

locale, en diminuant le tonus palpébral et le frottement de la cornée. Comme toute intervention juxta-oculaire, elle joue un rôle éclaircissant pour la cornée (Panas). Enfin elle a un rôle esthétique pour assurer l'égalité des deux fentes palpébrales, lorsqu'il existe une inégalité spontanée (exophtalmie, myopie extrême unilatérale, etc.) ou provoquée (strabotomie excessive et monolatérale, etc.).

On élargit alors la commissure de l'œil non opéré ou sain. On agira par section avec suture ou par excision triangulaire et suture, ce dernier procédé étant celui qui donne un effet plus marqué. Mais nous préférons la canthorrhaphie de l'œil trop saillant.

Un avivement de la nouvelle commissure externe (canthorrhaphie) réparerait facilement une canthoplastie démesurée, mais il est fort rare qu'on en vienne là, et la canthoplastie pèche plus souvent par défaut que par excès.

D'autres auteurs n'ont pas hésité dans les cas d'ophtalmie purulente grave (Schmidt, Critchett père) ou dans le cas de blépharoptose (Denonvilliers et Gosselin), à sectionner la paupière en son milieu et à créer ainsi un vaste colobome. Ces tentatives brutales ne doivent être que citées pour mémoire; de même ces incisions ont été faites aux deux extrémités de la paupière supérieure pour l'exentération orbitaire (Dupuytren), mais il y a avantage à leur préférer ordinairement les débridements externes.

Entropion et trichiasis. — L'entropion n'a guère d'effet nocif que par l'inversion des cils; aussi les méthodes applicables à sa cure sont-elles les mêmes que celles applicables au trichiasis, sauf pour des cas rares de trichiasis tout à fait localisé ou ceux d'entropion temporaire.

L'ENTROPION TEMPORAIRE se produit presque toujours à la paupière inférieure chez les vieillards ou les sujets dont la paupière inférieure est ordinairement flasque. Une conjonctivite, une blépharite, l'occlusion de l'œil surtout après les opérations, amènent un léger œdème sous-cutané et le

bord ciliaire bascule en arrière, tourne autour de la ligne solide formée par le tarse inférieur si peu développé et les ligaments latéraux qui le réunissent aux deux angles.

Lorsque le collodion et les bandelettes agglutinatives ne suffisent pas, l'application d'une serre-fine à ptosis, et, en cas d'insuccès, l'ablation d'un losange, d'un rectangle ou d'un ovale horizontal de peau à 2 à 3 millimètres des cils est indiquée et préférable à la ligature sous-cutanée de Gaillard.

On disséquera aussi un volet (procédé de Brach) presque jusqu'aux cils (voy. page 71), de manière à sectionner en partie l'orbiculaire et à créer des adhérences profondes.

La canthotomie est quelquefois faite avec succès, mais, seule, ou combinée avec une ligature sous-cutanée éversive, elle peut échouer.

ENTROPION ET TRICHIASIS PERMANENTS. — Nous examinerons d'abord l'entropion et le trichiasis complets, étendus à toute une paupière.

A. Dans ces cas, c'est pour ainsi dire toujours à la suite de l'*incurvation du tarse par le trachome* que se produit la maladie.

Aussi les procédés qui ne redressent pas le tarse échouent-ils presque toujours ou du moins laissent se produire la récurrence.

En plus de l'*épilation* et la *frisure* (?) des cils, moyens palliatifs, les procédés employés pour la guérison de l'entropion et du trichiasis sont fort nombreux et se groupent de la manière suivante :

1^o **Ablation du bord ciliaire.** — Cette opération radicale a été utilisée dès les temps les plus anciens et reprise par Bartisch, Flarer, et d'autres. Elle consiste à supprimer le mal en supprimant l'organe et en excisant tout le bord ciliaire. L'ouverture palpébrale se trouve réduite alors à un orifice plissé, à bords cicatriciels et rugueux où on a substitué une difformité définitive à une difformité curable.

2° *Destruction des cils et de leurs bulbes.* — Bien des opérateurs ont essayé de détruire les cils tantôt en pénétrant les bulbes avec de petits cautères ou des aiguilles qu'on faisait rougir avec un fer à friser après leur implantation (Carron du Villards), tantôt en disséquant les bulbes

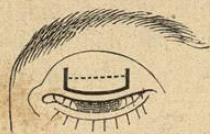


FIG. 21. — Dissection des bulbes ciliaires (Vacca Berlinghieri).

par la racine après incision cutanée (Vacca Berlinghieri, fig. 21), tantôt par l'électrolyse. Ces procédés sont douloureux, longs, sujets à la récurrence et détruisent les cils au lieu de les remettre en bonne place. Toutefois l'électrolyse conserve des indications dans le trichiasis partiel.

3° *La déviation des cils et leur changement de direction par une petite anse de fil ou de cheveu, sorte de tuteur (Celse).* Procédé n'ayant que des résultats temporaires et impossible même à appliquer à tout le bord ciliaire.

