

suture vers la partie supérieure et une autre vers la partie inférieure de la plaie.

Si l'on négligeait de recouvrir la plaie, dans l'angle extérieur de l'œil, par la conjonctive, elle finirait, au bout de peu de temps, par se refermer. Lorsque donc l'élargissement de la fente palpébrale ne doit être que temporaire, on se borne à inciser la commissure externe sans application de suture consécutive, — canthoplastie provisoire. *Stellwag* a proposé une modification à cette méthode : on donne le coup de ciseau dans l'angle externe, non pas dans le prolongement de la fente palpébrale, mais obliquement de haut en bas, et de dedans en dehors. Par suite de la rétraction des fibres de l'orbiculaire sectionnées, la plaie s'entre-bâille et représente une entaille triangulaire. Celle-ci ne doit pas être recouverte par de la conjonctive, ni fixée au moyen de sutures ; elle doit au contraire être abandonnée à elle-même pour lui permettre de se refermer. Si la cicatrisation ne s'en faisait pas, l'entaille persisterait sur le bord palpébral (colobome artificiel de la paupière). Cette entaille, outre qu'elle produit une certaine difformité, occasionne de l'épiphora, et peut même donner lieu à un ectropion que l'on ne pourrait faire disparaître que par une nouvelle opération (avivement et suture). L'opération de *Stellwag* porte le nom de bléharotomie ou sphinctérotomie oblique.

Les indications de la canthoplastie sont :

1° *Bléharophimosis et ankyloblépharon*. — Ici l'on veut obtenir un effet permanent de l'opération, il faut donc placer une suture conjonctivale ;

2° *Bléharospasme*, surtout quand il donne lieu à un ectropion spasmodique ; mais il suffit de faire alors une canthoplastie provisoire. Dans ce cas le but de l'opération n'est pas seulement d'élargir la fente palpébrale, mais surtout de sectionner les fibres de l'orbiculaire, lequel perd ainsi de sa puissance. C'est pour cette raison que la bléharotomie oblique de *Stellwag* réussit mieux à faire disparaître le bléharospasme, mais cette opération comporte le danger de faire naître un colobome palpébral. — Lorsque l'ectropion spasmodique est, comme c'est le cas si souvent, compliqué d'un bléharophimosis, la canthoplastie doit se pratiquer avec sutures consécutives ;

3° La *blennorrhée aiguë* quand, par suite d'une tuméfaction considérable des paupières, l'œil est le siège d'une forte compression. Ici on se contente de la canthoplastie provisoire. Il en est de même lorsque l'élargissement de la fente palpébrale se pratique comme :

4° *Opération préparatoire*, dans le cas où l'on doit extirper un bulbe oculaire très augmenté de volume ou lorsqu'on veut rendre possible le passage d'une tumeur orbitaire à travers la fente palpébrale.

V. — TARSORRAPHIE

§ 170. La tarsorrhaphie consiste à raccourcir la fente palpébrale par la réunion du bord des paupières ; c'est donc le contraire de la canthoplastie. On peut réunir les bords palpébraux au niveau de l'angle externe, ou de l'angle interne de l'œil, — tarsorrhaphie latérale ou médiane.

1° *Tarsorrhaphie latérale*. — D'après *v. Walther*, cette opération consiste à aviver, au niveau de l'angle externe de l'œil, le bord des paupières supérieure et inférieure en excisant le champ d'implantation des bulbes pileux, et à réunir ces bords par des sutures dans l'étendue de l'avivement. Comme, par ce procédé, on se borne à réunir les angles antérieurs des paupières, c'est-à-dire des surfaces avivées très étroites, la cicatrice se rompt facilement. Pour éviter cet inconvénient, j'opère d'une autre manière. On commence par marquer dans quelle étendue on désire réunir les bords palpébraux. Alors, par une incision intermarginale, on divise, dans cette étendue, la paupière inférieure en deux feuillets. Au niveau de l'extrémité interne de l'incision, on en pratique une autre très courte perpendiculaire à la première, se dirigeant donc verticalement en bas, mais qui n'intéresse que la peau, de manière à transformer le feuillet antérieur de la paupière dédoublée en un lambeau cutané (fig. 174, a). Les bords supérieur et interne du lambeau sont libres, par contre les bords inférieur et externe restent réunis à la peau de la paupière. Ensuite, on avive la paupière supérieure, en pratiquant, sur la même étendue que sur la paupière inférieure, l'incision intermarginale et en exécutant, comme dans l'opération de *Flarer*, l'ablation du sol ciliaire ainsi dégagé. De cette manière on produit une surface avivée (fig. 174, b), à laquelle le lambeau cutané de la paupière inférieure viendra s'adapter par sa face postérieure. Pour obtenir une réunion exacte des surfaces et non de leurs bords seulement, on applique les sutures de la manière suivante : on passe les deux extrémités d'un fil armé de deux aiguilles, d'arrière en avant, à travers la pau-

