

de l'ablation orbitaire, par Bernard et Badal; elle a été préconisée systématiquement, en 1888, par de Wecker contre les larmolements rebelles. Cette opération, moins grave que la précédente, ne laisse aucune cicatrice cutanée, mais, vu l'isolement des lobules glandulaires, elle reste nécessairement moins bien réglée.

*Indications.* — Larmolements rebelles, simples.

*Instruments.* — Écarteurs, harpon, pinces à fixation, à dents, hémostatiques, bistouri, ciseaux mousses, sutures, ligatures.

*Opération.* — La région peut être anesthésiée par une injection sous-conjonctivale de cocaïne pratiquée au niveau de la glande, au tiers externe du fornix. La paupière supérieure est retournée et relevée par le doigt ou un écarteur, le regard dirigé fortement, par le patient ou une pince à fixation, en bas et en dedans, la commissure externe tirée en dehors, de manière à faire saillir la glande dans le cul-de-sac. On incise à son niveau, au-dessus et au milieu de la saillie glandulaire, la conjonctive jusqu'à ce qu'apparaissent les grains glandulaires. On dégage soigneusement la glande de la conjonctive et d'une sorte de capsule sous-conjonctivale, vers la commissure externe, puis on la détache entièrement. Il survient une hémorragie parfois notable qu'on arrête par des irrigations froides ou des tampons imbibés de solution d'antipyrine (Panas). Pas de sutures, pansement compressif. Il importe, dit de Wecker, de bien étaler la glande de manière à l'enlever intégralement, de circonscrire le champ opératoire et ne pas faire d'excision inutile. L'ablation totale est toutefois difficile et incertaine. Meyer et Chibret, pour mieux énucléer la glande, insinuent, entre elle et le globe, un crochet à strabisme qui l'accroche en arrière et la luxe en avant; les vaisseaux étant ainsi tiraillés et comprimés, l'hémorragie serait moindre.

Cette opération est bénigne et efficace dans les cas ordinaires. On peut toujours, le cas échéant, la compléter par la précédente. Son action d'ailleurs tient probablement en

partie à la section des conduits de la glande orbitaire et à leur occlusion cicatricielle ultérieure.

Partant de cette idée, Bettremieux vient de conseiller la *cautérisation ignée du cul-de-sac* conjonctival au niveau de l'abouchement des canaux orbito-palpébraux. Plusieurs applications à quelques jours d'intervalles sont ordinairement nécessaires. La douleur est minime et le résultat, d'après notre observation, paraît assez favorable.

## CHAPITRE II

### PAUPIÈRES

Les opérations sur les paupières sont très nombreuses.

Nous étudierons la canthoplastie, la tarsorrhaphie, et celles que commandent l'entropion, l'ectropion, le ptosis, l'épicanthus, les tumeurs, les plaies et les corps étrangers.

#### I. — Canthoplastie.

§ 471. — La canthoplastie — *κανθός* angle de l'œil, *πλασσειν* former — est l'élargissement permanent de la fente palpébrale vers la commissure externe.

*Indications.* — Phimosis palpébral, congénital ou cicatriciel, blépharospasme, entropion, trachome, ulcérations graves de la cornée.

*Instruments.* — Blépharostat, ciseaux droits, pinces à griffes et hémostatiques, sutures.

*Opération.* — Elle consiste parfois dans la simple section de la commissure externe avec des ciseaux droits, une branche en dedans sur la muqueuse, une branche en dehors sur la

peau; c'est alors la *canthotomie*. La canthoplastie proprement dite comporte, en outre, la reconstitution muco-cutanée de la commissure externe.

Avec des ciseaux droits, pointus ou mousses, on saisit la commissure externe, une branche sur la peau, l'autre sur la muqueuse, et on la sectionne d'un seul coup jusque vers le rebord orbitaire. La section cutanée doit être un peu plus longue que la section conjonctivale. Un aide écarte ensuite

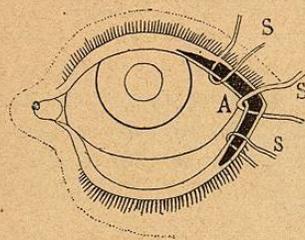


FIG. 71. — Canthoplastie.