4° *Le raccourcissement de la peau et la déviation consécutive du bord ciliaire laissé en place et non libéré.* On a ainsi agi par l'écrasement avec des pinces à demeure, des ligatures constrictives (Bartisch, Gaillard) et le séton, par des excisions cutanées, horizontales et verticales, par des cautérisations ignées, les unes transversales, selon les procédés arabes, les autres verticales (Vieusse). Tous ces procédés, s'ils sont limités à la peau, laissent la récurrence se produire, donnent des douleurs et des cicatrices difformes. Mais la cautérisation ignée transversale doit être conservée dans certains cas, à condition d'aller jusqu'au tarse (Delpech, Jobert, Magni). Elle pourra alors guérir, comme tout procédé tarsien.

5° *La transplantation du bord ciliaire libéré en pont (Aétius, Jäsche, Arlt).* — La figure 22 explique cette transplantation du bord ciliaire en escarpolette. Mais, même avec greffe cutanée au-dessous du bord ciliaire déplacé, les cicatrices sont souvent très marquées, le tarse incurvé

n'ayant pas été touché, le bord ciliaire redescend peu à peu et la récurrence du trichiasis est fréquente.

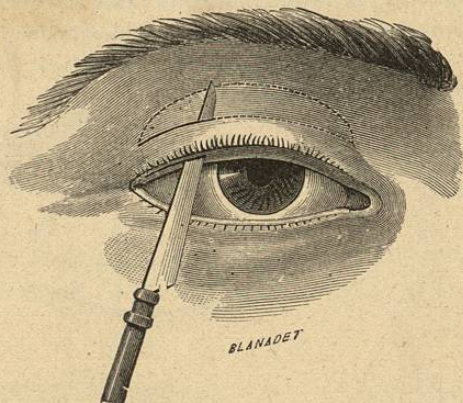


FIG. 22. — Transplantation du sol ciliaire.

6° *Le déplacement du bord ciliaire par une autoplastie à pédicule latéral (Spencer Watson, fig. 23).* — La transplantation du bord ciliaire au lieu de se faire en pont, se fait avec un pédicule; c'est une petite blépharoplastie latérale par échange de lambeaux, utilisable pour les trichiasis angulaires. Comme elle pourrait donner lieu à du sphacèle et à des difformités, elle ne saurait prétendre à être une méthode générale. Elle rendra quelquefois service comme méthode d'exception, surtout pour les angles, et après insuccès des autres méthodes: on la préférera, dans ces cas, à l'ablation pure et simple du bord ciliaire.

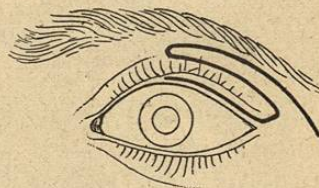


FIG. 23. — Blépharo-marginoplastie.

7° *Les opérations sur le tarse.* — Ces opérations ont consisté tantôt dans l'ablation du tarse (Saunders), dangereuse

et inutile, tantôt dans la *tarsotomie* qu'après les anciens (Aétius), Richter et von Ammon, entre autres, ont recommandée surtout par la conjonctive, tantôt dans l'*évidement* et l'amincissement du tarse (Streatfield, Snellen, fig. 24).

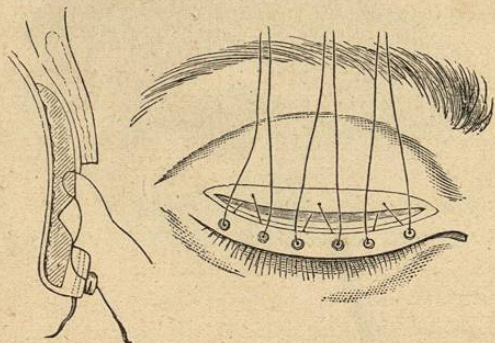


FIG. 24. — Opération du trichiasis. Procédé de Snellen.

Une heureuse combinaison de la tarsotomie avec des sutures allant jusque dans le ligament suspenseur (Anagnostakis (fig. 25), Hotz) est due à Panas, dont le procédé élégant reste d'une efficacité générale contre l'entropion compliqué de trichiasis et n'a subi aucune modification utile. C'est un redressement du bord ciliaire qui se relève et vient se couder sur son ancien emplacement.

PROCÉDÉ DE PANAS. — Le procédé de Panas s'exécute de la manière suivante pour la *paupière supérieure*. Un aide

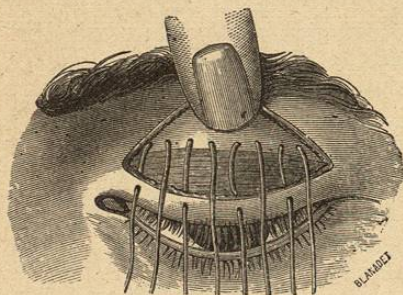


FIG. 25. — Opération du trichiasis. Procédé d'Anagnostakis.

exercé tend la paupière supérieure sur une large spatule, préférable en général aux pinces hémostatiques à vis ou à verrou. Il est chargé de bien éponger et de bien tendre, car il faut y voir clair.

