

Un autre moyen pour guérir les cas de trichiasis et de distichiasis partiels a été indiqué par M. *Herzenstein*¹; il consiste dans l'introduction d'un séton, qui amène une inflammation et une suppuration qui détruit les follicules pileux. Ce procédé s'exécute de la manière suivante : On introduit une aiguille N (fig. 216) munie d'un fil de soie dans la portion intramarginale au point *a*. On l'enfonce sous la peau parallèlement au cartilage

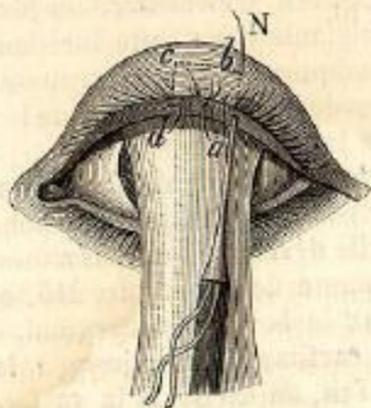


Fig. 216. — Opération de trichiasis (méthode de *Herzenstein*).

tarse, et on la fait sortir au point *b*, à la distance de 4 ou 5 millimètres du bord palpébral. On introduit l'aiguille de nouveau au point *b*, en la faisant glisser sous la peau, parallèlement au bord ciliaire et dans toute l'étendue des cils déviés. Arrivé au point *c*, on fait sortir l'aiguille, pour l'introduire de nouveau à ce même point, et l'on fait descendre le fil verticalement pour le faire sortir définitivement dans le bord intramarginal au point *d*. On attache les extrémités du fil à la joue, et l'on recouvre l'œil du bandeau compressif. On enlève le fil aussitôt que de petites taches jaunâtres, signes de la suppuration, apparaissent aux points de ponction. Ce procédé ne donne pas toujours un résultat certain.

Dans les cas où un seul cil ou plusieurs cils isolés ont pris une mauvaise direction, on fait bien de détruire directement le follicule pileux de ce cil. Dans ce but, on enfonce le long du cil dévié un couteau lancéolaire très étroit ou une aiguille à cata-

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1866, XII, 1, p. 76.

racte, myrtiforme, large et droite, dans l'épaisseur de la paupière; puis on introduit dans la plaie soit un stylet trempé dans de la potasse caustique, soit un fil métallique que l'on fait chauffer par la méthode galvano-caustique.

M. *Snellen* place, dans ces cas, dans la peau, à côté du cil dévié, une anse de fil destinée à recevoir ce cil; les deux extrémités du fil sortent sur la peau tout près du bord palpébral; en tirant sur elles, elles entraînent le cil dévié à travers le trajet suivi sur le fil.

ARTICLE XIV.

ENTROPION.

L'entropion désigne le renversement du bord palpébral en dedans, vers le globe oculaire. Il peut exister dans une partie de la paupière (*entropion partiel*); mais, le plus ordinairement, l'entropion est total; il peut affecter une paupière seulement ou les deux. Nous distinguons, d'après l'étiologie de l'entropion, deux formes différentes : 1^o l'entropion dû à la contraction spasmodique de l'orbiculaire; 2^o celui dû à la rétraction de la conjonctive et à la déformation du cartilage tarse.

La première forme s'observe de préférence à la paupière inférieure; celle-ci est enroulée sur'elle-même, et quelquefois à un tel point que le bord ciliaire se trouve placé dans le cul-de-sac conjonctival. Si l'on applique le doigt sur la partie extérieure de la paupière, et que l'on abaisse un peu la peau, le bord de la paupière et les cils reviennent à leur place; et y restent jusqu'à ce qu'un clignement les fasse brusquement reprendre leur déviation. Le relâchement des téguments de la paupière, qui se rencontre surtout chez les vieillards (*entropion sénile*), favorise le développement de cette anomalie et en assure ensuite la permanence.

Sa véritable cause est une contraction de la portion ciliaire du muscle orbiculaire, comme elle se produit, par exemple, dans les attaques d'ophtalmie accompagnée d'un gonflement œdémateux des paupières, ou sous un bandage compressif appliqué pendant un certain temps.

La seconde forme est souvent la conséquence de conjonctivites granulaires ou de blépharites chroniques; on y trouve la conjonctive altérée dans sa structure et raccourcie, le cartilage épaissi rétracté et raccourci, le bord de la paupière épais et irrégulier. Cet état peut résulter aussi de cicatrices conjonctivales après des traumatismes, et surtout des brûlures. La paupière supérieure est, aussi bien que l'inférieure, sujette à cette affection. Souvent les deux paupières sont prises à la fois.

L'entropion produit une irritation considérable du globe oculaire avec photophobie, larmoiement et blépharospasme. A sa suite, la cornée devient le siège d'inflammations et de pannus, avec des conséquences graves pour la vision.

Le traitement de l'entropion doit varier nécessairement avec la nature et le degré de cette anomalie.

Lorsqu'on a à combattre une simple inversion du bord de la paupière, résultant d'une cause passagère, telle que l'application prolongée d'un bandage sur les paupières fortement contractées ou de causes analogues, il suffit d'un pansement avec des bandelettes de taffetas gommé pour renverser la paupière en dehors. Un moyen utile, dans ces cas, est de placer entre le rebord orbitaire et la paupière une boulette de charpie et de la fixer dans cette position à l'aide de quelques bandelettes de diachylon.

M. *Artl*¹ conseille le pansement suivant : il prend une bandelette de toile d'un pouce et demi de longueur sur un demi-pouce de largeur, en fixe une extrémité par une couche de collodion au-dessous de l'angle interne, entre le rebord orbitaire et le bord adhérent du tarse. Cela fait, il tend assez fortement la bandelette, en la tirant horizontalement de dedans en dehors, vers la peau de l'angle externe, que l'on pousse, le plus possible, sous la toile, avant de l'y accoler également avec du collodion. Lorsque la bandelette est bien fixée à ses deux extrémités, on assure et l'on augmente son effet en la recouvrant d'une couche de collodion; elle s'enroule alors sur elle-même et redresse la paupière.

On peut arriver au même résultat en prenant un repli cutané choisi au voisinage du bord libre de la paupière, entre les

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1863, t. II, p. 96.

branches des serres-fines ou de la pince à ptosis (voy. fig. 218). Mais, il faut le dire, la pression exercée par ces instruments sur la peau est difficilement tolérée par les malades, du moins si elle dure longtemps; de sorte que l'on est parfois obligé, suivant



Fig. 218. — Pince à ptosis.

le conseil de *Wardrop*, de fendre le ligament palpébral externe, surtout quand le spasme de l'orbiculaire est entretenu par l'irritation de la conjonctive ou de la cornée.

Quant à moi, lorsque j'ai à combattre une simple inversion du bord de la paupière résultant d'une cause passagère chez des personnes qui viennent de subir une opération sur le globe de l'œil, ou chez ceux que je dois opérer, je me sers de préférence d'un moyen que *de Graefe*¹ a recommandé dans un autre but : je passe un fil de soie à travers la peau, près du bord libre de la paupière, après avoir soulevé avec les pincées ordinaires un petit pli cutané. Je ferme le nœud et je coupe une des extrémités du fil tout près du nœud, en laissant à l'autre toute sa longueur. Une ligature analogue est placée au-dessous et à quelque distance de la première, près du bord orbitaire; puis je noue les fils conservés à chaque ligature, et, en les serrant plus ou moins fortement, je renverse la paupière à volonté. On peut, au besoin, placer une ligature de ce genre près des deux commissures, et, si la paupière se renverse difficilement, interposer entre le bord orbitaire et la paupière une boulette de charpie sur laquelle on serre les nœuds.

Dans les cas légers et récents d'entropion spasmodique ou sénile (surtout de la paupière inférieure), on peut essayer d'obtenir le renversement de la paupière, par la rétraction cicatri-

1. Voy. *Compte rendu des séances de la Société ophthalmologique de Heidelberg*, session de 1868. — *Annales d'oculistique*, 1869, mai-juin, p. 205.

cielle qui suit la cautérisation, la ligature ou l'excision de la peau externe, près du bord palpébral (fig. 219).

Comme il arrive souvent que, dans les cas chroniques d'en-



Fig. 219. — Opération de l'entropion par l'excision de lambeaux cutanés.

tropion, la fente palpébrale est rétrécie et la commissure externe déplacée, il faut, pour guérir l'entropion, commencer par élargir la fente palpébrale, en pratiquant la cantoplastie (p. 689). Souvent cette opération seule suffit pour remettre le bord palpébral à sa place normale; sinon, on peut la combiner utilement avec les ligatures de *Gaillard* (p. 697), comme *M. Pagenstecher*¹ l'a recommandé, ou avec des excisions cutanées à la surface de la paupière renversée.

*M. de Graefe*² a indiqué contre les formes spasmodiques d'entropion un procédé opératoire que j'ai employé souvent avec un excellent résultat. Voici comment on l'exécute (voy. fig. 220) : On pratique, à 3 millimètres de distance du bord palpébral et parallèlement à ce dernier, une section cutanée qui s'avance des deux côtés jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la commissure des paupières; on excise alors un lambeau triangulaire et l'on dégage légèrement les bords du lambeau que l'on

1. Voy. *Annales d'oculistique*, mars et avril 1802, p. 241.
2. *Archiv fuer ophthalmologie*, 1864, X, 2, p. 221.

réunit au moyen de deux ou trois sutures. La plaie horizontale est abandonnée à elle-même.

