

6 millimètres. Puis on exerce en haut et en bas une traction verticale, on réunit alors la conjonctive aux bords de la peau limitant l'incision.

Procédé de Richet. — On fait à la peau de la commissure deux incisions qui se réunissent à angle aigu et l'on enlève le lambeau cutané triangulaire dont le sommet est en dehors et la base à la commissure. Cela fait, on incise linéairement la conjonctive dans l'étendue où elle est mise à découvert et on suture sur les deux lèvres de la plaie les lambeaux de conjonctive avec la peau de manière à border la peau avec la muqueuse et à empêcher l'adhérence ultérieure des deux bords de l'incision. J'ai mis plusieurs

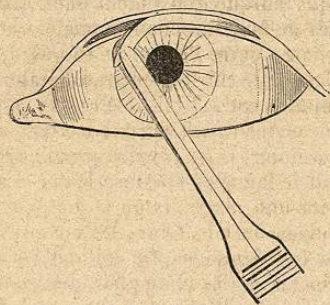


FIG. 383.
Procédé de L. Le Fort.

fois en usage ces deux procédés plus théoriques que pratiques, et je n'ai pas eu à m'en louer beaucoup, car une fois la peau incisée la conjonctive se rétracte et l'on n'a plus qu'une surface cruentée dans laquelle on ne peut tailler deux lambeaux conjonctivaux. Si théoriquement le procédé de Richet paraît très avantageux, pratiquement il est inférieur à celui de Pagenstecher.

VI. EXCISION DU BORD PALPÉBRAL (Schreger). — Le bord malade de la paupière étant saisi et renversé, l'opération, fort simple, consiste à enlever par une incision en V la portion du bord palpébral contenant les bulbes des cils déviés, et à réunir la plaie par suture; ou même, au besoin, à retrancher avec des ciseaux courbes, dans un lambeau semi-elliptique, toute la portion altérée avec les cils qu'elle contient.

Appréciation. — Il faut tenir compte de l'étendue du trichiasis, s'il n'y a que quelques cils déviés le mieux est de les détruire; mes procédés par électrolyse ou par excision, mais surtout le premier remplissent parfaitement l'indication. Si la déviation porte sur la plus grande partie des cils, on ne saurait les détruire sans défigurer le malade, les procédés de Arlt et de Panas qui recherchent le redressement par déplacement du bord ciliaire sont applicables. L'agrandissement de la fente palpébrale ne peut convenir que s'il y a en même temps ectropion.

V. — De l'Ectropion.

L'ectropion provient de deux causes très différentes: ou bien la conjonctive est tuméfiée, boursoufflée; ou bien la peau extérieure est raccourcie par une cicatrice. Ajoutez que dans l'ectropion invétéré le bord palpébral et le cartilage tarse finissent par acquérir un excès de longueur nuisible.

De nombreux procédés ont été dirigés contre l'ectropion. Ils se rattachent tous à quatre idées ou méthodes générales, qui sont:

- 1° Le raccourcissement de la conjonctive;
- 2° L'allongement de la peau;
- 3° Le redressement du cartilage;
- 4° Le raccourcissement du cartilage tarse et du bord palpébral.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Raccourcissement de la conjonctive.* — On y arrive par deux procédés: la cautérisation et l'excision.

1° *Cautérisation de la conjonctive.* — Celse recommande le cautère actuel; Guthrie s'est servi de l'acide sulfurique; d'autres du nitrate acide de mercure. Le nitrate d'argent est préféré comme moins périlleux, mais il est aussi moins efficace; et quand la conjonctive doit subir une perte de substance un peu étendue, le plus sûr est de recourir à l'excision.

2° *Excision de la conjonctive.* — Antyllus soulevait le bourrelet avec une anse de fil passée au travers, et l'excisait avec le scalpel. On préfère généralement les ciseaux.

Le malade étant assis, la tête inclinée en arrière, le chirurgien saisit la paupière renversée avec l'index et le pouce de la main gauche, fait saillir au dehors la conjonctive autant que possible, et avec des ciseaux courbes sur le plat il enlève complètement

toute la partie fongueuse, en ayant soin de diriger son incision parallèlement au bord libre de la paupière.