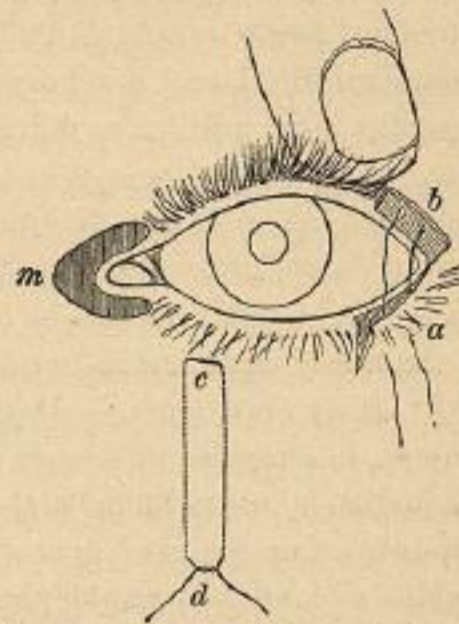


FIG. 174. — Tarsorrhaphie. — A l'angle externe de l'œil est dessinée la tarsorrhaphie latérale, dans l'angle interne la tarsorrhaphie médiane. A la paupière inférieure, on a représenté la situation de l'anse de fil d'une suture de GAUCLAUD.

rière en avant, à travers la pau-

pière supérieure près de son bord libre. De cette manière, l'anse du fil est appliquée sur la paupière du côté de la conjonctive, tandis que les deux bouts libres se trouvent à la face antérieure de la plaie. Ensuite, on passe les fils dans la base du lambeau cutané inférieur et on les noue sur une perle à la face antérieure de ce dernier. Par le fait de cette suture, la base du lambeau est appliquée sur le tarse avivé de la paupière supérieure. Enfin, par quelques sutures fines, on tâche de coapter exactement le bord du lambeau cutané au bord avivé de la paupière supérieure. L'adhérence des paupières obtenue par cette méthode est tellement solide qu'elle est susceptible de résister à la plus forte tension.

2° *La tarsorrhaphie médiane* a été proposée par *Arlt*. D'après lui, on l'exécute au moyen d'une pince et d'une paire de ciseaux ; on excise, tout près de l'angle interne de l'œil, tant de la paupière supérieure que de la paupière inférieure, une bandelette cutanée étroite. Les plaies longues et étroites ainsi pratiquées doivent être réunies à angle aigu, en dedans de l'angle interne des paupières (fig. 174, *m*). On en réunit les lèvres dans toute leur étendue au moyen de sutures à points séparés. Si l'on désirait obtenir une réunion plus solide, on pourrait pratiquer cette opération, comme la tarsorrhaphie latérale, par la formation d'un petit lambeau cutané.

La tarsorrhaphie est indiquée :

1° *Dans l'ectropion*. — Dans ce cas, par sa réunion à la paupière supérieure, la paupière inférieure est relevée. L'opération de la tarsorrhaphie se justifie le mieux dans l'ectropion sénile et dans l'ectropion paralytique ; en outre, dans les cas légers d'ectropion cicatriciel. Très souvent la tarsorrhaphie se combine à une blépharoplastie, dans le but d'assurer la position convenable des paupières.

2° *Dans le lagophthalmos*, dans le but de raccourcir la fente palpébrale et de faciliter de cette manière l'occlusion des paupières. Le lagophthalmos, suite de la maladie de *Basedow*, fournit surtout fréquemment l'occasion de pratiquer la tarsorrhaphie, puisque c'est le seul moyen que nous possédions de le faire disparaître.

En règle générale, c'est la tarsorrhaphie latérale que l'on exécute. Ce n'est pour ainsi dire que dans l'ectropion paralytique qu'on pratique la tarsorrhaphie médiane, parce que, dans ce cas, c'est la moitié interne de la paupière inférieure qui est le plus pendante.

