

un coup de ciseau *sous-cutané* sectionnant une partie du ligament suspenseur des tarsi (Agnew, de Wecker), rappelant les anciennes sections sous-cutanées de l'orbiculaire, on suture à la soie en commençant par le point médian.

CANTHÉCTOMIE OU CANTHOPLASTIE AVEC EXCISION (fig. 20). — On excise en 2 coups de ciseaux une petite bande de l'angle externe des paupières; on accentue l'effet, en donnant un coup de ciseaux horizontal à la distance que l'on voudra, et en faisant des débridements du ligament suspenseur, puis on suture exactement la conjonctive disséquée et mobilisée.

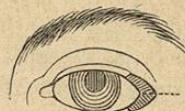


FIG. 20. — Canthéctomie.

CANTHOPLASTIE AVEC INTERPOSITION DE LAMBEAU. — Un petit lambeau cutané à pédicule, de forme et d'étendue variable, est amené entre les lèvres de la plaie, suturé par des points *latéraux*, puis son extrémité libre retournée sur elle-même, fixée à la partie profonde du lambeau et des tissus par un point médian de suture perforante, en matelas. L'écueil de ce procédé, si la fixation n'est pas *parfaite*, est son inutilité compliquée d'une difformité.

Indications générales. — La canthoplastie, comme tout agrandissement d'un orifice quelconque (iridotomie, iridectomie, etc.), est *préparatoire* ou *définitive*.

Préparatoire, elle est utilisable pour diverses opérations lorsque l'orifice palpébral est manifestement trop étroit (certains cas d'extirpation de la glande palpébrale, broyage des granulations, exentération orbitaire (Desault), énucléation d'yeux énormes, etc.).

Dans certains cas (exentération et tumeurs orbitaires), nous avons prolongé l'incision en T au moins de 1 centimètre au-dessus et au-dessous du rebord osseux de l'orbite, ce qui donne beaucoup de jour sans difformité définitive après suture.

La canthoplastie à lambeau trouve des indications dans des cas fort rares (symblépharon, ankyloblépharon, pour permettre le port d'un œil artificiel, etc.)

Dans un certain nombre d'autres cas, la canthoplastie agit (kératites, conjonctivites), en plus de sa forte saignée