A, commissure externe sectionnée;  
S, sutures muco-cutanées.

fortement les paupières et rend la plaie presque verticale. On peut alors achever entre la muqueuse et la peau la section des tissus qui font hernie. L'hémotase terminée, on suture à la soie ou au catgut la peau et la muqueuse commissurale et on complète l'opération par deux autres points muco-cutanés, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du précédent. Pour éviter de couper les tissus, il est bon de piquer à quelques millimètres et de ne pas trop tendre les lèvres de la plaie. Les fils sont laissés en place trois ou quatre jours.

Agnew combine à la canthoplastie large la section verticale du fascia tarso-orbitaire. L'incision horizontale de la commissure étant faite, on introduit à son niveau des ciseaux droits, une branche sous la muqueuse et l'autre sous la peau, et on coupe les tissus interposés jusqu'au rebord orbitaire. Il faut se garder de sectionner trop vers le front pour épargner le releveur palpébral et éviter la ptose consécutive.

## II. — Blépharorrhaphie ou Tarsorrhaphie.

§ 472. — Cette opération a pour objet le rétrécissement ou l'occlusion de la fente palpébrale.

*Indications.* — Ectropion, exophtalmie, kératite neuro-paralytique, blépharoplastie.

*Instruments.* — Corne, bistouris, pinces à griffes, sutures.

*Opération.* — Dans la blépharorrhaphie *temporaire*, on se contente de suturer, *sans avivement*, les bords ciliaires au fil de soie. Dans la blépharorrhaphie *permanente*, on pratique toujours l'avivement marginal des parties à suturer. On applique l'opération le plus souvent à la partie *externe*, mais on peut

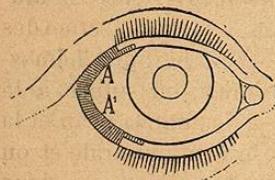


FIG. 72. — Blépharorrhaphie externe.

A A', avivement marginal.

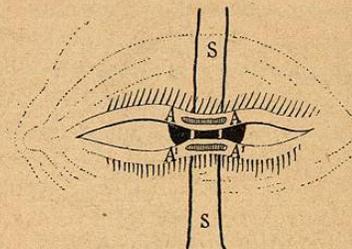


FIG. 73. — Blépharorrhaphie médiane.

A A', avivement marginal; S S, sutures.

aussi agir sur la partie *médiane*, ou dans toute l'étendue des bords palpébraux.

De Graefe réséquait tout le terrain ciliaire commissural externe et en suturait les points correspondants. Cette opération rétrécit bien la fente palpébrale mais sacrifie les cils et la presque totalité du plateau marginal; dans les cas de tarsorrhaphie temporaire, il devient difficile de reconstituer le bord palpébral et l'ancienne commissure.

De Wecker, avec raison, avive simplement au bistouri ou aux ciseaux le plateau marginal supérieur et inférieur de la commissure, en dedans des cils, puis en suture les points correspondants. Il importe beaucoup de conduire les aiguilles au ras de la conjonctive de manière à ce que les fils embrassent et coaptent exactement les surfaces marginales avivées.

On pourra ultérieurement, si besoin est, détruire la tarsorrhaphie et reconstituer la commissure normale.

### III. — Ectropion.

§ 473. *Indications.* — Éversion palpébrale simple ou spasmodique; éversion avec état lacrymal, relâchement cutané, hypertrophie de la conjonctive juxta-marginale; éversion cicatricielle.

*Instruments.* — Corne, bistouris, ciseaux courbes, pinces à griffes, pinces hémostatiques, sutures.