Quand l'ectropion existe depuis longtemps, la paupière inférieure s'étend et devient plus longue. Pour raccourcir cette paupière, la tendre et la réappliquer ainsi sur le bulbe, on l'avive, en pratiquant la tarsorrhaphie, dans une plus grande étendue que la paupière supérieure. Lorsque la paupière est très considérablement allongée, on la raccourcit, en excisant un lambeau triangulaire vers

l'extrémité latérale. Le sommet du triangle est dirigé en bas et la base correspond au bord palpébral libre. Les deux côtés du triangle excisé sont réunis l'un à l'autre au moyen de sutures.

La réunion des paupières par la tarsorrhaphie s'exécute quelquefois malgré une grande tension des tissus, par exemple quand on cherche à rapprocher l'une de l'autre des paupières raccourcies, ou quand on pratique cette opération dans l'exophthalmos. Dans le dernier cas, c'est le bulbe, augmenté de volume, qui tend à distendre la fente palpébrale. Pour diminuer la tension, on peut aussi suturer la fente palpébrale au niveau du segment destiné à rester ouvert, et cela sans avivement des paupières, de manière que la réunion soit simplement temporaire. On maintient les sutures en place jusqu'à ce qu'elles aient coupé les chairs ou jusqu'à ce que la cicatrice de la tarsorrhaphie soit suffisamment solide.

VI. — OPÉRATION DE L'ENTROPION

§ 171. L'entropion spasmodique ne se déclare que lorsque la peau de la paupière est abondante et lâche (voir page 541). Quand on fait disparaître la flaccidité de la peau palpébrale en serrant entre les doigts un pli horizontal, l'entropion disparaît en même temps. C'est sur cette observation que reposent les méthodes opératoires de l'entropion qui ont pour but de raccourcir, dans le sens vertical, la peau de la paupière. Par contre, par d'autres procédés on cherche à guérir l'entropion en faisant disparaître le blépharospasme dont il dépend. Les méthodes opératoires les plus employées sont :

1° *La suture de Gaillard*. — Cette suture, modifiée par *Arlt*, s'applique de la manière suivante : l'une des aiguilles d'un fil doublement armé est enfoncée dans la paupière inférieure au niveau de la limite qui en sépare le tiers moyen du tiers interne. La ponction se trouve tout près du bord palpébral (fig 173, *A, c*) et la contre-ponction, dans la joue (*d*), à environ un pouce plus bas. La seconde aiguille est enfoncée près de la première et de la même façon, de sorte que l'anse du fil se trouve sur la peau dans le voisinage du bord palpébral (fig 174, *e*) et que les deux fils se dirigent parallèlement de haut en bas, en passant sous la peau de la paupière. Une suture semblable est placée à la limite du tiers moyen et du tiers externe de la même paupière. En nouant les deux bouts de chaque fil sur un petit rouleau de sparadrap, et en les serrant, on étrangle un pli horizontal de la peau de la paupière inférieure (fig. 173, *B, a*), ce qui fait disparaître l'entropion. On laisse les fils en place, jusqu'à ce que les canaux où ils passent commencent à suppurer, afin que, après l'enlèvement des fils, il se produise des brides cicatricielles dont l'effet sera le même que celui des fils eux-mêmes. Néanmoins, l'entropion réapparaît plus tard facilement. Cette opération n'est indiquée, par conséquent, que dans les cas où l'on prévoit

que l'entropion ne sera que de courte durée, par exemple dans celui qui se développe sous le bandeau.

2° *L'excision d'une bandelette cutanée horizontale.* On saisit entre deux doigts un pli horizontal de la peau, auquel on donne une amplitude telle qu'il fasse disparaître l'entropion, sans qu'il en résulte d'ailleurs ni entropion ni lagophthalmos. Ensuite, on excise ce pli d'un coup de ciseaux, et l'on réunit les deux lèvres de la plaie par quelques sutures. Lorsque l'effet de l'opération doit être considérable, le bord supérieur de la plaie doit se trouver assez près du bord libre de la paupière. D'ordinaire, le résultat de cette opération persiste; quelquefois pourtant, la peau s'allonge ultérieurement et l'entropion se reproduit.