Si pourtant la conjonctive ne peut être aisément embrassée par les ciseaux, on la saisit avec une pince ou une double érigne; on l'élève autant que possible, et avec un petit bistouri à tranchant convexe on l'incise assez profondément le long du cartilage tarse, en évitant les points lacrymaux. On soulève ensuite avec une pince le lambeau supérieur qu'on veut enlever, et on le détache avec le bistouri de la face interne de la paupière jusqu'au point où la conjonctive se replie sur le globe oculaire. Alors on résèque le lambeau à sa base avec des ciseaux.

DEUXIÈME MÉTHODE. Allongement des téguments. — On a cherché à atteindre ce but de trois manières : ou bien en attirant simplement les paupières l'une contre l'autre à l'aide d'emplâtres agglutinatifs (Fabrice d'Acquapendente); ou bien en faisant aux téguments une incision transversale, dont on tâche de maintenir les bords écartés par divers procédés; ou bien enfin en remplaçant la portion absente des téguments par un lambeau pris ailleurs, c'est-à-dire par la *blépharoplastie*.

Les bandelettes agglutinatives sont un moyen fort innocent, mais fort peu efficace; la blépharoplastie au contraire va droit au but, et manque rarement de l'atteindre, mais comme elle s'applique aussi à d'autres affections, nous en traiterons dans un article spécial. Il ne sera donc question ici que de l'incision et de ses divers procédés.

Celse recommande pour la paupière inférieure une incision courbe à concavité inférieure. Les modernes, n'en comprenant pas le but, ont fait l'incision courbe à concavité supérieure, ou tout simplement transversale. Au reste, cette incision doit se faire au-dessous du cartilage tarse, diviser les téguments jusqu'au muscle orbiculaire; après quoi, selon le procédé des anciens, on en écarte les bords et on la panse à plat pour obtenir une cicatrice large et étalée. Bien qu'on dise en avoir vu quelquefois de bons résultats, le plus souvent au moins il faut s'attendre que la cicatrice restera linéaire et que le but sera manqué. Tout au plus pourrait-on essayer cette incision cutanée comme addition à l'excision de la conjonctive.

Bonnet (de Lyon) a cherché à réunir en long cette incision faite en travers, ce qui allongerait en effet la paupière.

Procédé de Bonnet. — Une incision transversale pratiquée à la peau, on soulève avec une pince le bord libre de la paupière, ce

qui, en écartant les lèvres de l'incision, donne à celle-ci une forme losangique; et l'on réunit par la suture les bords interne et externe du losange (fig. 384-385). La paupière est alors rétrécie en travers, et Bonnet a vu même ce rétrécissement déterminer un plissement du bord palpébral, si bien qu'il lui a fallu aviver l'intérieur de ce pli, et le réunir par de nouveaux points de suture. Il pense aussi que, si l'ectropion était considérable, il serait nécessaire de faire deux incisions et deux sutures sur la même paupière.

D'autres avaient proposé de circonscire un lambeau losangique à grand diamètre vertical, pour en rapprocher les bords

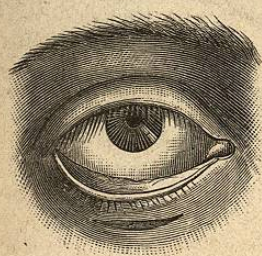


FIG. 384.

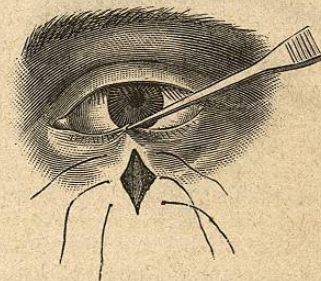


FIG. 385.

Procédé de Bonnet.

dans le même sens. Ce serait une nouvelle perte de substance de la peau, et il n'y aurait d'avantage que dans le cas bien rare où toute la cicatrice qui détermine l'ectropion serait comprise dans le losange. La simple incision de Bonnet, plus rationnelle en apparence, n'est elle-même applicable qu'à des cas tout à fait exceptionnels. Pour peu que la suture réunisse des bords écartés, les fils coupent les chairs.