Quant à la largeur et à la hauteur du lambeau à exciser, elles varieront suivant le relâchement des parties cutanées. Sa

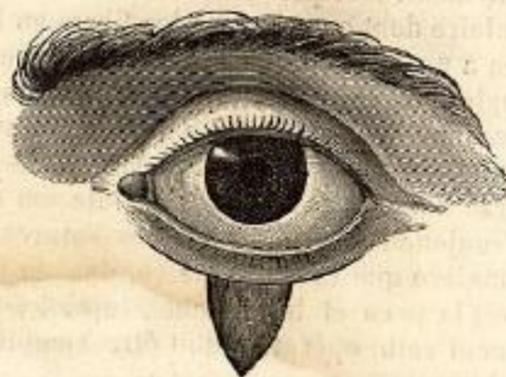


Fig. 220. — Opération de l'entropion. Procédé de *de Graefe*.

hauteur est d'ailleurs peu importante; sa base sera de 6 à 10 millimètres. Si, chez les personnes âgées, le relâchement des parties orbitaires du muscle orbiculaire est très accusé, de *Graefe* donne au lambeau à exciser une forme en coupole. En cas de raccourcissement de la fente palpébrale, ce pro-

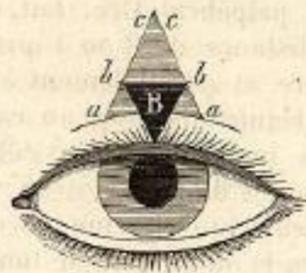


Fig. 221. — Opération de l'entropion. (Procédé de *de Graefe*, avec excision partielle du tarse.)

céde peut être combiné avec l'opération du blépharophimos (voy. p. 689).

Dans les cas d'entropion spasmodique de la paupière supé-

rieure, où le tarse correspondant est sensiblement altéré, de *Graefe* ajoute à son procédé une excision partielle du tarse, en procédant de la manière suivante (voy. fig. 221) : Après avoir pratiqué l'excision du lambeau cutané, comme nous venons de le décrire, on écarte par traction les lèvres de la plaie; on incise horizontalement, tout près du bord libre de la paupière, le muscle orbiculaire dont on repousse les fibres en haut, de manière à mettre à nu le cartilage tarse. On excise alors de ce tarse un triangle B tourné en sens inverse du triangle cutané, et dont la base occupe le bord orbitaire du tarse et mesure de 5 à 6 millimètres, tandis que le sommet se rapproche du bord palpébral. Le tarse doit être excisé dans toute son épaisseur, de façon que la conjonctive seule reste. Les sutures doivent être placées de manière que la moyenne (b, dans la fig. 221) comprenne à la fois la peau et les couches superficielles du tarse.

Ordinairement cette opération doit être combinée avec celle du blépharophimos.

*Procédé de Streatfeild*¹. — La paupière étant saisie entre les pinces de Desmarres, de façon que la branche pleine s'appuie sur la muqueuse et l'anneau sur la peau, on pratique, avec un scalpel, une incision cutanée, à la distance de 2 millimètres du bord palpébral et parallèlement à celui-ci, de manière à mettre à nu les racines des cils, et en évitant de les inciser. Puis, dégagant la peau, on continue cette incision jusqu'au cartilage, en faisant incliner les extrémités de la section vers le bord palpébral. Ceci fait, on pratique une seconde incision à la distance de 3 ou 4 quatre millimètres au-dessus de la première et parallèlement à celle-ci, en divisant immédiatement les téguments jusqu'au cartilage, et en continuant cette seconde incision des deux côtés jusqu'à ce qu'elle rencontre les extrémités de la première. On excise alors du fibro-cartilage un lambeau en forme de coin, en le saisissant avec des pinces et en le détachant de toute ses adhérences, à l'aide du scalpel ou de ciseaux (*évidement du cartilage*). En même temps, on enlève la portion correspondante du tégument et, sans employer de sutures, on laisse la plaie se cicatriser.

¹ Voy. *Ophthalmic Hospital Reports*, I, p. 121, et *Annales d'oculistique*, t. XI, p. 212.

Le travail cicatriciel produit un mouvement de bascule dans la partie du tarse qui est contiguë au bord libre.

M. *Sælberg Wells*¹ a réussi à guérir des cas difficiles d'entropion avec contraction et incurvation du cartilage, en combinant d'une manière bien ingénieuse les procédés d'Arlt et de Streatfeild de la manière suivante : il commence l'opération comme celle d'Arlt (page 698), et, après l'excision du lambeau cutané, il fait une incision longitudinale à travers les fibres du muscle orbiculaire jusqu'au cartilage. Ce dernier étant mis bien à nu, il circonscrit dans ce dernier un lambeau en coin, dont la base regarde les téguments externes et dont le sommet est dirigé vers la conjonctive. Ce lambeau du cartilage est excisé au moyen d'un bistouri. Sa grandeur doit dépendre du degré et de l'étendue de l'incurvation et de la rétraction du cartilage. Les lèvres de l'incision cutanée sont réunies par des sutures qui doivent être passées assez profondément pour saisir les fibres du muscle orbiculaire; mais il est inutile de les faire passer à travers le cartilage.

M. *Snellen* est l'auteur du procédé suivant : Après application du blépharospat, on pratique à 3 millimètres du bord libre de la paupière et parallèlement à ce bord une incision intéressant seulement la peau et occupant toute la longueur de la paupière. On dissèque alors la peau de façon à mettre à découvert l'orbiculaire dont on excise une bandelette de la longueur de 2 millimètres environ. Le tarse ainsi mis à nu, on y pratique dans toute sa longueur une perte de substance ayant la forme d'un coin dont l'arête est tournée vers la conjonctive. Ceci fait, on applique 3 sutures de la façon suivante : Le fil muni à chaque extrémité d'une aiguille traverse le tarse au-dessus de la perte de substance qu'on y a pratiquée; puis on dirige chacune des deux aiguilles sous la bandelette de peau près du bord palpébral, de manière à sortir un peu au-dessus de la ligne des cils, à une distance de 8 millimètres l'une de l'autre. Les deux autres sutures ayant été placées de la même façon, de sorte que tous les points de sortie soient distants de 8 millimètres l'un de l'autre, on glisse une petite perle sur

¹ *Treatise of the Diseases of the Eye*, p. 703. London, 1869.

chaque fil pour empêcher qu'il coupe la peau, on serre les fils, et après avoir fermé le nœud, l'on ramène les deux fils sur le front, où on les fixe avec du diachylon.

Le procédé de *M. Berlin* est beaucoup plus simple : On incise à la distance de 3 millimètres du bord palpébral la paupière dans toute son épaisseur, peau, muscle, cartilage et conjonctive. Après avoir écarté le tissu musculaire et mis à nu le tarse, on en enlève à l'endroit de sa plus forte incurvation un morceau de 2 à 3 millimètres pris sur toute la longueur. On abandonne la plaie sans sutures en recommandant seulement des compresses froides.

M. Burow emploie une incision transversale qui traverse la conjonctive et le tarse dans toute la longueur de la paupière, pratique l'excision d'un lambeau cutané comme dans le procédé de *Sælberg Wells* (v. plus haut) et réunit la plaie externe par des sutures.

Les procédés de *Warlomont* et *Lebrun* décrits au chapitre *Trichiasis* (p. 700) sont aussi des plus efficaces contre l'entropion et peuvent être associés à l'excision d'un morceau de cartilage.

ARTICLE XV.

ECTROPION.

L'ectropion est caractérisé par le renversement plus ou moins prononcé des bords palpébraux vers la joue ou vers l'arcade sourcilière. Cette éversion des paupières éloigne le bord ciliaire du globe de l'œil, en même temps que la surface conjonctivale de la paupière est tournée en dehors. L'ectropion se montre à divers degrés et dépend de causes bien différentes.

Nous le voyons survenir à la suite d'excoriations et de rétraction cicatricielle de la peau palpébrale, suivie d'épaississement de la conjonctive. Cet état, qui atteint surtout la paupière in-

férieure, résulte d'inflammations chroniques de la conjonctive ou du bord palpébral. Lorsqu'on l'observe chez les vieillards où le muscle orbiculaire a déjà perdu de sa force normale, on voit la paupière s'éloigner un peu de l'œil, de sorte que le point lacrymal perd sa direction normale et cesse de fonctionner. Les larmes baignent alors l'œil, s'écoulent le long de la joue et augmentent encore l'état d'irritation de ces parties (*ectropion sénile*).

L'ectropion survient encore dans les conjonctivites graves accompagnées d'un chémosis considérable qui renverse directement la paupière, par l'augmentation de volume de la conjonctive. Ce renversement produit des contractions spasmodiques dans la partie ciliaire du muscle orbiculaire qui étrangle, pour ainsi dire, les parties sous-jacentes et empêche le bord palpébral de retourner à sa place. Chez les enfants, cet état s'aggrave encore par leurs cris et leurs efforts.

Dans les ophthalmies chroniques, le cartilage participe quelquefois à l'inflammation, se ramollit, perd sa consistance et contribue ainsi à la formation de l'ectropion, en même temps que le bord palpébral lui-même s'allonge.

Une autre cause d'ectropion réside dans la paralysie de l'orbiculaire, dans les tumeurs de l'orbite et dans la propulsion du globe oculaire, quelle que soit son origine.

Enfin, une des causes principales de l'ectropion se rencontre dans les rétractions cicatricielles des parties voisines de la paupière, après des blessures, des brûlures, et surtout à la suite des cicatrices adhérentes qui résultent de la carie du bord orbitaire.