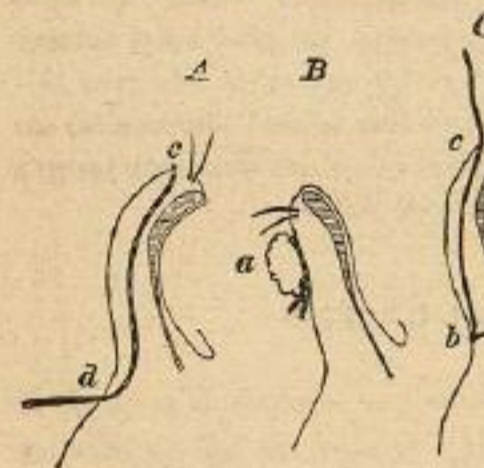


Fig. 175. — Opérations de l'entropion. Gross. 2/1. — A suture de GAILLARD-ARLY. Placement de l'anse de fil. B la même après qu'on a noué l'anse de fil. C suture de SNELLEN.

pière à un point fixe, le bord convexe du tarse.

3° La *canthoplastie*, ainsi que la blépharotomie oblique de *Stellwag*, propres à faire disparaître le blépharospasme, peuvent s'employer pour l'entropion spasmodique. Dans les cas où il existe en même temps de l'entropion et du blépharophimosis, celui-ci doit être définitivement guéri par la canthoplastie.

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

Au lieu d'employer la suture de *Gaillard*, on peut aussi se servir de la suture recommandée par *Snellen* (ne pas confondre avec la suture de *Snellen* contre l'ectropion). *Stellwag* l'a modifiée de la manière suivante : « un ou deux fils, chacun armé aux deux bouts d'une aiguille courbe, sont enfoncés au niveau de l'endroit le plus profond du cul-de-sac conjonctival (fig. 175, C) et perforent toute l'épaisseur de la paupière, de façon qu'ils forment, au fond du cul-de-sac, une ou deux anses longues de 4—5 millimètres et parallèles au bord libre de la paupière. Alors chacune des aiguilles est réintroduite par l'ouverture de sortie jusque derrière les téguments les plus externes de la paupière (b) et entre ceux-ci et le fibrocartilage; elles sont dirigées verticalement pour émerger exactement au niveau du bord palpébral antérieur où les deux bouts de chacun des fils sont noués et serrés, autant que de besoin, sur un petit rouleau de sparadrap. »

VII. — OPÉRATION DE L'ECTROPION

§ 172. Dans l'ectropion spasmodique qui ne disparaît pas par la réduction et le bandeau, la suture de *Snellen* rend les meilleurs services. Comme la suture de *Gaillard* contre l'ectropion, celle de *Snellen* est composée de deux anses dirigées de haut en bas (de bas en haut pour la paupière supérieure), dont l'une est placée à la limite des tiers interne et moyen, l'autre à celle des tiers moyen et externe. Le point de ponction seules est différent. Il est situé, dans la suture de *Snellen*, sur le point le plus élevé de la conjonctive renversée, c'est-à-dire ordinairement près du bord postérieur du tarse (fig. 176, A, a). De ce point on pousse l'aiguille sous la peau de la paupière jusqu'à la hauteur environ du rebord orbitaire inférieur, où l'on fait la contre-ponction (b). L'autre aiguille avec l'autre bout de fil se place parallèlement à côté de la première. Alors on noue les deux bouts de fil qui pendent devant la joue, sur un rouleau de sparadrap ou de gaze iodoformée, en les serrant suffisamment pour qu'il se produise un léger degré d'entropion (fig. 176, B). On en agit de même avec l'autre fil. L'effet de l'opération dépend de ce que la partie de la conjonctive renversée et embrassée par l'anse est tirée en bas et en avant vers la peau. — Cette suture a été également employée dans l'ectropion sénile, mais alors l'effet en est le plus souvent passager.



Fig. 176. — Suture de SNELLEN contre l'ectropion. A avant que le nœud soit fait. B après que le nœud est serré.

Quant à l'ectropion paralytique, on le traite par la tarsorrhaphie. Cette opération se pratique fréquemment aussi contre l'ectropion sénile. Cependant, dans ce cas, l'opération de *Kuhnt* donne de bien meilleurs résultats. Celle-ci n'est autre qu'une modification de l'ancienne méthode d'Antyllus. Elle repose sur le fait que la paupière qui est le siège de l'ectropion est allongée et qu'elle s'applique sur le globe quand on la tend en la raccourcissant. Le raccourcissement s'obtient par l'excision d'un lambeau triangulaire dont la base est constituée par le bord palpébral, parce que c'est là que l'allongement est le plus prononcé. Pour qu'il n'y ait pas de colobome, l'excision ne doit pas intéresser toute l'épaisseur des tissus de la paupière, mais seulement les couches internes, c'est-à-dire la conjonctive et le tarse. On commence par limiter le lambeau à exciser par deux incisions qui partent du bord palpébral libre pour se diriger en arrière en convergeant à travers la conjonctive et le tarse et se réunir au bord inférieur du fibrocartilage. Alors on enlève la portion ainsi circonscrite, en pénétrant dans la ligne intermarginale entre la peau et le tarse et