Procédé de Dieffenbach. — Dans le cas où l'ectropion est causé par une cicatrice ou par une dégénérescence de la peau, et s'il faut faire subir aux téguments une perte de substance, Dieffenbach enlève les parties malades par trois incisions formant un triangle ABC, dont la base est parallèle à la paupière (fig. 386). Puis il prolonge par deux incisions obliques en bas, BE — AD, la base du triangle; dissèque les deux petits lambeaux latéraux, afin de réunir sur la ligne médiane les incisions AC et BC. Les

bords des incisions obliques BE, AD, devenues horizontales, sont réunis à la paupière redressée (fig. 387).

Procédé de Sanson. — On pratique deux incisions en V circonscrivant un lambeau qu'on dissèque sur ses bords. La paupière est alors tirée en haut et replacée dans sa position normale. Le lambeau ainsi remonté est rattaché par des points de suture à la peau voisine; après quoi on réunit linéairement les deux bords opposés du V cruenté, laissé à découvert par l'ascen-

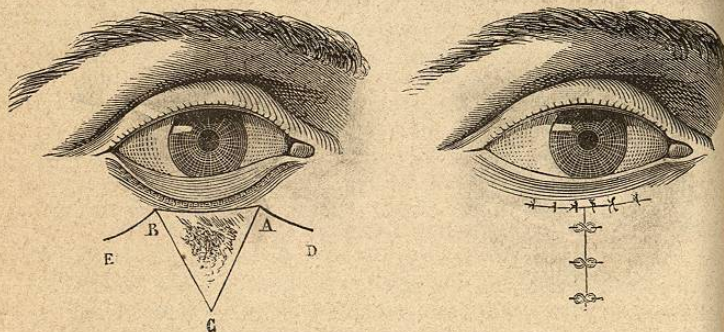


FIG. 386.

FIG. 387.

Procédé de Dieffenbach.

sion de la peau (fig. 388), et l'incision en V prend la figure d'un Y (fig. 389).

Procédé de Von Græfe. — Une incision horizontale est faite sur le bord libre depuis le point lacrymal jusqu'à l'angle externe. Des extrémités de cette ligne on descend verticalement sur la joue deux incisions qui circonscrivent un lambeau quadrangulaire (fig. 390), qu'on dissèque un peu plus bas même que le point où arrivent les incisions verticales. On pratique ensuite sur la partie de ce lambeau qui correspond à l'angle interne de l'œil une incision angulaire BB, et l'on enlève toute la partie de l'angle interne de la paupière (DC) comprise entre cette incision coudée BB et l'incision verticale interne. On suture le point B du bord libre au point D du grand angle, puis successivement

toute l'étendue des bords DC, BB, et l'on arrive ainsi à diminuer le bord libre de la paupière, en même temps qu'on le relève.

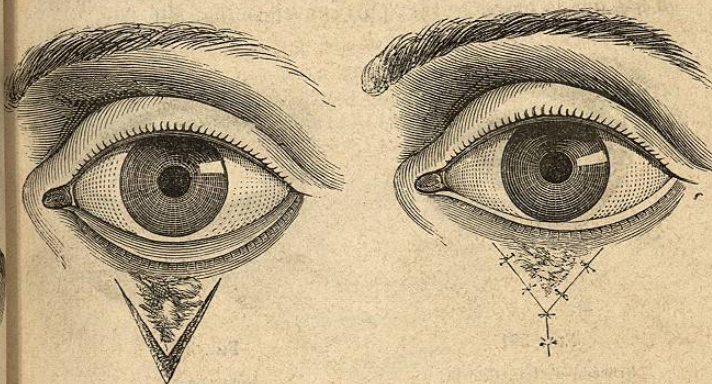


FIG. 388.

Procédé de Sanson attribué à Warton Jones.

FIG. 389.

Même procédé.

Procédé d'Alph. Guérin. — On fait à la paupière quatre incisions, deux à deux, formant deux V à base supérieure ABC-ABD. On dissèque les deux lambeaux, puis on relève la paupière. On

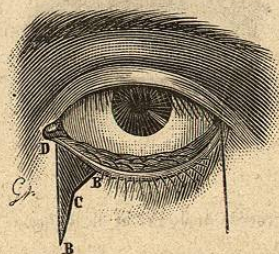


FIG. 390.

