

que l'on doit extirper, parce qu'ils sont douloureux ou parce qu'ils menacent de provoquer une ophtalmie sympathique. Mais elle n'a pas donné tous les résultats qu'on en attendait. Plusieurs fois on a vu éclater l'ophtalmie sympathique après qu'on l'avait pratiquée, ce qui fait que, lorsqu'on redoute cette dernière, seule l'énucléation est indiquée. De plus, les douleurs réapparaissent parfois. Ajoutons que cette opération est plus difficile à exécuter que l'énucléation et que la durée de la guérison en est considérablement plus longue. Elle est donc indiquée seulement lorsqu'il n'y a pas de danger d'ophtalmie sympathique, par exemple dans le glaucome absolu, et quand le patient ne se résout qu'à regret à l'énucléation.

Lorsqu'on doit extirper une tumeur rétrobulbaire, le globe oculaire se trouve dans le chemin et empêche de pénétrer dans le fond de l'orbite. Si pourtant on désire ne pas sacrifier l'œil, on se trouve devant deux moyens. Lorsqu'une forte exophtalmie existe depuis un certain temps, les muscles oculaires et le nerf optique sont distendus. Alors il est d'ordinaire facile, après la section de la conjonctive du côté temporal et du droit externe, de reporter l'œil suffisamment vers le nez, pour atteindre les tissus profonds entre la paroi temporale de l'orbite et l'œil. Si l'œil n'est pas assez mobile, on se crée une voie de pénétration par la *résection temporaire de la paroi externe de l'orbite* (Wagner, Krönlein). On sectionne la peau verticalement au rebord orbitaire externe. Ensuite, après avoir détaché le périoste, on délimite par deux incisions la partie à réséquer de la paroi osseuse de l'orbite. Ces incisions partent du bord externe de l'orbite, l'une de sa partie supérieure, l'autre de sa limite inférieure, juste au-dessus de l'origine de l'arcade zygomatique. Elles se dirigent en arrière en convergeant et se terminent à la fente sphéno-maxillaire. Le triangle osseux ainsi délimité est renversé en dehors et ainsi les parties profondes de l'orbite sont accessibles.

Il ne faut pas pousser trop loin le désir de garder l'œil. Si, à la suite d'une extirpation très étendue, le globe oculaire doit être dénudé, il se perd ultérieurement par suppuration. Quand on a enlevé tout le tissu rétrobulbaire, l'œil s'enfoncerait dans l'orbite, y serait fixé par du tissu cicatriciel et deviendrait inutile. Dans ces cas, il est préférable de sacrifier l'œil d'emblée même s'il est normal, parce que cela rend plus facile et plus complète l'extirpation du néoplasme. Alors on enlève en une fois l'œil et les tissus rétrobulbaires : *exentération de l'orbite*. On fend la commissure palpébrale externe jusqu'au delà du bord orbitaire. De cette manière, les paupières sont mobilisées, et il est possible de les renverser en haut et en bas, pour donner autant que possible un accès facile dans l'orbite. Alors, derrière les paupières renversées, on sectionne au moyen du scalpel les parties molles jusqu'au rebord orbitaire osseux. A partir de ce point jusqu'au sommet de l'orbite, on décolle circulairement le périoste. Lorsque ce décollement est achevé, tout le contenu orbitaire, sous forme d'un cône, est libre dans la cavité de l'orbite, sauf au niveau du trou optique, où il adhère encore par l'intermédiaire du nerf optique et de l'artère ophtalmique. Le pédicule est sectionné

et la plaie saignante brûlée au thermo-cautère ou au galvano-cautère, parce que la ligature de l'artère ophtalmique est matériellement impossible. Ensuite on détache de l'os les lambeaux des tissus qui y adhèrent encore, de façon à le dénuder complètement. Enfin, après avoir convenablement lavé l'orbite au moyen d'un liquide désinfectant, on le tamponne avec de la gaze iodoformée et on applique un bandeau légèrement compressif.