*Opération.* — *Sutures de Snellen.* Un fil aseptique est pourvu de deux aiguilles courbes. La première pénètre au

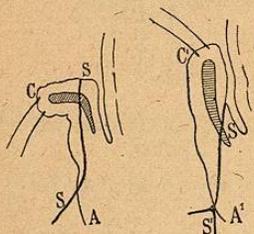


FIG. 74. — Sutures de Snellen.

C C', bords ciliaires; SS', sutures;  
A, anse lâche; A', anse serrée.

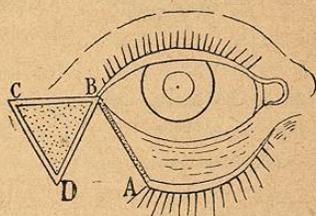


FIG. 75. — Procédé de Dieffenbach.

A, bord ciliaire; BCD, triangle cutané excisé.

sommet de l'ectropion muqueux, est conduite d'arrière en avant jusque sous la peau, puis descend verticalement pour sortir à deux centimètres plus bas. La seconde est placée de même à quelque distance latéralement et va sortir, en passant sous la peau, à six ou sept millimètres de la précédente. On noue fortement les fils sur un rouleau de ouate ou un tube à drainage. L'anse appliquée sur la saillie muqueuse de l'ectropion la déprime, fait basculer le bord marginal en arrière et le remet en bonne position. Deux ou trois anses semblables peuvent être

ainsi disposées. Pansement compressif. Les fils ne sont retirés que tardivement, après une ou deux semaines, ou bien dès qu'il survient du pus sur le trajet du fil.

Un *procédé dérivé de Snellen* est le suivant :

Le fil aseptique, armé de deux aiguilles, pénètre d'une part sur le bord marginal, en arrière des cils, et de l'autre, dans le fond du cul-de-sac inférieur; la première aiguille est conduite en dédolant, en arrière des cils, sous la peau et l'orbiculaire, la seconde au travers de la paupière, d'arrière en avant, puis toutes deux vont sortir à trois centimètres plus bas, par le même trou, ou à quelques millimètres, la seconde plus bas que

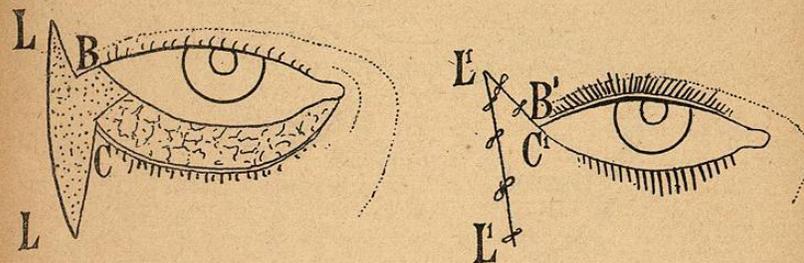


FIG. 76. — Procédé de Szymanowski.

C, bord ciliaire ectropioné; C', bord réduit; BLL, lambeau excisé; B'L'L', sutures.

la première. Une faible traction, un nœud simple ou sur tube de caoutchouc permettent de ramener la paupière en bonne position. Deux ou trois de ces sutures le long de la paupière sont parfois nécessaires. On enlève les fils quand ils ont coupé les parties qu'ils embrassent ou qu'ils ont déterminé une trainée cicatricielle suffisante pour maintenir la paupière en position correcte.

La *suture de Wecker* est analogue, mais plus compliquée.

*Procédé de Dieffenbach.* — On retranche, vers la commissure externe, un triangle comprenant la peau et l'orbiculaire. On avive le bord libre puis on suture, en mobilisant la paupière vers la perte de substance. La paupière se trouve ainsi attirée en bas ou en haut, vers le triangle excisé.

*Procédé de Szymanowski.* — Analogue au précédent, il évite l'attraction vicieuse de la paupière vers le triangle enlevé en plaçant le sommet de ce dernier vers la commissure et en rendant les côtés très obliques en haut et en bas.