La première conséquence de l'ectropion, surtout lorsqu'il atteint la paupière inférieure, est le larmolement. Ensuite, il provoque des altérations de la conjonctive, qui résultent de l'exposition continuelle de cette membrane au contact de l'air : son épithélium s'épaissit et revêt les caractères de l'épiderme. Quant à la cornée, elle souffre surtout du défaut de protection, lorsque la paupière supérieure participe à l'ectropion ; car si la paupière inférieure seule est atteinte, le globe de l'œil se porte en haut et se garantit ainsi contre l'influence des causes irritantes qui le menacent. Dans le cas contraire, la cornée devient le siège d'ulcérations profondes qui peuvent entraîner sa destruction.

Le traitement auquel on a recours pour guérir l'ectropion varie autant que les causes susceptibles de donner lieu à cette difformité.

Dans les cas aigus d'ectropion sarcomateux, il suffit quelquefois de remettre la paupière dans sa position normale et de l'y maintenir au moyen de quelques bandelettes agglutinatives et du bandeau compressif. Lorsque la réduction de la paupière rencontre des difficultés, que la muqueuse est gorgée de sang, ou que la partie orbitaire du muscle orbiculaire est prise de contractions spasmodiques, il est bon de faire précéder l'application du bandeau, soit de scarifications multiples de la conjonctive, soit, au besoin, de la section de la commissure externe. Si ce traitement ne suffit pas, et qu'il existe une hypertrophie considérable de la conjonctive, on pratique sur la muqueuse des cautérisations avec le sulfate de cuivre en substance, puis des scarifications répétées.

Ces manœuvres ont généralement pour effet de diminuer bientôt sensiblement l'étendue et l'épaisseur du bourrelet conjonctival. Si, malgré cela, l'exubérance de la conjonctive est encore telle qu'elle empêche la réduction de la paupière déviée, il peut devenir utile d'exciser une bandelette de la conjonctive épaissie, parallèlement au bord ciliaire de la paupière.

Nous préférons cependant combattre cet ectropion par les sutures de *Snellen* que l'on applique de la façon suivante : Après avoir muni, un fil de soie d'une forte aiguille à chacune de ses extrémités on pique une de ces aiguilles au niveau du point le plus culminant de la conjonctive, puis on la fait cheminer le plus près possible de la peau pour sortir à deux centimètres au-dessous de la paupière. On pratique avec l'autre aiguille la même manœuvre, en choisissant le point de ponction sur la conjonctive à un centimètre de distance de la première aiguille et de façon que l'anse du fil occupe une position perpendiculaire au bord palpébral ; le point de sortie de la deuxième aiguille doit se trouver à trois centimètres au-dessous de la paupière sur la joue. Cela fait, on tire sur l'extrémité du fil inférieur afin de mettre l'anse en contact immédiat et serré avec la conjonctive, et de manière à faire subir à la paupière un mouvement de bascule de bas en haut et d'avant en arrière ; puis on lie les fils au-dessus d'un petit morceau de peau de gant pour qu'ils ne

coupent pas la peau de la joue. Il est souvent nécessaire de placer une seconde suture de ce genre.

Cependant, dans un certain nombre de cas, ces tentatives échouent, ou ne sont suivies que d'un résultat passager ; la paupière (et c'est surtout de la paupière inférieure qu'il s'agit ici) retombe bientôt de nouveau dans sa position vicieuse. Ceci est surtout à craindre, quand un ectropion très prononcé existe déjà depuis quelque temps, que le malade est âgé, ou que le bord palpébral paraît notablement allongé. En ce dernier cas, il devient indispensable de réduire le volume de la paupière par une intervention chirurgicale.

Le procédé qui réussit le mieux et qui suffit presque pour tous ces cas, est celui de la tarsoraphie avec excision d'un lambeau cutané triangulaire. Ce procédé, indiqué déjà par *Diefenbach*¹ et modifié par *de Graefe*², s'exécute de la manière suivante (voy. fig. 222) : On pratique, comme pour la tarso-

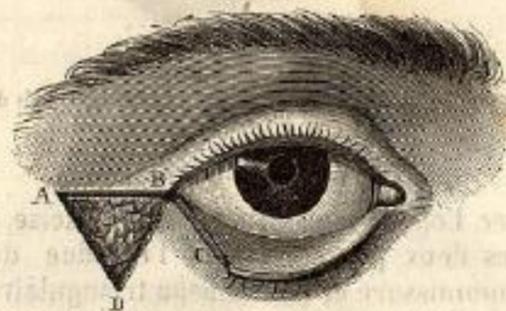


Fig. 222. — Opération de l'ectropion. (Procédé de *de Graefe*.)

raphie ordinaire, l'incision de la commissure externe et l'avivement des bords palpébraux (voyez p. 691). Cependant, dans notre cas, il faut aviver le bord de la paupière renversée dans une étendue plus grande que celui de l'autre paupière (4 à 6 millimètres en plus). Ceci fait, on excise un lambeau triangulaire (A B D) ayant pour base l'extrémité de la commissure externe et une largeur de 4 à 6 millimètres. Avant de réunir les lèvres de la plaie, il faut avoir soin de dégager du tissu sous-ja-

1. Voy. *Zeis, Handbuch der plastischen Chirurgie*. Berlin, 1838, p. 380.

2. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1858, IV, 2, p. 204.

cent, la peau qui avoisine le lambeau triangulaire en dehors et en dedans. On applique d'abord les sutures aux lèvres de la plaie triangulaire, puis à celles de la commissure externe, comme pour la tarsoraphie ordinaire.

Lorsque l'ectropion porte en même temps sur les parties externes des deux paupières, de façon que toute la commissure externe se trouve renversée, on peut se servir utilement du procédé primitif de la tarsoraphie indiqué par *Walther*¹, en le



Fig. 223. — Opération de l'ectropion par les procédés combinés de *Walther* et d'*Adams*.

combinant avec l'opération d'*Adams*². On excise (fig. 223) le bord libre des deux paupières dans l'étendue de l'éversion, ainsi que la commissure et un lambeau triangulaire de la peau environnante. La base du triangle ainsi dessiné est tournée vers l'œil, le sommet vers la tempe. L'auteur de cette méthode réunit immédiatement les lèvres de l'excision par deux sutures entortillées.

Le procédé de *Walther*, que nous venons de décrire, n'est, pour ainsi dire, qu'une application aux deux paupières de l'ancien procédé d'*Adams*, modifié par de *Ammon*, tel qu'il avait été proposé par ces auteurs contre le renversement d'une seule paupière.

1. *Journal de Graefe et de Walther*, 1826, X.

2. *Journal de Graefe et de Walther*, 1828, I, et *System der Chirurgie*, 1828, VI, p. 160.

*Adams*¹ excise, pour ramener la paupière à sa position normale, un lambeau triangulaire comprenant toute l'épaisseur de

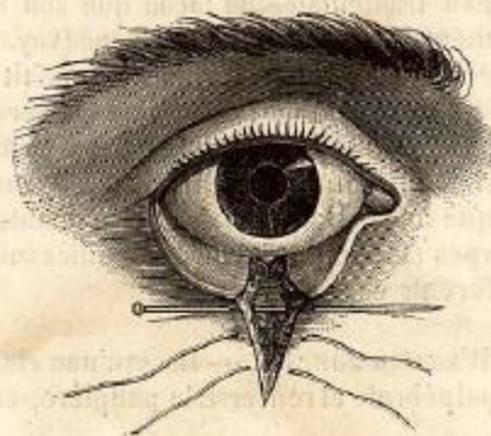


Fig. 224. — Opération de l'ectropion. (Procédé d'*Adams*.)

la paupière, comme l'indique la figure 224. Lorsque le lambeau est excisé, la paupière est ramenée à sa place, et l'on réunit les

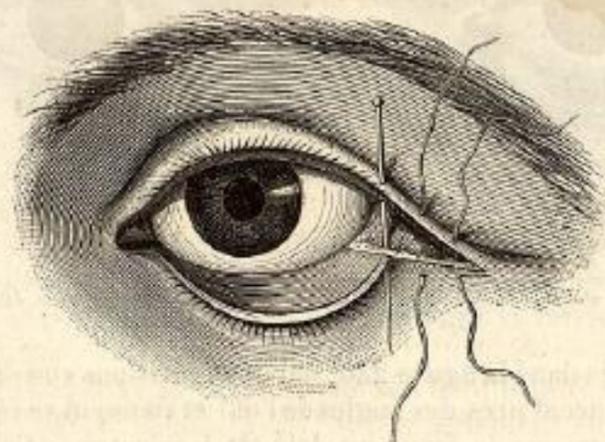


Fig. 225. — Opération de l'ectropion. (Procédé de *de Ammon*.)

bords de la plaie par une suture entortillée. Ce procédé expose

1. *Practical observations on ectropium or eversion of the eyelids*, p. 4. London, 1812.

au danger d'un coloboma de la paupière, si la réunion ne se fait pas de la manière désirée ou, au moins, il a l'inconvénient d'une cicatrice difforme. Pour y obvier autant que possible, de Ammon¹ a placé le lambeau triangulaire de façon que son côté externe soit le prolongement de la commissure externe (voy. figure 225).

Tous ces procédés opératoires seraient tout à fait insuffisants pour les variétés d'ectropion où la paupière renversée est retenue dans cette position par une rétraction des téguments ou par une bride cicatricielle. Contre ce genre d'ectropion, on se sert des opérations que nous allons décrire maintenant, et qui peuvent servir de types susceptibles d'être modifiés suivant les nécessités des différents cas.