Une incision horizontale à 2 millimètres au-dessus des cils est faite : on dissèque (l'excision est ordinairement inutile) l'orbiculaire qu'on fait récliner avec un crochet tout en disséquant en haut la peau jusqu'au sommet du tarse et aux fibres verticales du ligament suspenseur qui s'y insèrent.

En bas, on dissèque le bord ciliaire en volet jusqu'à ce qu'on voie le *fond* des bulbes ciliaires comme une traînée de points noirs.

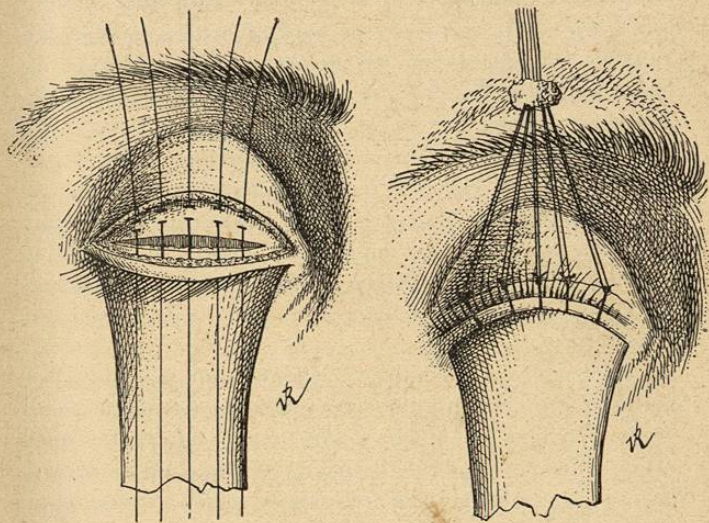


FIG. 26. — Opération du trichiasis. Procédé de Panas.
I. Dissection. — II. Suture.

Enfin on incise le tarse à ciel ouvert jusqu'à la conjonctive inclusivement, en général à 3 millimètres au plus du bord ciliaire (fig. 26). Cette incision variera légèrement

comme siège et étendue avec l'étendue même, la forme et le raccourcissement du tarse assez variables avec les sujets. Si on place *trop haut* la tarsotomie, on a un ectropion, *écueil de l'opération*, qui oblige à désunir la suture plus tôt que de coutume et à pratiquer des cautérisations muqueuses ultérieures. Si on la place *trop bas*, le bord ciliaire chevauche et remonte trop haut.

La suture est placée (5, quelquefois 4 à 6 points) en entrant *sur le bord ciliaire* exactement en arrière des cils, ressortant dans l'angle du volet inférieur disséqué, allant reprendre le ligament suspenseur et le *sommet du tarse*, puis ressortant sans passer par la peau. On serre les fils, en évitant toutefois de *trop serrer* et de transformer, comme on l'a cru à tort nécessaire, le bord ciliaire en un véritable chapelet, ce qui donne des déformations inutiles et on laisse les fils collés au front, à la manière ancienne, pendant cinq jours.

Sur de très nombreux cas, nous n'avons guère vu et obtenu que des succès. Un de nos malades avait un trichiasis datant de Desmarres. Il a guéri cependant radicalement. Dans ce cas où le tarse était très épaissi et bosselé, nous avons combiné un amincissement préalable du tarse, en enlevant quelques lamelles, à la tarsotomie faite ensuite.

Le sphacèle et les autres accidents sont dus ou à des fautes opératoires ou à une inexacte appréciation du siège et de l'étendue de la tarsotomie, point délicat de l'opération. Quelquefois de petits bourgeons naissent au niveau des glandes de Meibomius sectionnées, mais l'ablation et la cautérisation les suppriment vite.

Pour la paupière inférieure (fig. 27), Panas procède à l'ablation partielle d'un volet de peau disséquée jusqu'au bord des cils et combinée ou non à une *tarsotomie*, suivant l'intensité et la nature du mal (entropion ou trichiasis).

Brach (1838) cité par Zeiss, Deval et Fano, employait

déjà le procédé suivant. Il incisait transversalement la peau au niveau du bord *adhérent* de la paupière. Deux autres incisions, partant des extrémités de la précédente, convergeaient légèrement pour aller se terminer près des cils.

Le lambeau était *soigneusement* disséqué jusqu'au bord ciliaire, Brach affirmant que les adhérences profondes cicatricielles rendaient son procédé supérieur à la simple excision transversale de la peau, puis il retranchait sur la base du lambeau ce qu'il fallait pour redresser l'ectropion. On terminait en suturant la peau.



FIG. 27. — Opération du trichiasis, pour la paupière inférieure (Panas).

Mais la paupière inférieure est un mauvais terrain, vu la maigreur du tarse, ennemi presque insaisissable ici, comparé au tarse supérieur, souvent très difforme, mais de prise largement accessible et modifiable.