*Procédé de de Græfe.* — On pratique une incision intermarginale avec dissection cutanée; on sectionne verticalement vers les commissures et on remonte la peau qu'on fixe par des sutures quand l'ectropion est réduit. Pour éviter deux angles aigus flottants aux commissures, on les résèque et on réunit la partie correspondante, à la plaie intermarginale, en ayant

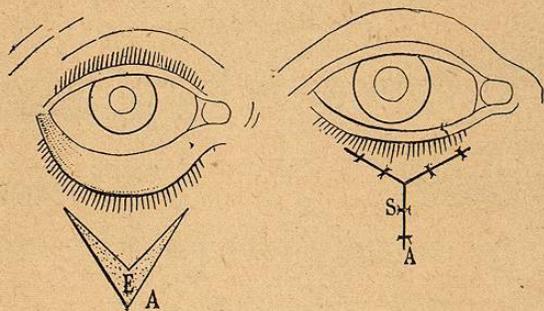


FIG. 77. — Procédé de Sanson.

E, excision en V; S, sutures.

soin de fixer les fils sur le front avec du collodion, du diachylon ou du taffetas gommé.

**BLÉPHAROPLASTIE.** — L'ectropion cicatriciel consécutif aux brûlures, au lupus, à l'ablation des tumeurs palpébrales, etc., comporte l'autoplastie. Celle-ci se pratique par glissement, par torsion ou par greffe. Les procédés sont très variés et d'ailleurs très variables suivant les circonstances; il importe toujours en effet de les adapter à chaque cas particulier. Nous indiquons seulement les plus simples et les plus pratiques.

1° *Procédé de Sanson.* Section en V de la paupière, dégagement du lambeau et correction de l'ectropion; au besoin, blépharorrhaphie provisoire. Sutures de la plaie.

2° *Procédé d'Alphonse Guérin.* Section un peu plus compliquée, en W. Dégagement des lambeaux, correction de l'ectropion, blépharorrhaphie. Sutures de la plaie.

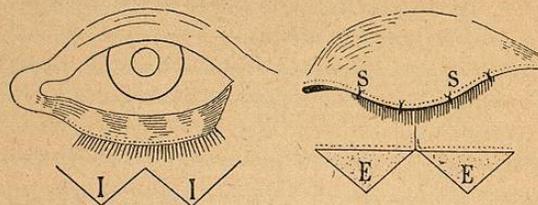


FIG. 78. — Procédé d'Alphonse Guérin.

I, incision en W; EE, triangles dénudés; SS, sutures blépharorrhaphiques.

3° *Procédé de Dieffenbach.* Incision en M, étendue, excision du triangle médian, dégagement des lambeaux, réduction de l'ectropion, blépharorrhaphie. Sutures de la peau.

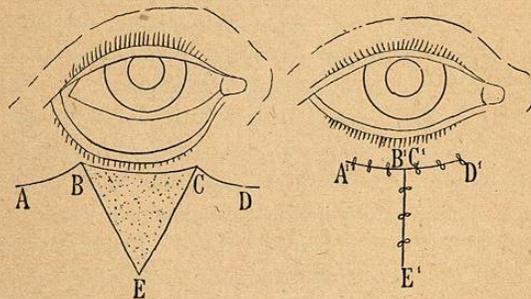


FIG. 79. — Procédé de Dieffenbach.

A B C D E, incision; B C E, triangle cutané excisé; A' B' C' D' E', sutures.

4° *Procédé de Rièbel.* — Incision en I, dissection et résection de la partie moyenne. Blépharorrhaphie, suture des lambeaux et du triangle que la traction verticale a déterminé au-dessous.

## IV. — Entropion.

§ 474. — Les agglutinatifs agissant sur la peau élastique, n'ont qu'un résultat faible et temporaire; les ligatures ne portant que sur la peau et l'orbiculaire, ne peuvent être curatives que dans les cas légers ou spasmodiques; les opérations qui portent sur le tarse en le redressant ou en y fixant le terrain ciliaire, ont une action large et curative et conviennent aux cas graves et cicatriciels.