*Procédé de Wharton Jones*². — Lorsqu'une cicatrice a raccourci la peau palpébrale et renversé la paupière, on la circon-

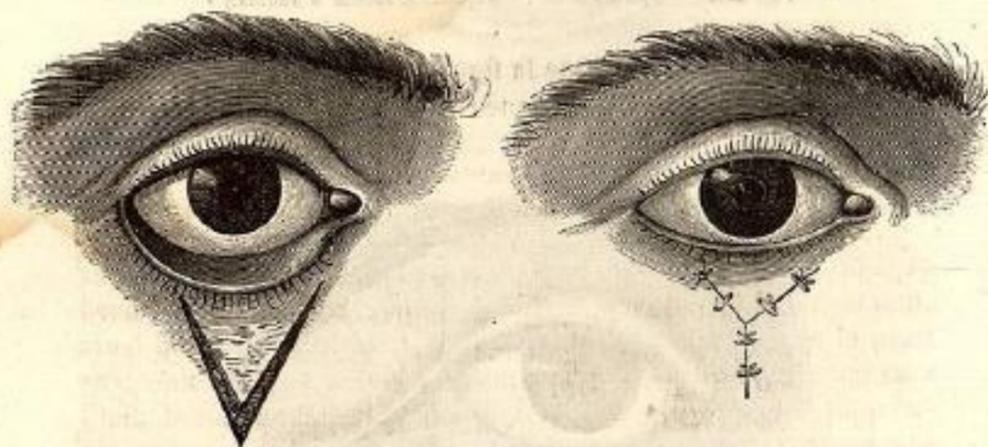


Fig. 226 et 227. — Opération de l'ectropion. (Procédé de Wharton Jones.)

scrit, comme dans la figure 226, par deux incisions convergentes qui commencent près des angles de l'œil et viennent se rejoindre sur la joue ou sur le front, au delà de la cicatrice. Cette section affecte la forme d'un V. Cela fait, on détache soigneusement le lambeau cutané ainsi circonscrit, de son sommet vers sa

1. *Zeitschrift fuer Augenheilkunde*, 1, p. 529.

2. *Traité pratique des maladies des yeux*, par Wharton Jones. (Édition française par Foucher, p. 618.)

base, en disséquant toutes les adhérences qui seraient un obstacle à la mobilité du lambeau. Enfin, on ramène le bord palpébral à sa position naturelle, on dégage dans une certaine étendue la peau près des bords de l'incision pour faciliter la coaptation, et l'on réunit, comme l'indique la figure 227, les lèvres de la plaie qui prend alors la forme d'un Y.

Cette opération est surtout avantageuse pour la paupière inférieure; elle l'est moins pour la paupière supérieure où le sommet du lambeau pourrait intéresser les sourcils. Elle peut aussi s'employer avec avantage dans les cas de déplacements cicatriciels de la commissure externe. Cependant, elle ne remédie pas à l'allongement du bord palpébral, et elle ne peut ni abaisser ni relever le niveau de la commissure externe, de sorte qu'il peut devenir nécessaire de la combiner alors avec la tarsorrhaphie (*Stellwag*).

*Procédé de de Graefe*¹. — De Graefe recommande dans les cas prononcés d'ectropion de la paupière inférieure, accompagné d'altérations dans la texture du bord palpébral, le procédé suivant: Après avoir soigneusement nettoyé la paupière renversée, on tâche de découvrir le point d'implantation des cils et l'on pratique une incision horizontale derrière ces points, c'est-à-dire dans la partie de la paupière qui constitue le bord intramarginal. Cette incision doit aller du point lacrymal inférieur jusqu'à la commissure externe (voy. fig. 228, *d, e*); des extrémités de cette incision on fait descendre deux sections verticales (*d, b* et *e, f*) de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de longueur.

Le lambeau quadrangulaire que l'on obtient ainsi est dégagé dans toute son étendue et, au besoin, au delà des extrémités inférieures des sections verticales, lorsque la rétraction cutanée est notable.

On saisit alors ce lambeau par son bord supérieur, au moyen de deux pinces larges, pour l'attirer fortement en haut, et l'on fait dans cette position la réunion des sections verticales, en commençant les sutures par en bas. Les extrémités du lambeau dépassent maintenant de beaucoup les angles de la pau-

1. *Archiv für Ophthalmologie*, 1864, X, 2, p. 221.

pière et doivent être raccourcies autant que cela est nécessaire. De Graefe conseille de pratiquer ce raccourcissement au moyen

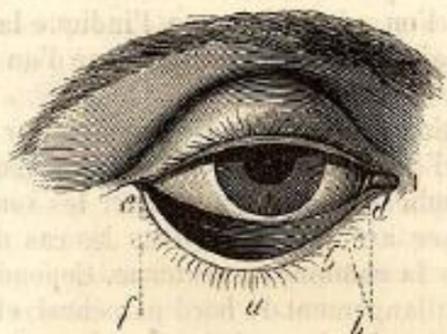


Fig. 228. — Opération de l'ectropion (Procédé de de Graefe.)

de deux sections *b, b*, qui se réunissent à l'angle obtus *c*, et de fixer cet angle dans le point occupé précédemment par l'angle interne du lambeau. Plus le point *c* se trouve placé près du bord palpébral, plus la section raccourcit le bord et moins elle relève le lambeau.

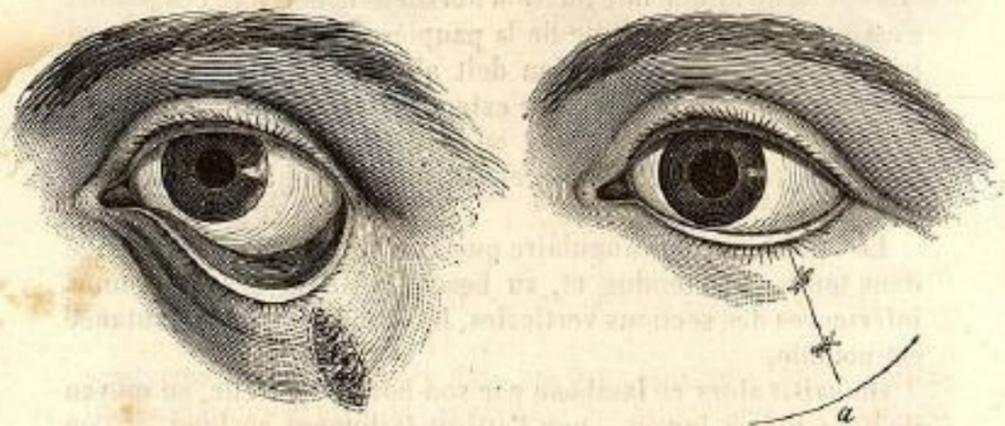


Fig. 229 et 230. — Opération de l'ectropion cicatriciel. (Procédé de de Ammon.)

Lorsque l'ectropion résulte d'une cicatrice adhérente à l'os, on peut se servir de différents procédés. Il suffit quelquefois de détacher la cicatrice de l'os par la méthode sous-cutanée et de

mobiliser ainsi toute la paupière; quand cette dernière est remise dans sa position normale, on peut l'y maintenir facilement par l'occlusion des paupières (voy. plus loin le procédé de *Mirault*).

Lorsque la cicatrice est large, on emploie avantageusement le procédé de *Ammon* qui propose d'opérer de la manière suivante: il circonscrit par une incision la cicatrice de la peau qu'il laisse adhérente à l'os (voyez fig. 229); puis il détache les téguments voisins, tout autour de l'incision, de manière à mettre la paupière en liberté, et à permettre au malade de fermer l'œil. Il rapproche ensuite les lèvres de la plaie par-dessus l'ancienne cicatrice préalablement avivée (voy. fig. 230).

*Dieffenbach*¹ entourait les cicatrices de ce genre par une section triangulaire ayant sa base tournée vers le bord palpé-

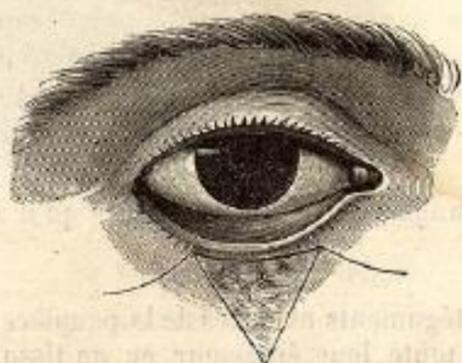


Fig. 231. — Opération de l'ectropion cicatriciel. (Procédé de *Dieffenbach*.)

bral et l'extirpait en totalité (voy. fig. 231); ensuite, il prolongeait des deux côtés l'incision horizontale qui représente la base du triangle. Il dégageait alors la peau tout autour de la section pour en faciliter le glissement, et après avoir placé la paupière dans la position normale, il appliquait les sutures, comme l'indique la figure 232.

Procédé de A. Guérin. — Une incision est pratiquée en forme

1. Voy. *Zeis, Handbuch der plastischen Chirurgie, etc.*, p. 378. Berlin, 1838.

de V ouvert du côté opposé au bord renversé de la paupière; deux incisions partant de l'extrémité inférieure des premières, sont faites dans la direction des bords palpébraux. On dissèque ensuite les deux lambeaux triangulaires qui résultent des incisions, et l'on peut les relever de façon que leurs bords représentant les incisions primitives du V renversé, se confondent. On unit entre eux les lambeaux par la suture à points séparés, de façon que leur point le plus inférieur soit au-dessus du

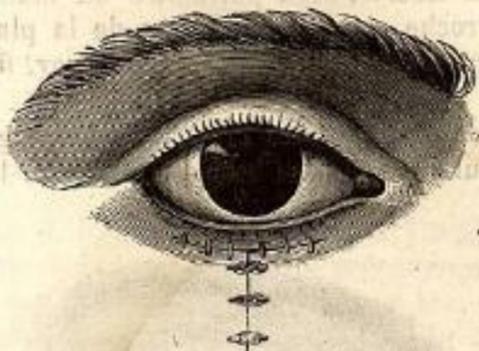


Fig. 232. — Opération de Dieffenbach. Réunion des lèvres de la plaie.

sommet du triangle, qui reste à la place qu'il avait avant l'opération.