Procédé de Von Græfe.

laisse ainsi en bas deux surfaces triangulaires cruentées qui se cicatriseront isolément, séparées par un triangle de peau saine. Des lambeaux étant relevés par le redressement de la paupière,

on suture les bords correspondants A'B', et l'on obtient ainsi l'effet cherché. L'écartement des incisions moyennes AB variera avec l'étendue de l'ectropion, elles seront d'autant plus écartées en bas que la paupière sera plus renversée (fig. 391, 392).

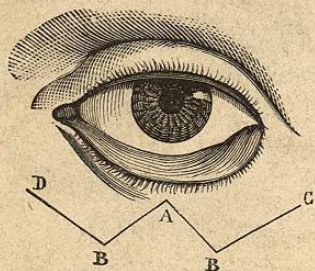


FIG. 391.

Procédé d'Alph. Guérin.

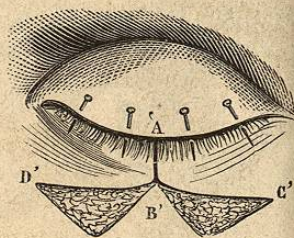


FIG. 392.

Même procédé.

Procédé de Jøger et de Richet. — On pratique sur la paupière inférieure une incision curviligne (A, fig. 393) parallèle au bord renversé; on dissèque un peu la peau dans sa profondeur, afin de pouvoir redresser la paupière dont on avive le bord libre qu'on réunit par suture au bord libre de la paupière

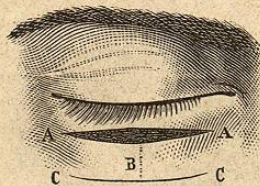


FIG. 393.

Procédé de Jøger et de Richet.

supérieure également avivé. L'ascension de la paupière laisse à découvert une surface cruentée (ABA) qu'il s'agit de combler (fig. 393). Dans ce but, on pratique à quelques millimètres plus bas une seconde incision (CC) parallèle à la première, circonscrivant ainsi un lambeau quadrilatère qu'on dissèque par toute sa face profonde. On remonte ce pont de téguments, de façon à

ce que son bord supérieur arrive au contact du bord supérieur de la première incision et couvre toute la surface cruentée. Comme ce lambeau serait trop long, on le coupe par le milieu (B), et l'on retranche la peau excédante. En recouvrant avec ce lambeau la partie cruentée laissée à découvert par l'ascension de la paupière, on laisse au-dessous de lui une surface semblable qu'il faut recouvrir pour éviter une cicatrice difforme et rétractile. On pratique donc une nouvelle incision en V, on en

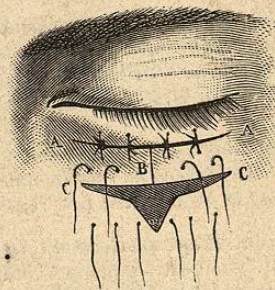


FIG. 394.

Procédé de Jøger et de Richet.

lève le lambeau qu'elle circonscrit (fig. 394), et par le rapprochement au moyen de la suture des bords du V on redresse et l'on relève les bords curvilignes de l'incision horizontale, qui à leur tour sont suturés avec le bord inférieur du lambeau quadrilatère. Ce procédé, sauf la suture des paupières, que l'on doit à Mirault d'Angers, a été imaginé et pratiqué par Fred. Jøger, et a été décrit par Dreyer en 1831.

TROISIÈME MÉTHODE. Redressement du cartilage tarse. — Elle ne comprend qu'un procédé unique, celui de Dieffenbach.

Procédé de Dieffenbach. — Avec un bistouri droit à lame étroite, on commence par faire aux téguments, à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur de l'orbite, et parallèlement à ce bord, une incision semi-lunaire qui ait en étendue environ les deux tiers de la longueur de la paupière, et qui en occupe parfaitement le milieu. Quand l'incision a complètement divisé la peau, on détache celle-ci inférieurement du cartilage

tarse dans une certaine étendue; et dans le point où l'on arrête cette dissection on divise le muscle orbiculaire et la conjonctive parallèlement à l'incision cutanée et dans la même longueur. On attire alors avec des pinces le bord supérieur de la plaie de la conjonctive, avec le tarse qui adhère à cette membrane, dans la plaie des téguments; et après avoir retranché une petite portion de cette muqueuse, on rapproche les lèvres de la plaie extérieure, ayant entre elles la conjonctive et le cartilage tarse. La réunion doit s'en faire avec des épingles à insectes et par la suture entortillée.