*Indications.* — Inversion simple ou spasmodique chez l'enfant ou le vieillard; inversion cicatricielle par brûlures, trachome, trichiasis.

*Instruments.* — Corne, fils, aiguilles, porte-aiguilles, bistouris, ciseaux, pinces diverses, cautères.

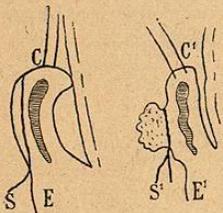


FIG. 80. — Ligatures de Gaillard-Arlt.

CC, bords ciliaires; SS', ligatures; E, ligature lâche; E', ligature serrée.

mais il persiste des cicatrices cutanées que l'on pourrait éviter. Le premier chef du fil passerait alors en arrière de l'orbiculaire, l'autre en avant, et tous deux auraient le même point d'entrée et de sortie. C'est l'amélioration qu'Arlt a apporté à ce procédé.

*Cautérisation ignée.* — La paupière tendue sur la corne, on applique la pointe ou mieux le tranchant du thermo ou du galvano-cautére tout le long du bord ciliaire, à trois milli-

*Opération.* — *Ligatures de Gaillard.*

On saisit, aux points où l'entropion est le plus marqué, un pli cutané et on enfonce, près du bord ciliaire, une aiguille que l'on conduit verticalement, au ras du tarse, à un ou deux centimètres plus bas. On serre énergiquement les deux chefs du fil et on les laisse en place jusqu'à section ou suppression. Deux ou trois fils semblables peuvent être ainsi appliqués,

mètres de ce bord, puis on incise, avec le fer rouge, la peau et le tarse. Si l'on veut agir plus sûrement et éviter toute cicatrice cutanée disgracieuse, on fait préalablement l'incision musculo-cutanée au bistouri puis, écartant les lèvres de la plaie, on cautérise très profondément le tarse.

*Procédé de Desmarres.* — Il consiste à enlever, à la pince et aux ciseaux, un petit ovale de peau tout contre les cils déviés, puis à suturer profondément en ectropionnant la partie correspondante.

*Procédé de Jæsche-Arlt.* — 1° Éversion et contention de la paupière sur la corne; section horizontale et profonde à 2 ou 3 millimètres du bord ciliaire, avec un fin bistouri, entre les cils et les orifices des glandes de Meibomius. Le bord marginal est dédoublé en deux lames: l'antérieure qui comprend la peau, l'orbiculaire, les cils, et la postérieure qui contient le tarse avec les glandes meibomiennes et la conjonctive.

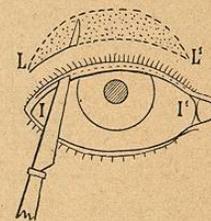


FIG. 81. — Procédé de Jæsche-Arlt.

II, incision intermarginale; LL, lambeau cutané excisé.

2° Section et ablation d'un pli semi-lunaire en faisant deux incisions, l'une tout le long de la paupière, à 3 ou 4 millimètres du bord ciliaire, l'autre concentrique, mais un peu plus courbe, à 3 ou 4 millimètres au-dessus.

3° Sutures du bord ciliaire mobilisé avec la lèvre supérieure. Pansement contentif.

*Procédé de Panas.* — A. *Paupière supérieure.* Il répond aux principales conditions pathogéniques: section de l'orbiculaire, fixation du terrain ciliaire (Anagnostakis), rectification, le cas échéant, de la courbure défectueuse du tarse.

1° La paupière étant soulevée et hémostasiée par la corne, incision horizontale le long du bord ciliaire, à 5 millimètres au-dessus, de la commissure externe au point lacrymal, comprenant la peau et l'orbiculaire.

2° Dissection de la lèvre inférieure jusqu'aux bulbes ci-

liaires et de la lèvre supérieure jusqu'à la limite du tarse et à l'aponévrose tarso-orbitaire.