Lorsque les téguments externes de la paupière renversée sont changés dans toute leur épaisseur en un tissu cicatriciel, de sorte que la rétraction est très intense et le glissement de la peau qui entoure la cicatrice très difficile, les procédés décrits jusqu'ici sont souvent insuffisants. Il faut alors avoir recours aux suivants :

Procédé de Fricke¹. — On entoure la cicatrice de deux incisions semi-elliptiques et on l'excise (voy. fig. 233). Dans le cas d'une cicatrice étroite, on pratique une simple incision parallèle au bord libre de la paupière; puis on coupe les brides cicatricielles, on dissèque la peau avec beaucoup de soin jusqu'au

1. *Die Bildung neuer Augenlieder (Blepharoplastik)*, von J. G. G. Fricke, Hamburg, 1829.

bord ciliaire de la paupière, et l'on arrive ainsi à la rendre aussi mobile que possible. Ceci fait, on remet la paupière dans sa position normale, en exerçant une traction continue dans la direction de la fente palpébrale, et en détachant soigneusement toutes les adhérences qui paraissent s'opposer à la réduction complète de la paupière.

Il s'établit ainsi une ouverture considérable dans les téguments externes, d'une largeur variable et qu'on essaye de combler par un lambeau cutané pris dans le voisinage. Pour la

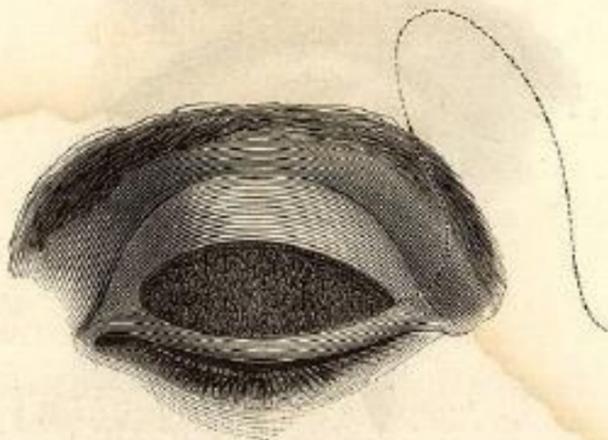


Fig. 233. — Procédé de Fricke.

paupière supérieure, c'est généralement sur la tempe qu'on va le chercher, et sur la joue pour la paupière inférieure. Comme dans la figure 233, on dessine un lambeau ayant la même forme que l'ouverture qu'il doit combler, tout en lui donnant 2 millimètres de plus en longueur et en largeur, en prévision de la rétraction ultérieure. Ce lambeau, préalablement mesuré et tracé, est disséqué des parties sous-jacentes avec le plus de tissu cellulaire possible, et de manière qu'il reste en rapport avec la région de son origine par un très large pédicule. On adapte alors ce lambeau à la plaie palpébrale et on l'y fixe par des sutures ordinaires.

Procédé de Dieffenbach. — Pour la paupière inférieure, Dieffenbach donnait à la plaie palpébrale qui résulte de la dis-

section d'une rétraction cutanée ou de l'excision d'une cicatrice, la forme d'un triangle ayant sa base tournée en haut (voyez fig. 234, *a, b, c*). Cet espace triangulaire est alors comblé par un lambeau qu'on obtient par deux incisions, dont l'une est le prolongement direct de l'incision horizontale qui forme la base du triangle et dont l'autre est parallèle au bord externe de ce dernier (voyez fig. 234, *bd* et *de*).

La longueur de la ligne *bd* doit dépasser de quelques mil-

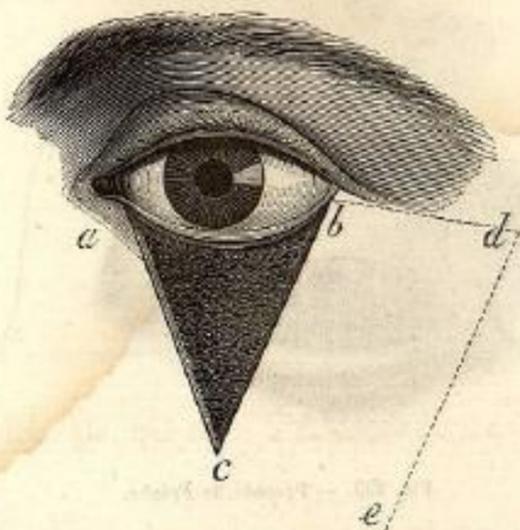


Fig. 234. — Blépharoplastie. (Procédé de Dieffenbach.)

limètres celle de la base du triangle. L'écoulement du sang arrêté, on fait glisser le lambeau détaché sur l'ouverture qu'il est destiné à combler, et on l'y adapte soigneusement, à l'aide de simples sutures (voy. fig. 235). Les lèvres de la plaie de la joue où le lambeau a été pris peuvent être rapprochées, autant que possible, par des sutures, le reste doit se cicatrifier par granulation. Pour les soins à donner pendant le traitement consécutif, nous renvoyons au chapitre de la blépharoplastie.

Un excellent moyen pour s'opposer à la rétraction du tissu cicatriciel, qui fait échouer souvent les opérations de blépharoplastie les mieux combinées, consiste dans l'occlusion temporaire des paupières d'après le procédé de Mirault. Dans ce

but, on enlève des deux paupières la lèvre interne du bord palpébral, en ménageant soigneusement l'implantation des cils et le point lacrymal. Puis on réunit les surfaces avivées par



Fig. 235. — Procédé de Dieffenbach. Réunion des lèvres de la plaie.

quatre ou cinq points de suture qui doivent traverser la paupière dans toute son épaisseur (voy. *Tarsorrhaphie et Blépharorrhaphie*, p. 691).

*Procédé de Denonvilliers*¹. — Il commence par disséquer les cicatrices et adhérences de façon que le bord palpébral puisse être remis en place. Puis il pratique l'avivement et la suture des bords palpébraux. Ayant ainsi reconnu exactement la perte de substance à combler, l'opérateur trace le lambeau dans la région malaire et le dissèque de la pointe à la base. Quand on arrive à la base, on écarte les incisions pour confondre, si cela est possible, le bord de la plaie avec le bord voisin du lambeau. Le premier point de suture est mis au sommet du lambeau; on s'adresse ensuite au bord le plus éloigné de la paupière, puis au plus rapproché (méthode par pivotement).

Procédé de Richet. — Il commence par libérer la paupière

1. *De l'Ectropion*, thèse de concours par Cruveilhier. Paris, 1806.

pour la remonter à son niveau normal; puis il pratique l'occlusion des paupières. Enfin, il trace deux lambeaux, l'un pour

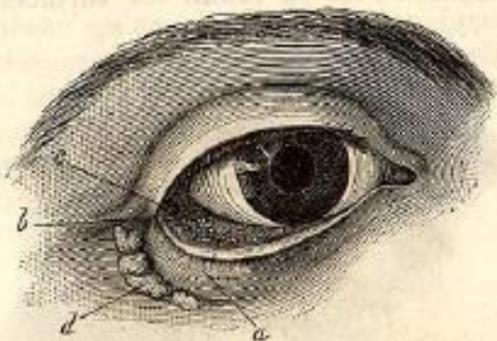


Fig. 236. — Avant l'opération. — Cette figure représente l'ectropion de la paupière inférieure et les fongosités qui s'élevaient de la surface de l'os de la pommette.

a, Paupière inférieure renversée en dehors et maintenue en cet état par la cicatrice vicieuse; *b*, commissure externe entraînée en bas et en dehors à près d'un demi-centimètre au-dessous de la commissure interne; *c*, cul-de-sac conjonctival renversé, exposé au contact de l'air et hérissé de fongosités rouges et saignantes; *d*, fongosités s'élevant de la surface de l'os de la pommette. — Là existe une dépression profonde au fond de laquelle on rencontre l'os découvert; tout autour de cette ouverture les téguments sont amincis et frangés par l'ulcération.

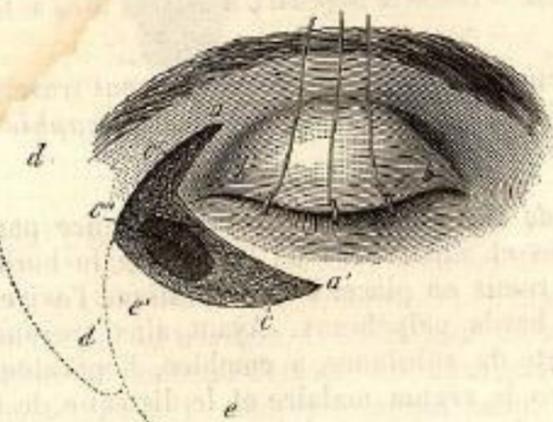


Fig. 237. — Après le premier temps de l'opération. — *aa'*, Double incision libératrice dont le but est de détacher et de libérer de toute adhérence à l'os, non seulement la paupière inférieure, mais aussi la commissure externe, et par suite, la paupière supérieure; *bb''* les deux paupières dont le bord libre a été arivé sont suturées (blépharoraphie); *cc''* est l'espace laissé à découvert par le détachement de la commissure et des paupières; *c'* représente la surface de l'os ruginé et aplané; *dd'*, le lambeau supérieur simplement tracé mais non encore disséqué; *ee'* sera le lambeau inférieur.

fixer et maintenir la paupière, l'autre dont la configuration est

inverse de celle du précédent, afin que sa rétraction neutralise celle du premier lambeau (voy. fig. 236, 237, 238 avec légendes).