Les épingles peuvent s'enlever du troisième au sixième jour; après quoi l'on excise encore un léger lambeau de la conjonctive, tant pour rendre toutes les surfaces saignantes et faciliter la réunion, que pour ne rien laisser qui dépasse le niveau commun des téguments.

Ce procédé est fort ingénieux sans doute; mais la conjonctive comprise entre les deux lèvres de l'incision ne peut guère y contracter d'adhérences, et au total il a peu réussi.

QUATRIÈME MÉTHODE. *Raccourcissement du cartilage tarse et du bord palpébral.* — Cette méthode comprend divers procédés, selon qu'on excise la muqueuse et le cartilage tarse sans entamer la peau de la paupière; ou qu'on excise une portion du bord palpébral dans toute son épaisseur; ou que l'excision se fasse en dehors de la paupière; ou enfin qu'elle porte sur les deux bords palpébraux à la fois.

1° *Excision du cartilage tarse.* — Antyllus en excisait un lambeau en V, en y comprenant la conjonctive et laissant seulement les téguments intacts; puis il réunissait les deux branches du V par la suture.

Weller s'y est pris autrement. Après l'excision ordinaire de la conjonctive à l'aide d'un bistouri, il fait au milieu de la paupière une résection d'une portion du cartilage tarse de la longueur d'environ 4 millimètres, en ayant soin de ne pas intéresser l'arête externe du bord de la paupière. La guérison a suivi dans tous les cas; il n'en résulte qu'un petit sillon du bord palpébral dans le lieu de l'excision.

2° *Excision du bord palpébral.* — Ce procédé revient encore à Antyllus; W. Adams l'a remis en honneur en 1812.

Procédé de W. Adams. — On coupe avec les ciseaux droits un lambeau en V dans toute l'épaisseur de la paupière, à 6 mil-

limètres de distance de la commissure externe. La base du triangle est au bord libre de la paupière et ne doit pas avoir plus de 5 à 6 millimètres de largeur; le sommet regarde le globe oculaire; les côtés peuvent avoir jusqu'à 12 millimètres de long; toutefois leur longueur dépend de l'étendue de l'ectropion, et Velpeau regarde comme inutile de les prolonger au delà du cartilage tarse. Les deux bords de la plaie sont réunis exactement par un point de suture.

Le procédé d'Adams a été appliqué avec succès par plusieurs chirurgiens; toutefois on lui reproche de laisser parfois une petite encochure sur le bord palpébral. Dieffenbach avait d'abord tenté d'éviter cette encochure en donnant une forme concave aux deux bords du V, mais ensuite il a été mieux inspiré en imaginant le procédé suivant.

3° *Excision extra-palpébrale. Procédé de Dieffenbach.* — Il prolonge par une incision horizontale la commissure externe des

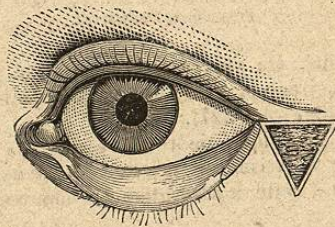


FIG. 395.

Procédé de Dieffenbach.

paupières, puis découpe un lambeau en V à pointe inférieure (fig. 395). Le lambeau enlevé, il rapproche la paupière du bord externe de l'incision et l'y réunit par suture. La portion la plus externe du bord palpébral répond ainsi au bord supérieur de l'incision horizontale; après un avivement convenable, on les réunit de même par suture, en sorte que la paupière conserve un bord libre de l'étendue convenable, qui ne se trouve interrompu par aucune cicatrice.

Toutefois, si ingénieux que soit ce procédé, on peut craindre que le bord palpébral réséqué soit peu propre à une réunion

rapide et ne conserve peut-être quelques bulbes de cils. Desmarres nous paraît arriver au même but à moins de frais.