3° Section horizontale du tarse jusqu'à la conjonctive inclusivement; cette section, pour éviter le chevauchement d'un segment sur l'autre, doit être normale à la surface palpébrale.

4° Sutures comprenant, en haut, le tarse et le ligament suspenseur, en bas, le lambeau ciliaire jusqu'au bord libre. Les fils étant serrés, le lambeau supérieur musculo-cutané se

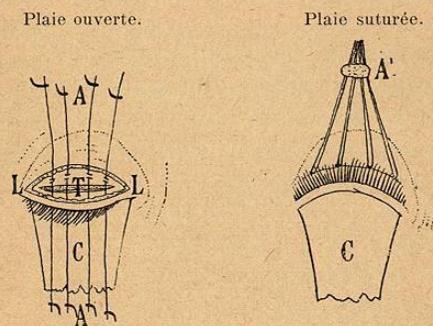


FIG. 82. — Procédé de Panas pour la paupière supérieure.

C, corne; LL, incision; A, sutures en place; A', sutures serrées.

coapte naturellement avec l'inférieur. Au lieu de couper les fils, on les réunira sur le front avec du collodion. On les enlèvera trois ou quatre jours après. Contention légère.

Panas pratique la même opération pour l'entropion partiel. Il ajoute seulement à l'incision horizontale, musculo-cutanée, une incision verticale en dedans et une en dehors aux limites de l'ectropion; la section tarsale est également partielle et les sutures ont la même disposition que ci-dessus.

B. *Paupière inférieure*. Le point d'appui est pris ici non sur la tarse et l'aponévrose tarso-orbitaire, peu développés, mais sur la peau résistante de la joue. L'orbiculaire est réséqué et le tarse, le cas échéant, rectifié.

1° La plaque de corne tendant la paupière, sections verticales de la peau et de l'orbiculaire aux limites de l'ectropion; section intermédiaire horizontale reliant les premières en forme d'H; dissection du lambeau supérieur jusqu'aux bulbes ciliaires et du lambeau inférieur jusqu'à la limite des incisions verticales.

2° Résection de la portion prémarginale de l'orbiculaire, section horizontale, le cas échéant, de la voussure tarsale, enfin

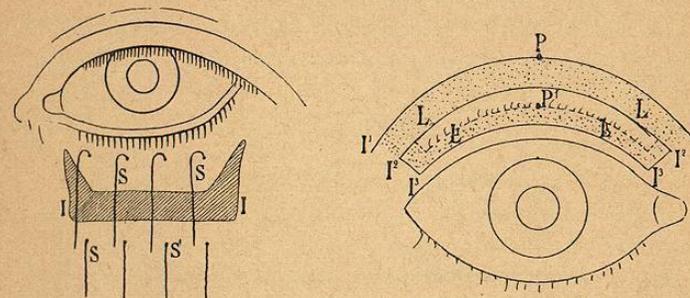


FIG. 83. — Procédé de Panas pour la paupière inférieure.

II, incision et lambeau cutané; SS, sutures.

FIG. 84. — Procédé de Junge.

I'I', incision supérieure; I'P', incision inférieure; I'P'', incision intermarginale; LL, lambeau supérieur devenant lambeau intermarginal.

résection, plus ou moins étendue suivant le degré de l'entropion, du lambeau cutané inférieur.

3° Sutures des deux lèvres cutanées en ayant soin de faire sortir les aiguilles en arrière de la rangée des cils. Pansement contentif.

*Procédé de Junge*. — Il convient à l'entropion médian ou total, surtout à ce dernier.

1° Dédoublage large du bord ciliaire comme dans le procédé de Jäsche-Arlt; 2° incision horizontale parallèle au bord ciliaire et à 3 ou 4 millimètres au-dessus; 3° sections verticales latérales et cutanées du bord ciliaire; 4° incision parallèle à la première et un peu plus étendue, puis mobilisation en pont ou en anse de panier du lambeau correspondant. On