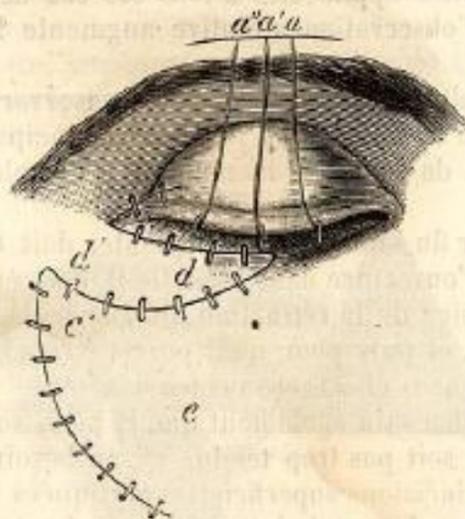


Fig. 238. — Après l'opération. — *aa''*, Les trois fils qui réunissent les deux paupières sont ramencés et maintenus sur le front; *dd'*, le lambeau supérieur *dd'* de la figure 231 a été disséqué de son sommet à sa base et ramené sous la paupière inférieure qu'il est destiné à soutenir; *ee'* le lambeau inférieur *ee'* de la figure 231, également disséqué, a été remonté et suturé. Il occupe la surface restée libre par le déplacement du lambeau supérieur.

On peut tirer très avantageusement profit de la greffe dermique pour combler les pertes de substance qui résultent du dégagement de la paupière dans l'opération de l'ectropion cicatriciel.

ARTICLE XVI.

BLÉPHAROPLASTIE.

La destruction des paupières, soit par la gangrène, comme après la pustule maligne et les brûlures, soit à la suite d'un lupus ou d'un épithélioma, soit enfin après l'extirpation des tumeurs dans cette région, exige des opérations plastiques pour

combler la perte de substance ou même pour remplacer entièrement la paupière perdue.

Avant de décrire les procédés ingénieux qui ont été inventés dans ce but, nous voulons indiquer quelques considérations générales applicables à tous ces cas de blépharoplastie, et dont l'observation attentive augmente les chances de succès.

Il est de la plus haute importance de conserver la plus grande partie possible de l'ancienne paupière, principalement de son bord libre, et de ménager la muqueuse complètement si cela se peut.

La grandeur du lambeau à transplanter doit toujours dépasser celle de l'ouverture dans laquelle il doit être placé : d'abord en prévision de la rétraction qui survient une fois le lambeau détaché, et puis pour qu'il puisse être adapté aux bords de l'ouverture sans efforts et sans tension.

Il faut prendre soin également que la peau voisine, après la coaptation, ne soit pas trop tendue et, au besoin, il faut la dégager par des incisions superficielles pratiquées vers la base du lambeau, et en enlevant de bonne heure les sutures qui paraissent occasionner la tension.

La base du lambeau doit toujours être assez large pour assurer la vitalité de la peau transplantée. Cette vitalité est en outre influencée par la bonne adaptation de la surface saignante du lambeau aux surfaces sous-jacentes. Sous ce rapport, le pansement des parties opérées joue un rôle important. Le bandage doit être fait de manière à assurer le contact intime de toutes ces parties, tout en évitant une pression trop forte du lambeau contre l'os sous-jacent. Les chances du succès sont d'autant plus grandes que le lambeau transplanté est plus près d'une région de peau saine et dépourvue de toute altération inflammatoire ou cicatricielle.

Parmi les méthodes opératoires qui doivent être rapportées ici, nous avons déjà décrit, à l'occasion de l'ectropion, celles indiquées par *Fricke* et *Dieffenbach* (voy. p. 721). Le procédé de ce dernier, qui consiste dans la transplantation immédiate d'un lambeau triangulaire pris dans le voisinage de la plaie à couvrir, a l'inconvénient de laisser tout près de l'ancienne paupière une plaie dont la cicatrisation doit être abandonnée à elle-même. Cette cicatrisation s'opère presque toujours de ma-

nière à attirer les parties voisines, et il est facile de comprendre que la nouvelle paupière sera plus sujette à suivre ces tractions.

On évite en grande partie cet inconvénient en employant le procédé si ingénieux de *M. Burow*¹, qui s'exécute de la manière suivante :

On commence, comme dans l'opération de *Dieffenbach*, par donner à l'ouverture de la plaie palpébrale une forme triangulaire

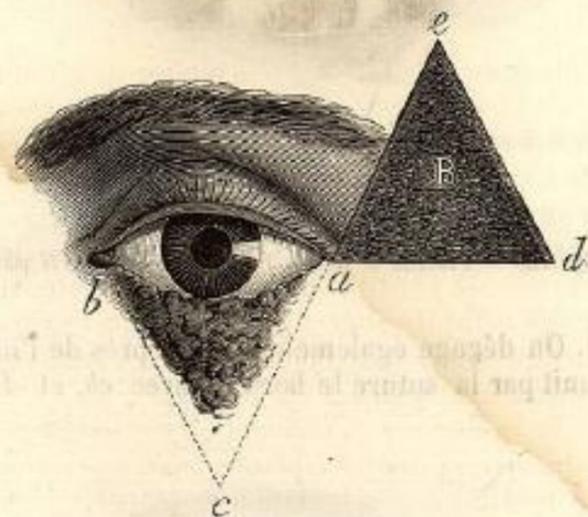


Fig. 230. — Blépharoplastie. (Procédé de *Burow*.)

laire (fig. 230, *abc*). Après quoi on prolonge l'incision horizontale en ligne droite vers la tempe, et on la donne pour base à un autre triangle *ade*, dont le sommet est dirigé en haut. La longueur de l'incision qui sert de base au triangle circonscrit dans la région temporale, doit être égale à celle du lambeau triangulaire de la paupière; les incisions verticales peuvent être plus courtes. Pour la paupière supérieure, le sommet du triangle latéral doit être dirigé en bas.

Le lambeau temporal *B* étant excisé, on saisit la peau près du point *a*, et on la dissèque dans une étendue assez grande pour mobiliser complètement le lambeau cutané *acd*. Ensuite, on

1. *Beschreibung einer neuen Transplantationsmethode*. Berlin, 1856.

l'attire en dedans, de sorte que son angle *a* se place en *b* et que le bord du lambeau *ad* forme le bord libre de la paupière

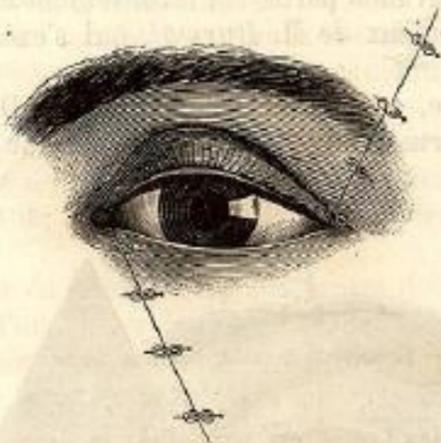


Fig. 240. — Procédé de Burow. Réunion des lèvres de la plaie.

inférieure. On dégage également la peau près de l'incision *ed*, et l'on réunit par la suture le bord *ea* avec *cb*, et *de* avec *ae*,

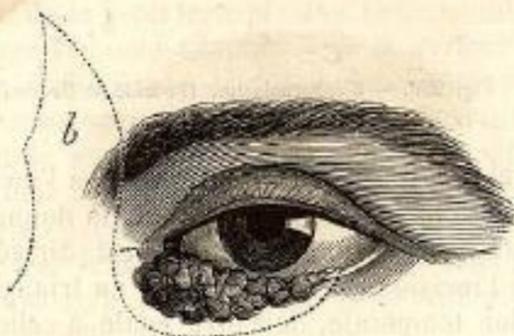


Fig. 241. — Blépharoplastie (procédé de Blasius). Le lambeau est pris dans le front, au-dessus du nez.

de sorte que les deux pertes de substance produites sont habilement dissimulées (voy. fig. 240).

Les procédés de Fricke, de Dieffenbach et de Burow peuvent être employés pour combler une perte de substance au milieu des paupières, et même pour restaurer une paupière tout entière.

Dans ce dernier but, *Blasius*¹ et *Hasner d'Artha*² ont aussi indiqué des procédés qui permettent de refaire la paupière

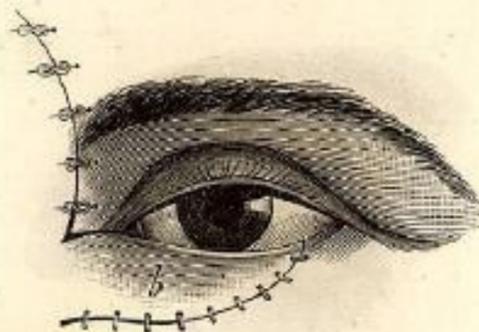


Fig. 242. — Procédé de Blasius. Réunion des lèvres de la plaie.

inférieure par des lambeaux pris dans la peau du front ou du nez. Les figures 241 et 242, 243 et 244, 245 et 246 indiquent



Fig. 243. — Blépharoplastie (procédé de Blasius). Le lambeau est pris dans la tempe et le front.

ces opérations suffisamment, sans qu'une description plus détaillée soit nécessaire.

1. *Berliner medic. Zeitschrift*, mars 1842.

2. *Entwurf einer anatomischen Begründung der Augenheilkunde*. Prag, 1847, p. 182.