en détachant entièrement le lambeau cunéiforme. Pour terminer, on ferme la plaie du côté interne de la paupière, en y appliquant, au niveau de la base de l'excision triangulaire, donc près du bord libre de la paupière, une suture qui embrasse la conjonctive et le tarse.

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

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

La méthode de Fricke est surtout indiquée lorsque la perte de substance s'étend en longueur, soit à la paupière supérieure, soit à la paupière inférieure. Pour la recouvrir, on taille un lambeau en forme de langue (fig. 177, L), dont la base se raccorde à l'une des extrémités de la perte de substance (S). Le lambeau est le plus souvent taillé dans la peau de la tempe ou de la joue et doit être proportionné à la grandeur et à la forme

de la perte de substance. Mais il ne faut pas oublier que le lambeau se rétracte non seulement immédiatement après son dégagement, mais encore par après. Pour y pourvoir, on doit lui donner en tous sens des dimensions d'un tiers supérieures à celles de la perte de substance.

Pour ne pas trop gêner la nutrition du lambeau, il faut lui donner une base suffisamment large et prendre garde que le pédicule n'en soit pas trop tordu, quand il est mis en place. Pour le même motif, l'on ne doit pas se contenter de disséquer simplement la peau ; mais on y laisse adhérer le panicle adipeux sous-cutané et les vaisseaux qui le nourrissent. Le lambeau une fois disséqué, on le place à l'endroit de la perte de substance dont les bords, préalablement dégagés et rendus mobiles, sont réunis à ceux du lambeau au moyen d'un certain nombre de sutures. La plaie, qui occupe l'endroit d'où l'on a pris le lambeau, peut être d'ordinaire rétrécie considérablement au



Fig. 177. — Blépharoplastie. — A la paupière supérieure, on a représenté la méthode de Fricke, à la paupière inférieure celle de Dieffenbach.

moyen de sutures ; le reste se cicatrise par bourgeonnement. A la base du lambeau, la torsion produit un bourrelet d'autant plus grand que cette torsion est plus prononcée. Ce bourrelet s'aplatit plus ou moins ultérieurement, de façon qu'il est moins saillant. Si néanmoins il en résultait encore une difformité, on pourrait l'exciser plus tard.

La méthode de Dieffenbach trouve son indication, lorsque la perte de substance affecte la forme d'un triangle (à base tournée vers le bord palpébral), ou quand il est aisé de lui donner cette forme (fig. 177, s). Elle convient mieux pour la paupière inférieure que pour la supérieure. Le lambeau (L) est taillé d'ordinaire du côté temporel de la perte de substance, c'est-à-dire dans la joue. Dans le prolongement de la base du triangle, on pratique une incision qui est dirigée du côté de la tempe et qui doit être un peu plus longue que la base dans la prévision que le lambeau doit se rétracter. Du point externe de cette incision (a) on en pratique une seconde, parallèle au côté externe du triangle. De cette manière, on circonscrit un lambeau quadrangulaire dont la base se trouve en bas. Ensuite on détache le lambeau et on lui imprime un léger déplacement du côté du nez. Ainsi il s'applique sur la perte de substance sur laquelle on le fixe au moyen de sutures. La perte de substance qui correspond à l'endroit où l'on a pris le lambeau doit être rétrécie autant que possible par l'application de sutures, et le reste est abandonné à la cicatrisation par bourgeonnement.