Indications opératoires générales. — A. *Trichiasis total avec entropion.* — 1° *Paupière supérieure.* Dans la grande majorité des cas, le procédé de Panas sera pratiqué d'emblée. Très exceptionnellement la cautérisation ignée transversale à 3 millimètres du bord ciliaire, allant jusqu'au tarse et *entamant* sans le traverser (une incision cutanée préalable est inutile, si l'on se sert d'un cautère couteau), sera faite, ou en place de ce procédé, ou en cas d'insuccès. Toutefois, dans un des rares insuccès que nous avons vu par le procédé de Panas, nous avons répété l'opération de Panas et obtenu un succès complet et définitif maintenu depuis 5 ans.

Dans les cas où avec un symblépharon assez marqué et

un phimosis palpébral extrême, les opérations précédentes répétées sont suivies d'une récurrence, la déviation autoplastique à pédicule du bord ciliaire ou enfin sa suppression sont une ressource ultime.

Dans les cas au contraire où malgré un trichiasis trachomateux ou non, le tarse est mince et peu malade, on évitera la *tarsotomie perforante* qui donne un ectropion et on se bornera à une tarsotomie incomplète, à un évidement léger du tarse ou au procédé d'Anagnostakis.

2° *Paupière inférieure*. La cautérisation ignée, quelquefois l'excision d'un volet de peau avec tarsotomie, très rarement la marginoplastie ou l'ablation du bord ciliaire, seront indiquées.

Enfin, dans les cas de symblépharon concomitant et curable, la cure du symblépharon devra précéder celle du trichiasis.

B. *Trichiasis et entropion partiels*. — Quand il n'y a que quelques cils diversement déviés, on pensera à d'autres interventions ou aux précédentes exactement localisées et limitées au voisinage de la partie malade. L'ablation partielle (fig. 28), totale ou inter-

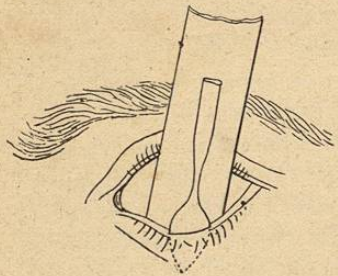


Fig. 28. — Excision partielle du sol ciliaire.

marginale, de forme variable, est quelquefois possible, mais on préférera généralement la cautérisation ignée ou exceptionnellement l'électrolyse qui se pratiquera comme pour les poils.

Électrolyse. — L'aiguille coudée de Brocq est introduite le long du cil dévié (cathétérisme du bulbe) jusqu'à ce qu'on soit arrêté par le fond de la cavité. On fait alors passer le courant (électrolyse négative) de 3 à 5 milliam-pères pendant 15 à 20 secondes, le pôle positif étant appliqué

sur la tempe. On voit pendant le passage du courant (il est bon de prévenir le sujet pour éviter un soubresaut) une sorte de mousse blanchâtre se former contre le poil, qui est ensuite facilement retiré (n'adhérant plus, preuve d'une bonne opération) avec une pince.

On opérera plusieurs cils dans la même séance : toutefois, s'ils sont rapprochés, on évitera d'en opérer trop pour ne pas risquer un sphacèle, qui est à peu près le seul accident possible, si on exagère l'intensité du courant ou la durée d'application. L'aide d'un bon electricien ou d'un bon appareil mesureur est indispensable pour le maniement du courant. Mais, comme l'opération est assez douloureuse, que les récurrences sont fréquentes, quoique partielles et pouvant guérir par des opérations successives, comme pour l'hypertrichose en général, il faut être prévenu de ces conditions pour pouvoir faire, suivant les cas, le choix du procédé à employer. De plus, les procédés de redressement, en particulier la cautérisation ignée à 2 ou 3 millimètres des cils déviés, les laissent subsister tout en les redressant, et n'ont pas l'inconvénient de créer une brèche dans la rangée des cils.

L'hypertrichose intersourcillière pourrait être traitée ainsi sur la demande du malade, si les moyens qui peuvent la masquer (décoloration à l'eau oxygénée, etc.), étaient jugés insuffisants.

Ankyloblépharon. — L'ankyloblépharon comporte la section simple s'il s'agit de brides séparées par un pont de bord ciliaire sain. Si toute la commissure est cicatricielle, on est obligé, pour empêcher la récurrence, de joindre souvent à l'autoplastie par incision libératrice et glissement conjonctival bulbaire, avec ou sans excision d'un triangle du bord commissural, l'interposition d'un petit lambeau cutané que l'on adossera au besoin à lui-même par un point en matelas (voir *Canthoplastie*).