M. *Knapp*¹ s'est servi d'un procédé bien ingénieux qui lui avait été suggéré par un de ses élèves, le docteur *Fr. Pagens-*

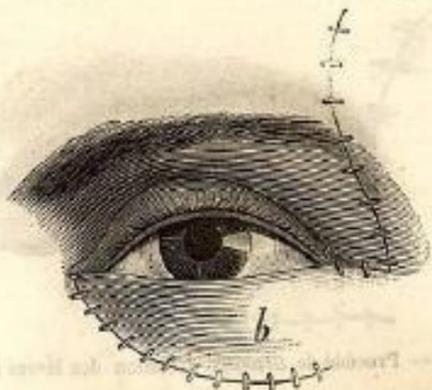


Fig. 244. — Application des sutures.

techer, de Heidelberg, pour restaurer en partie la paupière inférieure, d'où il avait extirpé une tumeur cancéroïde (voy. fig. 247). Après avoir donné aux bords de la plaie la forme

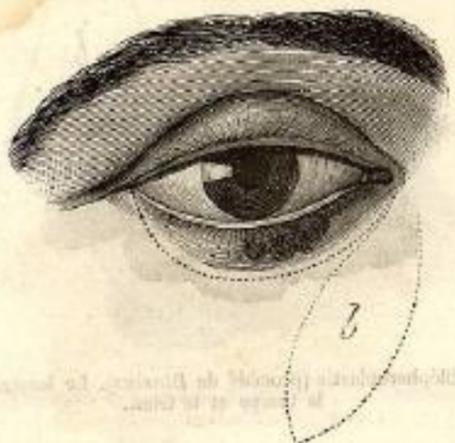


Fig. 245. — Blépharoplastie (procédé de *Blasius*). Le lambeau est pris dans la joue.

rectiligne indiquée dans la figure, il prolongea les incisions horizontales du côté du nez, et disséqua dans cette région un

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1857, XIII, 1, p. 182.

lambeau quadrangulaire. Il pratiqua ensuite une incision dans la direction de la fente palpébrale et en partant de la commissure externe, à travers la peau de la tempe; puis une autre

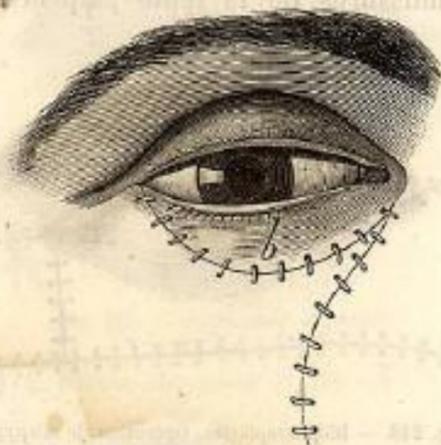


Fig. 246. — Déplacement du lambeau *b*.

qui continuait l'incision horizontale inférieure sur la joue, en donnant aux extrémités de ces deux incisions une direction légèrement divergente.

Il forma ainsi un lambeau allongé et qui s'élargissait assez considérablement vers sa base; ce lambeau fut détaché du

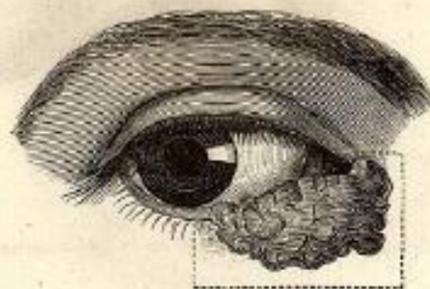


Fig. 247. — Extirpation d'une tumeur de la paupière inférieure.

tissu sous-jacent et réuni par son bord vertical au bord vertical du lambeau interne. Les deux lambeaux, assez tendus, recouvraient parfaitement la perte de substance, et furent réunis

très soigneusement par un certain nombre de sutures, comme l'indique la figure 248.

Lorsqu'il s'agit de restituer une perte de substance qui embrasse les commissures de la fente palpébrale, on peut se

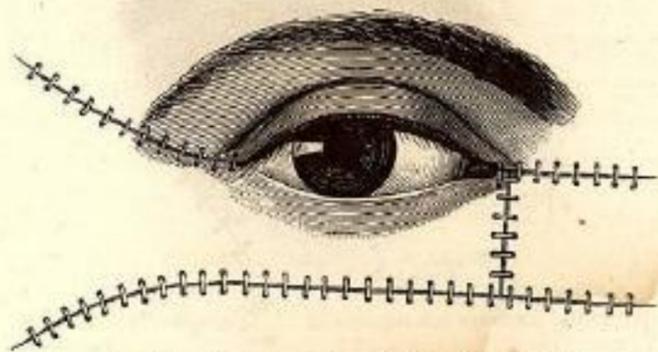


Fig. 248. — Blépharoplastie. Opération de Krieger.

servir des méthodes opératoires suivantes indiquées par M. Hasner & Artha : On circonscrit de la manière habituelle la partie malade par deux sections elliptiques, comme cela est

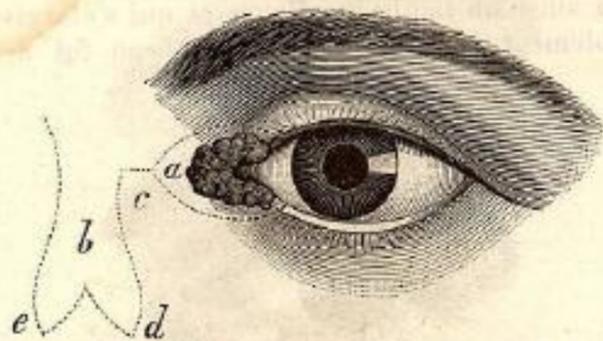


Fig. 249. — Blépharoplastie. Réparation de l'angle interne des paupières.

indiqué dans la figure 249 a. On sectionne alors dans le tégument du nez un lambeau dont la base doit être séparée de 6 millimètres à peu près de l'extrémité interne de la plaie. Ce lambeau se termine par une extrémité bifurquée destinée à la réparation de l'angle même.

Après avoir coupé le pont du lambeau *b* et détaché ce dernier jusqu'à sa base du tissu sous-jacent, on le met en place et

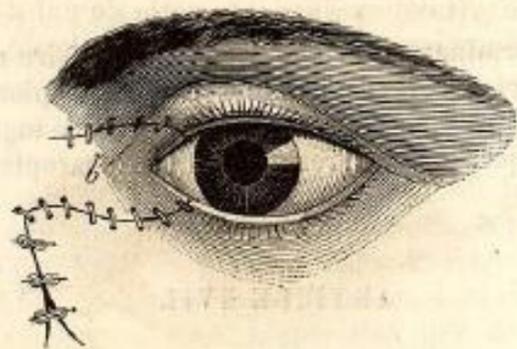


Fig. 250. — Application des sutures.

on l'y attache à l'aide de sutures (fig. 250). Afin de couvrir

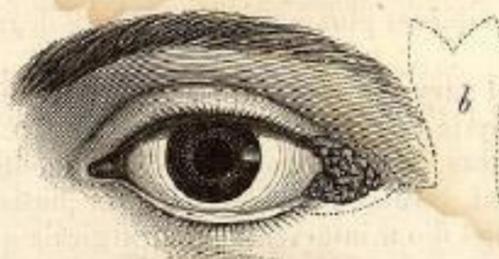


Fig. 251. — Blépharoplastie. Réparation de l'angle externe des paupières.

aussi complètement que possible la plaie produite à l'endroit

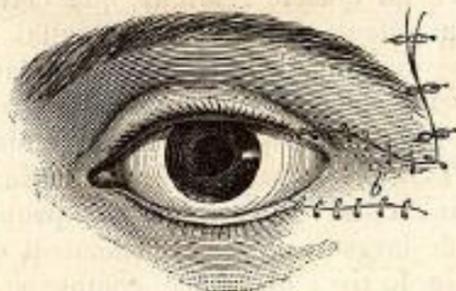


Fig. 252. — Application des sutures.

où l'on a disséqué le lambeau, on attire en bas et en dedans le lambeau constitué par le pont sectionné.

Pour la commissure externe, on procède d'une façon tout à fait analogue, en disséquant le lambeau dans la région de la tempe (voy. fig. 251 et 252).

Avant de terminer cet article, nous devons faire mention des résultats heureux obtenus dans les cas d'ectropion cicatriciel par la greffe dermique de *Reverdin*. Ce procédé ingénieux peut même servir quelquefois à remplacer la blépharoplastie¹.

ARTICLE XVII.

CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE, PTOSIS.

La chute de la paupière supérieure empêche le malade d'entr'ouvrir ses paupières plus ou moins, selon le degré de l'affection.

Celle-ci peut survenir par suite de la paralysie du muscle releveur (paralysie de la troisième paire, voy. p. 585); on la combat, en ce cas, par les moyens indiqués contre les paralysies en général, surtout par l'électricité. Le ptosis paralytique ne devient le sujet d'une intervention chirurgicale que lorsqu'on n'a en aucune façon à espérer le rétablissement de l'innervation, et que l'affection est dans un état de stabilité parfaitement caractérisé.

L'opération est encore indiquée lorsque le ptosis résulte d'une insuffisance du muscle releveur, que cette insuffisance ait pour cause un défaut anatomique congénital ou acquis, ou une augmentation du poids de la paupière, ou enfin une action exagérée du muscle orbiculaire, antagoniste du releveur.

L'opération la plus simple que l'on ait recommandée consiste à exciser un repli cutané de la paupière abaissée. Cette opération ne peut avoir du succès que lorsque la paupière a réellement augmenté de largeur par le relâchement de la peau et par l'hypertrophie du tissu cellulaire, comme on le rencontre chez des personnes très âgées ou après des affections palpé-

1. Voy. de Wecker : de la Greffe dermique en chirurgie oculaire. (*Annales d'oculistique*, juillet 1872.)

brales chroniques avec turgescence des tissus. Dans ces cas, la paupière devient pour ainsi dire un fardeau trop lourd pour le muscle releveur, lors même qu'il aurait sa force normale.