La plaie qui se produit par la reposition de la paupière atteinte d'ectro-

pion peut être également recouverte par un lambeau de peau sans pédicule; c'est ce qu'on appelle la *greffe cutanée*. Cette opération a été introduite définitivement dans la chirurgie par *Reverdin*. Avant lui, on s'était à peine livré à quelques essais isolés. D'après l'épaisseur plus ou moins grande du lambeau cutané transplanté, on distingue deux méthodes. Dans l'une d'elles on prend un lambeau très mince composé des deux couches les plus superficielles de la peau, c'est-à-dire l'épiderme, le réseau de Malpighi et les sommets des papilles (greffe épidermique). Dans le second procédé, on emploie un lambeau de peau qui comprend toute l'épaisseur du tégument cutané, et qui, coupé en petits morceaux, ou laissé entier, est transplanté sur la perte de substance (greffe dermique). En disséquant la peau à transplanter, il faut en enlever avec soin tout le panicle adipeux et emprunter le lambeau aux parties du corps qui possèdent, comme la paupière, une peau délicate. Dans ce but on choisit habituellement celle de la face interne du bras. On peut aussi prendre la peau sur d'autres individus, ou sur les parties cutanées saines d'un membre amputé. Au moyen des petits lambeaux de peau taillés *ad hoc*, on recouvre soigneusement toute la surface de la plaie fraîche, de façon que partout ils s'adaptent intimement au tissu sous-jacent, avec lequel on les maintient en contact au moyen d'un bandeau légèrement compressif. Si l'un ou l'autre des petits lambeaux n'adhérait pas, on pourrait, lorsqu'il se produit plustard un bourgeonnement, greffer à sa place un nouveau lambeau de peau.

La greffe cutanée présente, sur la formation d'un lambeau pédiculé, l'avantage de ne pas rendre plus difforme qu'elle ne l'est déjà la figure du patient, en provoquant de nouvelles cicatrices. En revanche, le résultat en est moins sûr, parce que les petits fragments de peau se gangrènent souvent. Mais, alors même qu'ils adhèrent complètement, leur rétraction ultérieure est si prononcée que l'effet de l'opération s'en trouve de nouveau diminué ou entièrement annihilé. La greffe est donc surtout indiquée pour les cas où il ne s'agit que de petites pertes de substances, où l'opération a été principalement entreprise dans un but esthétique. En outre, il faut y avoir recours lorsque, dans le voisinage de la paupière, la peau est impropre à fournir un lambeau cutané pédiculé, par exemple à cause de sa nature cicatricielle. Dans tous les autres cas où il s'agit de recouvrir de larges pertes de substance, notamment lorsqu'on opère pour combattre un lagophthalmos, l'on doit préférer, en dépit de sa plus grande gravité, la méthode du lambeau pédiculé, par la raison que le résultat en est plus certain.

VIII. — OPÉRATIONS DE LA PTOSIS

§ 173. Ces opérations se pratiquent aussi bien dans la ptosis congénitale que dans les cas invétérés de ptosis acquise, qu'on ne peut plus faire dis-

paraître par d'autres moyens. On a proposé toute une série de méthodes opératoires contre la ptosis, ce qui démontre qu'aucune d'elles ne donne des résultats absolument satisfaisants. Cela se comprend d'ailleurs, car il est impossible que, par n'importe quel procédé chirurgical, on remplace exactement les fonctions physiologiques d'un muscle. C'est pourquoi nous allons nous contenter de décrire quelques types parmi les méthodes les plus appréciées.

1° La méthode de *v. Graefe* a pour but l'excision d'un certain nombre de fibres de l'orbiculaire. A 5 millimètres au-dessus du bord palpébral et parallèlement à ce bord, on pratique une incision cutanée allant d'une extrémité de la paupière à l'autre. Ensuite on écarte l'une de l'autre les lèvres de la plaie et on excise largement les fibres de l'orbiculaire visibles au fond. Lorsque la peau est abondante, on en coupe également une bandelette. Alors on referme la plaie, en en suturant non seulement les bords cutanés, mais encore ceux de la plaie musculaire. A cet effet, on passe la suture à travers les faisceaux musculaires qui ont été maintenus dans chaque lèvre de la plaie. L'opération a un double but : d'abord d'affaiblir l'action de l'orbiculaire qui est l'antagoniste du releveur de la paupière, ensuite de raccourcir la paupière par l'ablation d'une bandelette musculaire. En définitive, l'effet de l'opération est peu prononcé, il ne faut donc l'appliquer que dans les cas tout à fait légers.

Les procédés plus récents se basent sur le fait que les personnes atteintes de ptosis peuvent, en ridant le front, relever légèrement la paupière. De cette manière, en effet, les sourcils et indirectement la paupière sont attirés vers le front. On a pensé rendre plus sensible le relèvement de la paupière en la reliant directement aux fibres du muscle frontal.