III. — OPÉRATIONS DU TRICHIASIS.

§ 168. — Le nombre des opérations qui ont été proposées pour guérir le trichiasis (et le distichiasis) est extraordinairement considérable. Cependant, la plupart des procédés employés ne diffèrent que par quelques détails insignifiants, de manière qu'il suffit d'en décrire un petit nombre qui constituent des types fondamentaux. — Le but d'une bonne opération du trichiasis doit être de replacer les cils en bonne position et d'empêcher une récurrence. Toutes choses égales d'ailleurs, on donne la préférence à la méthode qui réalise ces desiderata, tout en occasionnant le moins de difformité possible. Le procédé qui doit nous venir en premier lieu à l'idée, c'est d'enlever simplement (excision du sol ciliaire) la partie de la paupière qui porte les cils. Mais, comme les résultats de cette méthode opératoire laissent beaucoup à désirer, on l'a modifiée en ce sens qu'au lieu d'exciser le sol ciliaire on l'a déplacé de manière à donner aux cils la direction voulue (transplantation du sol ciliaire). Par ces méthodes, on fait disparaître la déviation, sans en détruire la cause, c'est-à-dire l'incurvation du tarse. On songea donc aussi à guérir le trichiasis en rendant au tarse incurvé sa direction normale (redressement du tarse). La plupart des opérations de trichiasis connues reposent sur l'un ou l'autre de ces principes.

1° *Ablation* du sol ciliaire d'après Flarer. — Pendant l'opération, l'on doit donner à la paupière un appui solide sur lequel on puisse couper. Dans ce but, on emploie une plaque en corne que l'on glisse sous la paupière; ce sera la simple plaque en corne de Jäger (fig. 316, 18) ou le blépharostat plus compliqué de Knapp (fig. 326, 16) par lequel la paupière est comprimée contre une plaque de corne au moyen d'un anneau métallique. Dans toutes les méthodes de l'opération du trichiasis, la paupière doit être fixée de la même manière.

Après avoir placé la plaque, on enfonce un couteau lancéolaire (ou un scalpel) dans le liséré intermarginal, au niveau de la ligne grise qui sépare les orifices des glandes de Meibomius des racines des cils (fig. 230, 1). Lorsqu'on enfonce le couteau à cet endroit, on pénètre dans le tissu conjonctif lâche qui se trouve entre le tarse et les fibres musculaires de

l'orbiculaire et qui se laisse aisément diviser. De cette façon, on dédouble la paupière en deux feuillets, dont l'antérieur est formé par la peau et les cils, et dont le postérieur contient le tarse et la conjonctive. Ce dédoublement doit aller jusqu'au delà des racines des cils, c'est-à-dire jusqu'à une distance de 3 millimètres environ du bord palpébral libre, et cela sur toute la longueur de ce bord. Quand tout le champ d'implantation des bulbes pileux est ainsi détaché des tissus sous-jacents, on n'a plus qu'à inciser ses attaches à la peau de la paupière. Dans ce but, on coupe la peau par une incision située à la limite du champ d'implantation des bulbes pileux et qui court parallèlement au bord palpébral. A ce moment le sol ciliaire n'est plus attaché à la peau de la paupière que par ses deux bouts. Il suffit de couper ceux-ci au moyen de ciseaux, pour détacher entièrement le lambeau (le lambeau *a* circonscrit par la ligne pointillée dans la figure 332). Il existe alors, le long du bord palpébral, une surface dénudée, dont le fond est constitué par le tarse mis à découvert. Au bout de quelques jours, cette plaie se cicatrise par bourgeonnement.

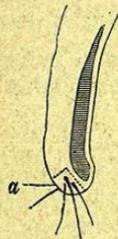


FIG. 332. — Ablation du sol ciliaire, d'après FLARER. GROSS. 2/1.