On saisit alors, à l'aide des pinces de *de Graefe*, une portion des téguments assez grande pour faire disparaître la chute de la paupière, lorsque le malade regarde devant lui, tout en prenant garde de ne pas lui donner des dimensions telles que l'occlusion de l'œil en soit gênée. Ce repli est excisé, et l'on réunit par quelques points de sutures les lèvres de la plaie.

Il est beaucoup plus fréquent que le ptosis dépende d'un trouble dans l'équilibre musculaire entre l'orbiculaire et le releveur, et contre cet état de choses l'excision d'un repli cutané ne pourrait certainement rien. L'opération que *de Graefe*¹ a recommandée pour ces cas tend à diminuer autant que possible la résistance que le releveur rencontre dans les contractions de son antagoniste, le muscle orbiculaire, et d'augmenter en même temps l'action du releveur par le déplacement de son insertion vers le bord libre de la paupière.

Cette opération s'exécute de la manière suivante : On pratique une incision transversale dans la peau de la paupière supérieure, à la distance de 5 millimètres de son bord libre, d'une commissure à l'autre. On écarte alors fortement les lèvres de la plaie par des tractions en haut et en bas, et dissèque légèrement le tissu sous-cutané près des lèvres de la plaie. Le muscle orbiculaire ainsi mis à découvert, on en saisit avec des pinces à griffes une portion large de 8 à 10 millimètres qu'on excise avec des ciseaux courbes ou avec le bistouri, en prenant garde de ne pas inciser l'aponévrose sous-jacente. Immédiatement après l'excision de l'orbiculaire, on procède à la réunion des lèvres de la plaie par deux ou trois sutures qui doivent comprendre les bords de la plaie musculaire aussi bien que ceux de la plaie cutanée.

L'application de ces sutures doit être pratiquée de la manière suivante : On enfonce d'abord l'aiguille dans la lèvre inférieure de la plaie cutanée, puis on saisit la lèvre inférieure de la plaie musculaire avec des pinces, et l'on y enfonce l'aiguille qui pénètre ainsi dans la profondeur de la plaie. Ensuite, on prend avec les pinces le bord supérieur de la plaie muscu-

1. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1863, IX, 2, p. 57.

laire, on y enfonce l'aiguille de dedans en dehors, et, après avoir traversé la lèvre supérieure de la plaie cutanée, on ferme la suture. Il suffit d'en appliquer trois de cette manière, et, en cas de besoin, de réunir encore par quelques autres la plaie cutanée seulement.

Ces tentatives opératoires doivent nécessairement échouer

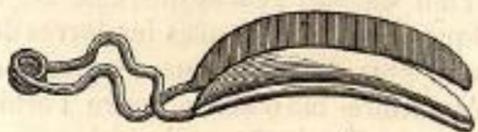


Fig. 253. — Pinces à ptosis.

dans les cas extrêmes de ptosis où il existe une paralysie complète du releveur. On peut alors maintenir la paupière relevée à l'aide de petites pinces à ptosis (fig. 253).

ARTICLE XVIII.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PAUPIÈRES.

Les plaies par incision ou déchirure des sourcils et des paupières varient dans leur siège et leur étendue, qui déterminent leur gravité. Une plaie horizontale, par instrument tranchant, qui n'a pas pénétré jusqu'à la conjonctive, guérit généralement avec facilité et sans défigurer le malade, à moins que le muscle releveur de la paupière supérieure n'ait été détaché, ce qui amènerait la chute de cette paupière.

Les plaies superficielles en sens vertical, lorsqu'elles n'ont pas intéressé le bord palpébral, ne présentent pas de dangers. Lorsque la blessure atteint la paupière dans son épaisseur, il faut craindre la blessure simultanée du globe oculaire ou la formation ultérieure du symbléphon.

Les déchirures des paupières peuvent, d'ailleurs, suppurer, et amener, par une cicatrisation irrégulière, la déformation de la paupière. Lorsque la lésion a atteint le nerf sus-orbitaire, on en a vu résulter la cécité de l'œil correspondant (voy. p. 369).

Le traitement de toutes ces blessures exige souvent de grandes précautions. Une plaie simple produite par un instrument tranchant peut être réunie par une suture. Après une déchirure, il faut nettoyer la plaie, exciser le tissu lacéré et réunir les lèvres de la plaie aussi exactement que possible par une ou plusieurs sutures. Dans tous les cas, le bandeau compressif est le meilleur pansement.

Les piqûres des paupières par des guêpes, des abeilles et d'autres insectes, produisent parfois un gonflement et une irritation considérables. Si le dard de l'insecte est resté dans la plaie, il faut chercher à l'extraire, frotter la région enflammée avec de l'huile d'olive, et la couvrir d'une compresse trempée dans une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Nous avons déjà parlé plus haut (p. 664) de la *pustule maligne* des paupières.

Les brûlures profondes sont souvent dangereuses par la rétraction cicatricielle, qui peut devenir la source d'ectropions graves. Le meilleur moyen préventif consiste dans l'occlusion immédiate des paupières par les sutures de *Mirault* (voy. p. 722) et dans l'emploi de la greffe dermique (*Reverdin*), pour amener la cicatrisation en bonnes conditions¹.

ARTICLE XIX.

ANOMALIES CONGÉNITALES DES PAUPIÈRES. COLOBOMA ET ÉPICANTHUS.

1° Le *coloboma* consiste dans une fissure des paupières que l'on a observée tantôt sur une paupière seulement, tantôt sur les deux à la fois. Cette fente est souvent combinée avec d'autres anomalies du même genre, comme la fente congénitale des lèvres, de la voûte palatine, etc. Pour guérir le coloboma des paupières, on avive ses bords et on les réunit avec le plus grand soin par des sutures, dont une au moins doit traverser le cartilage.

1. Voy. de Wecker, *Annales d'oculistique*, août 1872.

2° L'*épicanthus*, anomalie congénitale qui consiste dans l'existence d'un pli cutané recouvrant l'angle interne des fentes palpébrales, est souvent compliqué d'un aplatissement des os propres du nez et de l'élargissement de l'espace qui sépare les grands angles des yeux. En même temps que l'*épicanthus*, on rencontre souvent la microphthalmie (parfois seulement apparente et causée par le rétrécissement de la fente palpébrale), la chute de la paupière supérieure, le strabisme convergent, et, plus tard, les affections des voies lacrymales.

L'opération de l'*épicanthus* a pour but de raccourcir la partie du tégument située entre les angles internes des yeux. Il n'est pas nécessaire de pratiquer cette opération dans les premières années de l'enfance, parce qu'il arrive que le raccourcissement se fait spontanément, et que le repli disparaît à mesure que le nez de l'enfant devient plus proéminent. Cependant, si ceci n'a pas lieu, que la difformité soit très prononcée, et qu'il en résulte une gêne véritable pour le malade, il faut pratiquer l'opération, qui consiste à exciser un lambeau ovalaire et vertical de la peau du dos du nez (rhinographie d'*Ammon*). Ce procédé doit être employé lorsque l'*épicanthus* existe des deux yeux; on l'exécute de la manière suivante :

Pour déterminer la grandeur du lambeau cutané à enlever, on saisit entre les doigts ou entre les branches d'une pince à entropion un pli de la peau assez grand pour faire disparaître l'*épicanthus*, et l'on circonscrit d'un trait à l'encre la base de ce pli. Cela fait, on peut placer immédiatement les aiguilles munies de fils de soie, qui seront nécessaires pour réunir les lèvres de la plaie après l'excision du lambeau cutané. Dans cette excision, faite au moyen d'un bistouri pointu, il faut disséquer soigneusement les angles de la plaie, pour que le rapprochement de ses bords se fasse sans difficulté.

Lorsque l'*épicanthus* n'existe que d'un côté, on excise le lambeau cutané latéralement et plus ou moins près de l'œil affecté.

MALADIES DES VOIES LACRYMALES

ARTICLE PREMIER.

ANOMALIES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

Les anomalies que nous rencontrons ici sont surtout le déplacement, le rétrécissement et l'oblitération. Ces anomalies empêchent le fonctionnement de ces organes, et il en résulte comme premier symptôme le larmolement de l'œil, à un degré plus ou moins prononcé.

L'orifice du point lacrymal peut subir un déplacement dans un double sens. Nous pouvons le voir dirigé en haut ou même en avant, comme dans les cas d'éversion du bord palpébral, ou nous le trouvons refoulé à une distance plus ou moins grande du globe oculaire. Les causes d'éversion sont les mêmes que celles qui produisent l'ectropion; celles du refoulement sont le gonflement de la caroncule ou l'épaississement de la paupière et de la conjonctive palpébrale.

L'oblitération des points lacrymaux résulte de leur déviation, de l'action des brûlures, des ulcérations ou des lésions traumatiques qui frappent ces points ou leur voisinage immédiat. Elle peut survenir aussi à la suite de conjonctivites granulaires ou de blépharites.

Le rétrécissement ou l'oblitération des conduits lacrymaux, doivent être attribués à la propagation des maladies inflammatoires de la conjonctive, à des brûlures et à des déchirures du voisinage, enfin à des corps étrangers (cils, concrétions calcaires ou dacryolithes, champignons filiformes), qu'on retrouve dans ces conduits.

Traitement. — Lorsque les anomalies que nous venons de décrire deviennent la source d'un larmolement pénible pour le malade, il faut, comme M. *Bowman*¹ l'a enseigné le pre-

1. Voy. *Medico-chirurgical Transactions*, 1851, t. XXXIV, p. 337.