Ectropion. — Le bord palpébral, presque toujours celui

de la paupière *inférieure*, s'il s'agit d'ectropion spontané, s'affaisse soit dans toute son étendue, soit dans sa portion lacrymale. Dans ces cas-là, le bord palpébral n'est pas *attiré* en bas; il *tombe*, c'est une *ptose* de la paupière inférieure, que nous devons mettre en face de la ptose supérieure que l'on s'est trop habitué à regarder comme unique. Nous rappellerons aussi la ptose inférieure par *paralysie* orbiculaire. Le sphincter orbiculaire a perdu sa tonicité et le muscle de Duverney-Horner laisse *pendre* au dehors le point lacrymal inférieur. Toutes les fois qu'on voit ce dernier sans toucher à la paupière, c'est qu'il n'est pas à sa place. Chez un certain nombre de sujets jeunes, l'ectropion est d'un autre ordre: il commence par une lésion des voies lacrymales, *rétrécissement* ou *dacryocystite*. C'est véritablement un ectropion lacrymal. Chez le vieillard, au contraire, ce mécanisme est exceptionnel; tout consiste au début dans un relâchement du muscle orbiculaire, des points lacrymaux, et de la peau. C'est à *la suite* de ces lésions primitives, que le point lacrymal ne sert plus à rien: l'affection lacrymale est *consécutive*, l'ectropion sénile *devient lacrymal*, au lieu de commencer par naître d'une affection lacrymale. Il s'exagère, s'irrite et augmente ensuite sous l'effet de l'irritation des larmes et de l'absence d'écoulement régulier, mais il faut faire une distinction pathogénique *fondamentale* entre l'ectropion non cicatriciel des jeunes sujets et l'ectropion sénile. Le mécanisme en est inverse. D'ailleurs, bien fréquemment, l'éversion du point lacrymal inférieur n'arrive pas à constituer l'ectropion sénile typique, et il n'y a qu'une éversion sans bourrelet hypertrophique.

Une deuxième grande variété constitue un ectropion que nous appellerons *mixte*, intermédiaire entre la variété cicatricielle franche et la chute pure et simple avec ou sans irritation consécutive de la paupière inférieure. C'est cet ectropion pseudo-cicatriciel, ectropion *sténodermique*

(Panas), qu'on a appelé *brachydermique* (Truc) et qu'on pourrait nommer *sclérodermique*. Il s'agit de sujets généralement jeunes, atteints *ou non* de rétrécissement des voies lacrymales, et dont toute la peau du visage est quelquefois lisse, tendue, comme trop *étroite* pour renfermer les parties sous-jacentes. Le visage et les paupières sont *luisants*, unis. Peu à peu la paupière inférieure, dont la peau, déjà si mince de par la constitution spéciale du sujet, est en plus irritée par les larmes qui y coulent, s'ectropionne; le bord ciliaire enflammé perd ses cils, sa forme et son volume: il se réduit à un liséré rougeâtre où la peau et la muqueuse se succèdent sans séparation nette. Ici il n'y a *presque pas de peau* et presque jamais un fort bourrelet conjonctival hernié; ce n'est plus l'ectropion sénile où l'on prend pour ainsi dire à pleines mains les poches palpébrales relâchées: ce n'est plus la *chute* de la paupière, c'est une atrophie lente de toute la peau de la paupière inférieure y compris le bord ciliaire, et peut-être même les éléments des tissus profonds: en tous cas, c'est une sorte de transformation cicatricielle qui *attire* en bas le bord ciliaire ou ce qui en reste. Cette pathogénie est tellement différente des autres que, pour guérir la maladie, on peut être obligé d'*ajouter de la peau* à ces paupières qui en manquent, tandis qu'on doit en *retrancher* dans l'ectropion sénile, où il y en a trop.

La troisième variété d'ectropion est franchement *cicatricielle*: par un processus infectieux ou traumatique, la *charpente* palpébrale a disparu en tout ou en partie, et souvent son soubassement osseux: enfin il y a éventuellement fusion avec le globe (sympbléphon).

A côté de ces variétés, il existe des ectropions *inflammatoires momentanés*, siégeant surtout à la paupière *supérieure*: nous nous rappelons un jeune malade chez lequel, pendant plusieurs semaines, au cours d'une ulcération scrofuleuse de la cornée, la paupière supérieure considérablement gonflée resta complètement retournée.

Toutes ces variétés d'ectropion nécessitent un traitement différent, *pathogénique*.

Dans *tous les cas*, sauf quelquefois dans la variété inflammatoire temporaire, il faut rétablir les voies lacrymales *par le point lacrymal inférieur*, même si le point lacrymal supérieur est à sa place et paraît normal au sondage.

Il est nécessaire de rétablir à la fois la perméabilité du conduit et la position normale de son orifice d'aspiration.

Le conduit sera généralement incisé un peu plus loin que d'habitude, mais toujours obliquement vers le cul-de-sac conjonctival, puis canalisé. On y joint quelquefois le *bandeau compressif* et des onctions répétées de pommade (oxyde de zinc) sur la peau de la paupière inférieure et de la joue. Dans les cas légers, ce traitement suffit, joint à quelques cautérisations du cul-de-sac inférieur à la solution de nitrate d'argent à 1/50, et à condition de surveiller plus tard les malades.

Quand le point lacrymal ne remonte pas par ces moyens, on résèque un fragment de conjonctive en arrière du point lacrymal, ou on cautérise au fer rouge pour produire un redressement cicatriciel du point dévié.

Toute sécrétion lacrymale démesurée comporte, au bout d'un certain temps, l'*ablation de la glande lacrymale*. On s'adressera à la portion palpébrale, plutôt qu'à l'orbitaire.

L'électrisation de l'orbiculaire a peu de chances de succès.