L'ablation du sol ciliaire possède l'avantage de la simplicité, et, quand on enlève tout, on rend toute récurrence impossible. En revanche, elle produit une difformité permanente, à cause de la disparition des cils, et prive l'œil de la protection que ceux-ci lui procurent. Ce fait a notamment de l'importance pour la paupière supérieure, où les cils sont plus nombreux et plus forts. De plus, la cicatrice calleuse qui remplace le champ d'implantation des bulbes pileux détruits devient souvent la cause d'une nouvelle irritation. C'est pourquoi l'opération de Flarer n'est plus guère pratiquée aujourd'hui. On y a recours pour la paupière inférieure où les cils sont d'ailleurs petits et peu nombreux, notamment quand il s'agit d'un trichiasis partiel où il suffit d'enlever un court lambeau

2° *Transplantation du sol ciliaire d'après Jæsche-Arlt.* — Pour faire cette opération à la paupière supérieure, comme pour l'opération précédente, on commence par inciser le liséré intermarginal, de façon à diviser la paupière en deux feuillets jusqu'aux limites du champ d'implantation des cils (fig. 333, *A, m*). De cette manière, celui-ci est séparé du tissu sous-jacent et rendu mobile. Ensuite, pour pouvoir le faire glisser en haut et l'y fixer, on raccourcit la peau de la paupière dans la direction verticale en en excisant un pli. Pour bien déterminer la hauteur à donner au pli, on le limite par deux incisions. La première court à 3-4 millimètres au-dessus du bord libre de la paupière et parallèlement à lui. La seconde incision affecte la forme d'un arc au-dessus de la pre-

mière, de façon que c'est au milieu qu'elles s'écartent de plus l'une de l'autre (environ 6 à 8 millimètres), tandis qu'elles se réunissent par leurs extrémités. De cette manière, on excise un lambeau cutané elliptique, que l'on détache du tissu sous-jacent au moyen de ciseaux, tout en ménageant les fibres musculaires sur lesquelles il repose. Quand ensuite on réunit les deux lèvres de la plaie au moyen d'un certain nombre de sutures placées dans la direction verticale (fig. 333, *B, s*), la lèvre inférieure de la plaie avec les bulbes pileux est fortement attirée en haut et, de cette manière, les cils se redressent. Par suite de cette manœuvre,

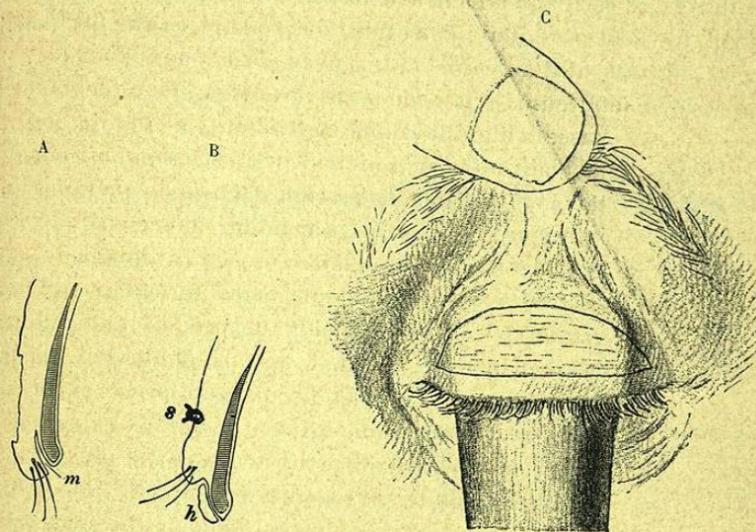


FIG. 333. — Transplantation du sol ciliaire, d'après JÆSCHE-ARLT. GROSS. 2/1. — A, Excision de la peau et incision au liséré intermarginal *m*; B, après qu'on a noué les sutures *s* et greffé le fragment de peau *h*; C, vue de face, après excision de la peau, la plaque de corne en place (grand. nature).

l'incision du liséré intermarginal s'entre-bâille et laisse voir la face antérieure du tarse au fond de la plaie. Ensuite, afin que le champ d'implantation des bulbes pileux ne soit pas à nouveau attiré en bas par la cicatrisation, on applique dans la plaie, pour qu'il s'y greffe, le lambeau de la peau excisée. Mais, avant d'y placer le lambeau, il faut lui donner une forme telle qu'il puisse s'ajuster dans la plaie (fig. 333, *B, h*). On le maintient fixé en place par un bandage, et il contracte presque toujours adhérence.

Quand on pratique cette opération, on commet fréquemment la faute d'exciser un lambeau trop large de la peau palpébrale, ce qui rend la paupière si courte qu'il en résulte un ectropion et de la lagophtalmie. C'est pourquoi il est bon de mesurer le lambeau avant d'entreprendre