Procédé de Desmarres. — Il prolonge la commissure palpébrale externe par une incision presque horizontale AC, un peu inclinée cependant en bas et en dehors; à l'extrémité externe de cette incision va s'en aboucher une autre CB qui tombe d'autre part sur le bord palpébral, comprenant ainsi un triangle dont la base est formée par une portion du bord palpébral aussi étendue qu'il est nécessaire (fig. 396). Deux autres incisions partant des précédentes divisent la muqueuse en V jusqu'au point où elle se

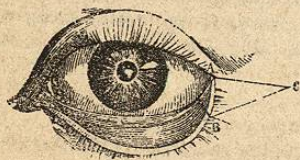


FIG. 396.

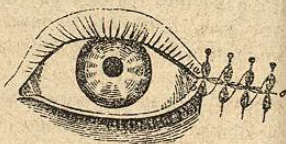


FIG. 397.

Procédé de Desmarres.

replie sur le globe. On enlève le lambeau de muqueuse et de téguments ainsi circonscrit, et l'on réunit la plaie extérieure par la suture entortillée (fig. 397).

Ces procédés s'appliqueraient au besoin à la paupière supérieure; Walther a excisé une portion des deux paupières à la fois, en donnant à cette modification le nom ambitieux de *tar-soraphie*.

4° *Excision des deux bords palpébraux. Procédé de Walther.* — Un individu avait à la tempe gauche une cicatrice avec perte de substance qui tirait en dehors la commissure palpébrale et lui imprimait une forme ronde et irrégulière; les paupières étaient recourbées en dehors et la conjonctive enflammée. Walther comprit la cicatrice entre deux incisions réunies vers la tempe, et qui comprenaient le tiers externe du cartilage tarse de chaque paupière. Deux points de suture réunirent la plaie, et le double ectropion fut complètement guéri.

SUTURE DES PAUPIÈRES. — Mirault (d'Angers) paraît avoir eu le premier l'idée ingénieuse de tenir les paupières tendues pendant tout le temps nécessaire pour avoir une cicatrice largement étalée.

Procédé de Mirault (d'Angers). — Il l'appliqua d'abord à un ectropion double, consécutif à une brûlure; la paupière supérieure se confondait en haut avec le sourcil, l'inférieure en bas avec la joue. Il excisa les deux bourrelets de la conjonctive; puis, par deux incisions courbes, sépara les paupières du sourcil et de la joue, et, détruisant les adhérences, les ramena dans leur position naturelle; enfin il les réunit ensemble, bord contre bord, par deux points de suture entortillée, qui affrontaient les surfaces excisées de la conjonctive. L'une des épingles tomba le troisième jour, l'autre fut enlevée le cinquième; les deux paupières étaient soudées dans la plus grande partie de leur étendue. Les choses furent laissées en cet état pendant un an; alors les adhérences furent divisées. La paupière supérieure avait repris sa forme et ses dimensions naturelles; l'inférieure était seulement un peu abaissée et écartée, ce qui ne l'empêchait pas de se rapprocher jusqu'au contact de l'autre. Huit ans après le résultat se maintenait encore d'une manière complète.

Mirault a traité de même un ectropion par brûlure de la paupière inférieure, seulement en réunissant les paupières par leur face cutanée; le succès fut presque aussi complet.

Maisonneuve a modifié le procédé en avivant le bord libre des deux paupières, et Huguier a ajouté la précaution de ménager dans cet avivement les cils et le cartilage tarse.

Le plus grave inconvénient de ce procédé est le long temps qu'il faut attendre avant de détruire l'union des paupières. Mirault a attendu un an dans son premier cas, treize mois dans le second; encore dans celui-ci l'ectropion s'est-il reproduit en partie. On évitera cette cause d'insuccès en attendant avec patience que la cicatrice ait perdu sa tendance à la rétraction. Un an, et plus, est nécessaire quand la perte de substance est un peu notable. Toutefois il sera prudent de ne pas appliquer ce procédé à des cicatrices trop étendues et surtout trop profondes. La suture des paupières n'est alors pratiquée que comme un adjuvant des opérations dont quelques-unes, ainsi qu'on vient de le voir, sont de véritables autoplasties; dans ce cas la libération des paupières peut être effectuée beaucoup plus tôt.

VI. — Blépharoplastie.

Un certain nombre des procédés que nous venons de décrire pour remédier aux inconvénients résultant d'un ectropion sont