Dans quelques cas de relâchement simple de l'orbiculaire avec légère tendance à l'ectropion, il y a intérêt à retrancher divers fragments cutanés, surtout dans la région de la commissure *externe*, fragments de diverses formes, ovales, triangulaires, semi-circulaires, d'étendue variable. Arlt et surtout Weber ont particulièrement insisté sur les heureux résultats qu'on pouvait ainsi obtenir. Le résultat cosmétique est déjà très appréciable sur des paupières

inférieures simplement languissantes. Avec une injection sous-cutanée de cocaïne et des sutures aseptiques, ces opérations exécutées avec prudence et sûreté, ont un effet plastique excellent et sont d'une grande simplicité. On se gardera d'intéresser la commissure externe, pour éviter tout défaut d'harmonie dans le rétrécissement palpébral *concentrique* qu'on doit se proposer. On évitera ainsi de transformer une commissure saine en une commissure cicatricielle dont l'aspect et les fonctions sont fort différentes.

Dans des cas exceptionnels, on fera, comme nous l'avons proposé, en dehors du point lacrymal, une *très petite tarsorrhaphie interne*, à laisser un certain temps.

On est quelquefois consulté par des personnes d'un certain âge qui, sans aucun ectropion, se plaignent que leurs paupières, surtout les inférieures, forment *poche*. Une excision de peau et le dégraissage de l'orbite, analogue au dégraissage abdominal, seront évités le plus souvent.

Ectropion inflammatoire. — L'ectropion *inflammatoire* momentané, lorsqu'il ne guérit pas par le traitement de la lésion originelle, les bandelettes agglutinatives et le bandeau compressif, est justiciable d'une tarsorrhaphie médiane, pour éviter de voir la cornée courir les plus grands dangers. On pourrait penser d'abord à la simple *infibulation* (sans excision du bord rétrociliaire) par deux ou trois fils en pleine paupière, ou dans la peau préciliaire, mais ce procédé expose à la section par les fils, de ces tissus extrêmement infiltrés, au frottement des cils, et aussi à des infections secondaires de la paupière suivant le trajet des fils.

Ectropion sénile. — Au point de vue opératoire, le traitement de l'ectropion sénile était, il y a peu d'années encore, extrêmement mal établi. On reste étonné du nombre des procédés proposés, en somme très différents entre eux : il

est convenable de se rendre compte que s'il n'y a pas un seul et même procédé pour guérir tous les cas, de forme, d'âge et d'intensité variables, il y a certains procédés qu'il faut rejeter comme dangereux et d'autres qu'il faut rejeter comme insuffisants.

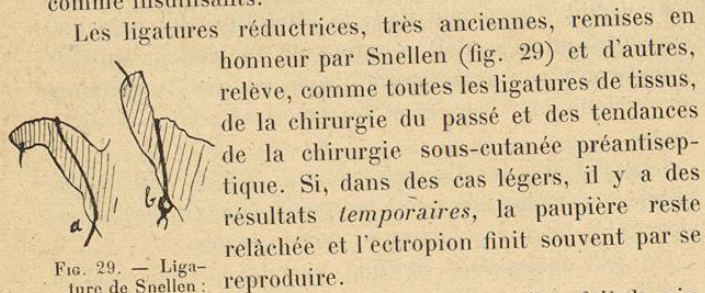


FIG. 29. — Ligature de Snellen :
a, passage du fil ;
b, ligature nouée.

Les ligatures réductrices, très anciennes, remises en honneur par Snellen (fig. 29) et d'autres, relève, comme toutes les ligatures de tissus, de la chirurgie du passé et des tendances de la chirurgie sous-cutanée préantiseptique. Si, dans des cas légers, il y a des résultats *temporaires*, la paupière reste relâchée et l'ectropion finit souvent par se reproduire.

Antyllus, comme Kühnt l'a refait depuis, réséquait une partie du tarse, un coin vertical. Ce procédé donne quelquefois un bourrelet disgracieux terminé par un godet, une sorte de *bec* de cafetière juste au milieu du bord ciliaire. Même avec la mobilisation des parties et la modification des sutures proposées par Müller, il nous semble, aussi bien dans le sens *vertical* que dans le sens *horizontal* où divers opérateurs ont aussi pratiqué des résections *larsiennes*, il faut s'abstenir de toucher au tarse, sous prétexte d'un allongement, discutable d'ailleurs, de cette région. En tout cas, un nombre assez grand de succès en le laissant intact nous a prouvé que cette pratique qui pourrait entraîner des cicatrices vicieuses et compliquées (trichiasis, symblépharon), était ordinairement inutile.

Adams n'avait pas hésité à enlever un V de la paupière entière, ce qui prédisposait à un colobome traumatique ou à une cicatrice vicieuse, avec symblépharon. Le procédé latéral d'Ammon était déjà moins dangereux (fig. 30).

