

l'opération. A cet effet, on soulève avec les doigts un pli cutané et on s'assure de la grandeur qu'on peut lui donner sans trop raccourcir la paupière.

L'opération s'exécute de la même manière sur la paupière inférieure; seulement, pour éviter l'ectropion, le lambeau cutané à exciser doit y être plus étroit encore.

3° *Relèvement du sol ciliaire*, suivant la méthode de Hotz. — Si l'on opère sur la paupière supérieure, on commence par pratiquer à la peau, le long du bord supérieur du tarse, une incision qui s'étend d'une extrémité de ce cartilage à l'autre. Ensuite, on entre-bâille la plaie et, saisissant les faisceaux musculaires de l'orbiculaire visible au fond, on les excise (fig. 334, o). Là-dessus on ferme la plaie, en attachant par des sutures la lèvre inférieure de la plaie au bord supérieur du tarse. On fait

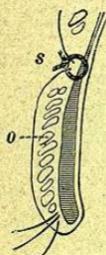


FIG. 334. — Opération de Hotz. Gross. 2/1.

passer l'aiguille d'abord à travers la lèvre supérieure de la plaie cutanée, puis à travers le bord supérieur du tarse, et enfin de dedans en dehors à travers la lèvre inférieure de la plaie cutanée (fig. 334, s). On place autant de sutures semblables qu'on le juge nécessaire. — L'idée fondamentale de cette opération consiste à relever le sol ciliaire, non pas en raccourcissant la peau palpébrale, comme dans la méthode de Jæschke-Arlt, mais en l'attachant à un point fixe, c'est-à-dire au bord supérieur du tarse. Le but de l'excision des fibres de l'orbiculaire est de diminuer la puissance de ce muscle, qui tend à infléchir la paupière vers le globe.

Dans cette opération, on renonce à détacher le champ d'implantation des cils par l'incision du liséré intermarginal; cependant, en cas de besoin, on peut la combiner avec cette incision.

A la paupière inférieure, l'opération se pratique de la même manière; mais, en raison de la moindre hauteur du tarse, l'incision se trouve plus près du bord libre de la paupière.

4° *Redressement du tarse*, d'après Snellen. — On obtient ce redressement par l'ablation d'un lambeau cunéiforme du tarse. A environ 2 millimètres au-dessus du bord palpébral, et parallèlement à ce bord, on incise la peau sur toute la longueur de la paupière (fig. 335, A, i). Puis on excise les faisceaux inférieurs de l'orbiculaire mis à nu au fond de la plaie, de façon à découvrir le tarse. Ensuite, sur toute la longueur de ce cartilage, on en excise un lambeau en forme de coin et tel que la base du coin réponde à la face antérieure, le sommet à la face postérieure du tarse (fig. 335, A, e). Il ne reste plus alors qu'à coapter les deux surfaces de section du tarse. Dans ce but, on applique des sutures en anses au moyen de fils armés de

deux aiguilles. On commence par passer l'une des aiguilles à travers le bord supérieur du tarse (fig. 335, B, a), puis on la dirige au-devant de la plaie du cartilage entre le tarse et la peau, jusqu'au bord libre de la paupière, au-dessus duquel on la fait sortir. On fait de même avec l'autre aiguille. Ainsi, l'anse se trouve sur le bord supérieur du tarse, tandis que les deux bouts du fil apparaissent au-dessus du bord palpébral. Ici on les noue sur une perle (p) et on les rabat sur le front, où on les fixe au-dessus du sourcil au moyen de sparadrap. De cette manière, la paupière est attirée en haut et, la plaie se fermant spontanément, il est inutile d'en réunir les lèvres.

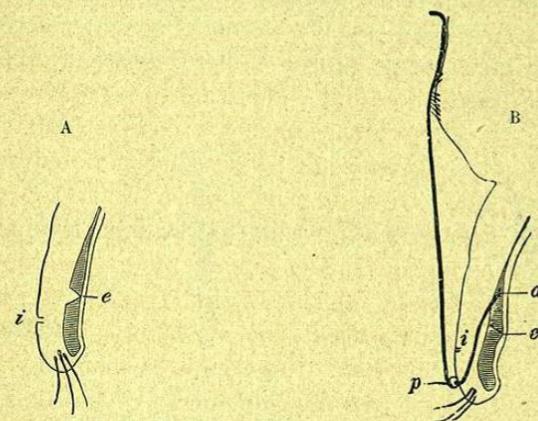


FIG. 335. — Opération de Snellen. Gross. 2/1. — A, après terminaison de l'incision cutanée i et de l'excision du tarse e. B, après application des sutures.