Les deux méthodes suivantes tendent à obtenir cet effet :

2° Suture de *H. Pagenstecher*. On enfonce l'une des aiguilles d'un fil doublement armé, au-dessus du sourcil, puis on la pousse sous le sourcil et sous la peau de la paupière jusque près du bord libre de cette dernière, où on la fait sortir. On fait de même passer la seconde aiguille à côté de la première. Ainsi on a établi dans la paupière une suture dont l'anse se trouve au-dessus du sourcil et dont les bouts sortent au-dessus du bord palpébral. Ici les deux bouts sont noués et serrés sur un rouleau de sparadrap. On ne doit enlever les fils que lorsque les canaux par où ils passent commencent à suppurer. De cette manière, il doit se produire des brides cicatricielles sous-cutanées qui s'étendent depuis la paupière jusqu'au muscle frontal et qui mettent ces deux organes en communication l'un avec l'autre (c'est, pour ainsi dire, donner au muscle un tendon pour relever la paupière).

3° Dans l'opération de *Panas*, on établit la réunion entre la paupière et le muscle frontal en taillant dans la peau palpébrale un pédicule que l'on

fixe à la peau du front et à la surface du muscle. La figure 178 ci-contre fait voir comment on forme le pédicule de la peau de la paupière. Le pédicule (*s*) limité par des incisions est détaché des tissus sous-jacents, de façon à le rendre bien mobile. Alors on pratique une incision horizontale (*a*) dans la peau, immédiatement au-dessus du sourcil. En partie à travers cette incision et en partie par la plaie inférieure, on détache la peau du sourcil du tissu sous-jacent, de manière à former un pont libre sous lequel on glisse le pédicule *s*, de manière que son bord supérieur vienne s'affronter à la lèvre supérieure de l'incision *a*. Pour fixer le pédicule, on le traverse d'avant en arrière par une anse de fil, puis on conduit les deux

bouts *bb* du fil à travers la lèvre supérieure de la plaie *a*. En serrant les fils, on attire le pédicule en haut et on le fixe au bord supérieur de la plaie frontale. En cas de besoin on peut placer un second fil et, pour rendre l'affrontement des bords plus exact, on peut appliquer quelques sutures à points séparés.

L'opération de *Panas* est celle qui m'a donné les meilleurs résultats. La description que je viens d'en donner s'écarte par quelques détails insignifiants de celle qu'en donne *Panas* lui-même. Il peut arriver

qu'en relevant le pédicule il se déclare un ectropion. Dans ce cas, de chaque côté des premiers fils, on en place un autre, qui en haut passe, comme les premiers, à travers le bord supérieur de la plaie frontale, mais qui en bas n'embrasse pas la peau du pédicule, mais seulement les parties profondes (la membrane tarso-orbitaire). Par ce procédé, l'ectropion ne se produit plus. — Dans cette opération, il n'y a pas de perte de peau. Si l'on voit donc qu'en relevant le pédicule le raccourcissement de la paupière est trop prononcé, on redescend un peu le pédicule et on le fixe en un point moins élevé.

La méthode opératoire indiquée par *Eeersbusch* est destinée aux cas où les fonctions du releveur ne sont qu'affaiblies et non complètement abolies. Elle consiste à avancer le tendon du releveur, afin de mettre ce muscle dans de meilleures conditions de fonctionnement. Dans ce but, on pratique, à peu près au milieu de la distance qui sépare le bord de la paupière du sourcil, une incision horizontale s'étendant d'une extrémité de la paupière à l'autre. Par cette incision on dissèque la peau et les fibres de l'orbiculaire, de manière à pouvoir les déplacer de côté et mettre à nu le tarse, ainsi que le tendon du releveur. Alors dans ce dernier on passe une suture à anse dont on conduit les deux bouts entre le tarse et la peau de la paupière pour les faire sortir au niveau du liseré intermarginal. En liant et en serrant les fils à cet endroit, on attire en bas le tendon du releveur par l'intermédiaire de l'anse qu'on y a placée. On doit appliquer trois sutures semblables, une au milieu et une de chaque côté.

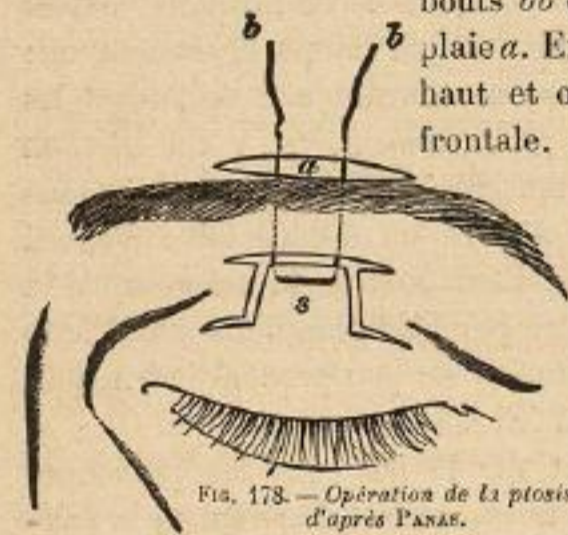


FIG. 178. — Opération de la ptosis d'après Panas.