La cautérisation conjonctivale *horizontale* au thermo-

cautère et la cautérisation *perpendiculaire* au bord ciliaire, en gril, peuvent être incertaines ou avoir des inconvénients analogues au procédé précédent. La cautérisation *chinique*, surtout au *nitrate*, en solution forte ou au crayon mitigé, nous a plusieurs fois donné chez des malades qui refusaient l'opération, d'heureux résultats dans des cas de moyenne intensité, combinée au rétablissement des voies lacrymales. Mais c'est un moyen à appliquer pendant assez longtemps.

Bestent en présence :

1° La *tarsorrhaphie*. — La *canthorrhaphie externe* aide au redressement et pourrait suffire quelquefois. La *tarsorrhaphie interne* sera réservée à l'ectropion paralytique et à certains ectropions cicatriciels. Mais, de même que par les opérations suivantes, la forme de la fente palpébrale est modifiée comme allure et comme dimensions, ce qui est particulièrement mauvais quand l'ectropion est unilatéral ou tout à fait différent d'intensité de chaque côté.

2° Le *procédé de Dieffenbach* (fig. 31), heureusement modifié par Szymanowski (fig. 32, p. 80), est un très bon procédé, mais le dernier a l'inconvénient de relever à la chinoise la commissure externe et de rétrécir l'orifice palpébral. Toutefois, comme bien d'autres, nous en avons obtenu d'assez bons résultats.

3° *Fixation de la conjonctive à la peau*. — Dieffenbach a également pratiqué le procédé suivant. Il incisait la peau de la paupière au niveau du sillon orbitaire inférieur, puis traversait la base de la paupière jusqu'au cul-de-sac con-

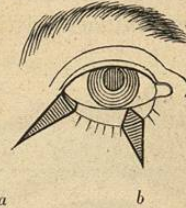


FIG. 30. — Ablation d'un lambeau cunéiforme de la paupière.

a. Procédé d'Ammon.
b. Procédé d'Adams.



FIG. 31. — Excision latérale. Procédé de Dieffenbach.

jonctival. Le cul-de-sac, attiré au dehors avec une pince à travers la boutonnière ainsi formée, était suturé en ce point et redressait la paupière, fixée en arrière par la traction conjonctivale.

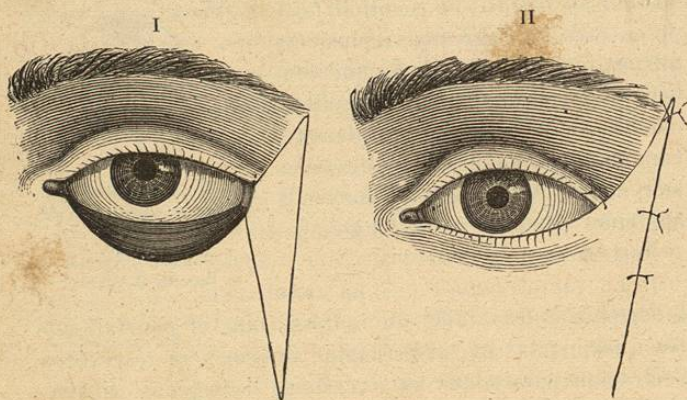


FIG. 32. — Excision latérale. Procédé de Szymanowski.
I. Excision. — II. Suture.

4° Le procédé en vanne (voir page 83). — Ce procédé (Truc) nous semble mieux approprié aux cas où la conjonctive n'est pas hypertrophiée et où surtout la peau n'est pas distendue; dans l'ectropion sénile vrai, il y a trop de conjonctive et trop de peau; aussi préférons-nous le procédé suivant:

5° Résection conjonctivale combinée à une résection cutanée *juxta-commissurale* (A. Terson).

La résection conjonctivale dans l'ectropion, connue des anciens, reprise au XVIII^e siècle (Bordenave, Pellier), est suffisante dans les cas très légers. La résection d'un lambeau cutané par les procédés de Weber convient aux cas où les paupières sont relâchées et tombantes, mais où la conjonctive n'est pas charnue et hypertrophiée. La

réunion de ces deux interventions, que nous préconisons depuis quelques années, convient aux cas les plus accentués, et supprime l'obstacle conjonctival tout en diminuant la laxité palpébrale en retranchant un lambeau de peau et d'orbiculaire, ce qui fixe la paupière en bonne place et lui redonne un tonus convenable.

Les figures ci-contre (fig. 33 et 34) nous dispensent d'une description totale, mais

nécessitent des remarques importantes. La résection conjonctivale sera faite aux ciseaux et portée jusqu'en arrière du point lacrymal inférieur qu'il s'agit de relever et qui aura été préalablement incisé et sondé pendant quelques jours. On enlève la partie *malade* de la conjonctive. Cette partie forme un *bourrelet bien visible* qui correspond à la *région postérieure du tarse* de la paupière inférieure. Il faut rester à 1 millimètre au moins du bord meibomien, et à plusieurs millimètres du cul-de-sac, qu'il

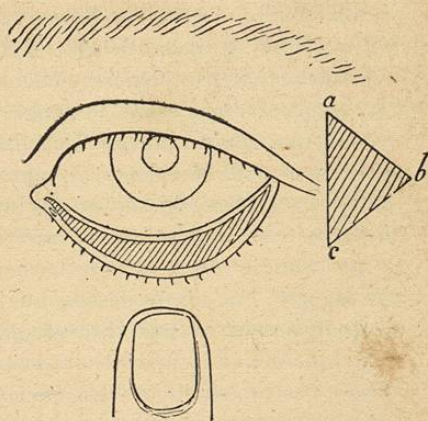


FIG. 33. — Résection conjonctivale et cutanée. Procédé de A. Terson.

I. Excision.

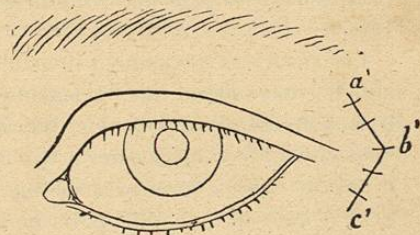


FIG. 34. — Résection conjonctivale et cutanée. Procédé de A. Terson.

II. Suture (a' b' c').

faut absolument éviter de toucher, pour ne pas avoir de symblépharon. On enlève la quantité malade, variable avec chaque cas, en restant dans les limites précédentes. On étanchera la petite hémorragie en nappe et on *ne fera pas de suture*. Nous l'avons toujours évitée et obtenu en 5 à 6 jours une cicatrice linéaire, la suture exécutée par d'autres opérateurs pour compléter (?) ce procédé, donne une cicatrisation irrégulière, plissée, que ne produit pas l'effort naturel linéaire de la cicatrisation, au niveau du plan tarsien.

Le triangle (on a varié la forme du lambeau, ovalaire, losangique, etc.), sera dessiné au bistouri, puis enlevé au bistouri ou aux ciseaux. Il correspondra comme étendue à celle que donne la prise de la peau avec une pince corrigéant l'ectropion. C'est dire que la quantité à enlever variera, sera *dosée*, comme la résection conjonctivale, avec chaque cas. Ces deux opérations doivent se combiner comme la ténotomie et l'avancement dans la strabotomie. On suturera (fig. 34) toujours la plaie *cutanée*. Si on enlevait un triangle *trop grand*, il pourrait en résulter un écartement de la commissure s'éloignant ainsi du globe et une *canthorrhaphie externe* serait nécessaire pour combler le vide.

Les cicatrices deviennent invisibles. On pourra, comme nous l'avons obtenu sur 20 malades avoir, ainsi que d'autres confrères, de très bons et très durables résultats (nous avons revu récemment notre premier opéré exactement dans le même état qu'après sa guérison opératoire) sans modifier en quoi que ce soit la forme et les dimensions de la paupière et, sans courir de risque, si l'on a soin de se tenir loin du cul-de-sac. Avec ce procédé, on conserve l'aspect esthétique si précieux à la face, on agit en dosant la quantité à enlever suivant les cas et on réalise les indications lacrymales et fonctionnelles. L'essentiel est de n'appliquer ce procédé combiné qu'à *l'ectropion sénile* qu'il concerne presque exclusivement.

L'injection sous-cutanée et l'instillation de cocaïne nous ont toujours suffi comme anesthésie.

Ectropion pseudo-cicatriciel, mixte, sténodermique. — Il est des cas, où la peau de la paupière, bien que n'ayant subi aucune cicatrisation apparente, se rétracte, souvent chez des sujets jeunes (*ectropion juvénile* de Truc), quelquefois même concurremment avec celle des lèvres, de la face et d'autres régions du corps, par *sténodermie* localisée ou généralisée. Ces cas méritent donc bien le nom d'ectropion sténodermique (Panas) ou *sclérodermique*. La peau subit une rétraction profonde et renverse le bord ciliaire. On conçoit que dans des cas légers, la cautérisation, la résection de la conjonctive herniée (sans atteindre le cul-de-sac) ou son déplacement en *vanne* (Truc) puissent suffire. Les résections cutanées de l'angle externe sont souvent peu utiles ou peu indiquées, la peau étant déjà trop étroite. C'est de la peau qu'il faudrait ajouter, et une peau très fine, vu que chez ces sujets, il n'y a aucune cicatrice et que les autoplasties *habituelles* à pédicule et les greffes seraient tout à fait disgracieuses et donneraient des cicatrices.

A. *Déplacement de la conjonctive en vanne* (Truc).

Le procédé, bien décrit dans une thèse récente¹, s'exécute de la façon suivante :

1° Incision intermaginale (*i*) d'une commissure à l'autre en arrière des cils, de façon à dédoubler la paupière en *deux lames*, lame antérieure (peau et orbiculaire) (*b, c*), lame postérieure (tarse et conjonctive) (fig. 35, page 84) ;

2° On fait redescendre la muqueuse et la lame postérieure vers le cul-de-sac (*a*) tandis qu'on élève, en la faisant glisser, la lame antérieure ;

3° On fixe par des points de suture (*d*), placés à la base de la paupière, la muqueuse dans sa situation nouvelle. C'est un *reculément* de la muqueuse. La cicatrisation de

1. LEPRINCE. Th. de Montpellier, 1898.