TABLE ALPHABÉTIQUE

- A**
Abaissement de la cataracte 771.
Abcès de la cornée 145, 170, de la paupière 50, de l'orbite 644, sec 176.
Abduction 582, 592.
Ablation du sol ciliaire 791, 793.
Ablépharie 562.
Abrasion de la cornée 212.
Accommodation 675, amplitude 681, 684, anomalies 727, paralysie 727, parcours 681, 682, 684, relative 685, spasme 760, 731, modifications de l'accommodation suivant l'âge 688.
Acné 109, 535, 537.
Acuité visuelle 672.
Adaptation de la rétine 32.
Adduction 582, 592.
Albinisme 13, 18, 263, 273, 365.
Albuminurie 128, 422, 448, 430, 453, 483, 524.
Alcoolisme 488, 497, 619.
Amaurose 493, urémique 454.
Amblyopie 493, alcoolique 488, congénitale 494, hystérique 499, nicotinique 487, par anopsie 494.
Amétropie 691.
Amyloïde (Dégénérescence de la conjonctive), 411.
Anémie 17, 316, 529, après hémorragie 483, pernicieuse 450.
Anesthésie 735.
Anévrysme 485, artérioso-veineux de l'orbite 656.
Angine 486.
Angiome de la conjonctive 133, de l'orbite 654, des paupières 559.
Angle du strabisme 606, 622, 632, visuel 672.
Aniridie 331, 342.
Anisocorie 290, 338.
Anisométrie 725.
Ankyloblépharon 546, 798.
Anomalies congénitales: anisométrie 725, astigmatisme 717, 721, choroiide 362, conjonctive 130, 132, cornée 215, 232, 380, corps vitré 440, cristallin, 342, 407, 408, 421, 424, 433, hypermétropie 713, 715, 716, iris 265, 341, muscles 553, 555, 619, 621, myopie 699, nerf optique 363, orbite 653, 655, 656, paupières 539, 550, 553, 560, rétine 449, 462, sclérotique 233, voies lacrymales 366, uvée 273, 379.
Anophthalmus 364.
Antisepsie 734.
Aphakie 428, 709.
Aplatissement de la cornée 158, 209, 753.
Appui-tête 705.
Aquocapsulite 306.
Arc sénile de la cornée 136, 215, du cristallin 418.
Argyrose 50.
Artère hyaloïde 295, persistante 440.
Arthrite 235, 316.
Artificiel (Œil) 787, 789.
Aspiration de la cataracte, voir succion.
Asthénopie accommodative 713, hystérique 500, musculaire 602, nerveuse 500.
Astigmatisme irrégulier 721, régulier, 717, 722.
Athéromasie des vaisseaux sanguins 376, 425.
Athéromateux (Ulcères) 168, 215.
 — (Kystes) 559.
Atonie du sac lacrymal 569.
Atrophie du globe oculaire 314, 318, 356.
Atropine 285, 291, 324, 329, 373.
Atropinique (Cataracte) 89, 291.
Avancement d'un muscle moteur de l'œil 779, 781, du releveur de la paupière 809, de la capsule de Ténon 783.
Aveugle (Tache) de Mariotte, 28.
- B**
Bandlette (Kératite en) 97, 166.
Basedow (Maladie de) 17, 549, 650.
Binoculaire (Vision) 586, 596.
Blennorrhée, voir conjonctive et sac lacrymal.
Blépharite 526.
Blépharophimosie 546.
Blépharoplastie 804.
Blépharospasme 105, 551, 552, 708.
Blépharostat 735.
Blépharotomie 798.
Blessures de la conjonctive 112, de la cornée 204, de l'iris 330, de l'œil 649, de l'orbite 647, des paupières 556, de la sclérotique 239.
Bronchite 186.
Bubon préauriculaire 64.
Bulbaires (Paralysies) 619.
Buphtalmus 379.
- C**
Calomel 101, 104.