Une des plus anciennes méthodes opératoires du trichiasis est l'ablation du sol ciliaire. Actuellement elle est presque entièrement abandonnée et remplacée par les méthodes de transplantation. Le pas le plus important dans la voie de l'amélioration de l'opération du trichiasis a été fait par Arlt qui proposa de détacher du tarse le sol ciliaire. Ainsi il en rendit possible une large transplantation sans avoir à en redouter la nécrose, comme c'est le cas dans la méthode primitive de Jæschke, qui séparait complètement, jusqu'à ses deux extrémités, le sol ciliaire avec le tarse sous-jacent, du reste de la paupière. Néanmoins la méthode d'Arlt n'est pas non plus exempte d'inconvénients. D'abord, il n'est pas aisé d'apprécier exactement la longueur du lambeau à exciser, ensuite la récurrence est possible. Ainsi, en ce qui concerne le premier point, on ne peut pas établir une règle pour indiquer d'avance quelle doit être la largeur de la bandelette cutanée, puisqu'elle doit différer suivant l'état (élasticité ou relâchement) de la peau de la paupière. Excise-t-on un lambeau trop petit, le champ d'implantation des cils est trop peu relevé, et le trichiasis se reproduit. Au contraire, a-t-on enlevé

trop de peau, il se déclare un ectropion ou de la lagophtalmie, deux affections qu'on ne pourrait faire disparaître que par une nouvelle opération. Pour ce motif, on a imaginé des méthodes par lesquelles il est possible de relever le sol ciliaire sans ablation d'un lambeau de peau. L'opération de Hotz appartient à cette catégorie. Le procédé d'Oettingen est un peu différent. Cet opérateur étend l'incision intermarginale jusqu'au-delà du bord supérieur du tarse, de manière que toute la peau qui couvre le tarse puisse glisser sur ce cartilage. Alors, à l'aide de sutures, il fixe le bord cutané libre, c'est-à-dire celui qui porte les cils, au bord supérieur du tarse (fig. 336). De cette manière, sous le bord palpébral libre relevé, existe une large plaie correspondant à la face antérieure du tarse. C'est sur le même principe que reposent les méthodes de Costomyris, de Wecker et de Warlomont.

L'opération de redressement du tarse de Snellen a été modifiée comme suit par Panas : On sectionne la peau à 2 ou 3 millimètres du bord libre et

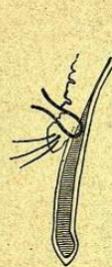


FIG. 336. — Opération d'Oettingen. Gross. 2/1.

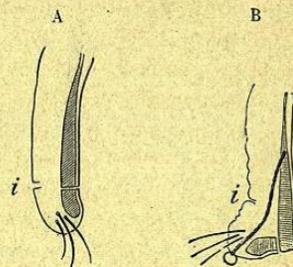


FIG. 337. — Opération de Panas. Gross. 2/1. — A, après section de la peau et de cartilage. B, après le placement des sutures.

parallèlement à celui-ci, dans toute l'étendue de la paupière (fig. 337, A, *i*), et, en partant de cette incision, on dissèque la peau vers le bas jusque près du bord libre, vers le haut jusqu'au bord supérieur du tarse. Ensuite, sur la plaque de corne, on pratique une incision, dirigée exactement comme celle de la peau, et intéressant le tarse dans toute son épaisseur, y compris la conjonctive. Par cette incision, la moitié inférieure du tarse, avec le bord libre, est rendue mobile et peut, par des sutures, être tournée suffisamment en avant pour que les cils soient dirigés convenablement. Les sutures, en forme d'anses, sont passées en haut à travers le bord supérieur du tarse et le fascia tarso-orbitaire, puis conduites derrière la peau, pour sortir dans le liséré intermarginale où on les noue sur des perles (fig. 337, B).

Les récidives qui se manifestent fréquemment après l'opération d'Arlt, aussi bien qu'après beaucoup d'autres méthodes, sont dues aux causes suivantes :

1° Lorsque le processus trachomateux n'est pas entièrement terminé, la rétraction de la peau et du tarse fait de nouveaux progrès après l'opération, et les cils reprennent une mauvaise direction ;

2° Le raccourcissement de la peau dépendant de l'excision d'une bande-

lette cutanée perd son effet, parce que, surtout chez les personnes âgées, la peau s'allonge de nouveau peu à peu ;

3° La plaie qui existe au niveau de la ligne intermarginale et qui reste à découvert se cicatrise par bourgeonnement et formation de tissu inodulaire. A cause de la rétraction graduelle du tissu cicatriciel, le bord libre de la paupière peut de nouveau descendre et rendre aux cils leur ancienne direction vicieuse. — La première cause dépend de la nature du trachome même et ne peut être mise sur le compte de la méthode opératoire. En revanche, la seconde et la troisième sont dues à l'imperfection de l'opération, c'est pourquoi on a cherché à les corriger. Pour rendre durable le raccourcissement de la peau, on l'a attachée à un point fixe, par exemple au bord convexe du tarse (Hotz). Quant à la cause principale des récidives, c'est-à-dire la descente du champ d'implantation des cils par la rétraction cicatricielle, on a essayé de la faire disparaître, en recouvrant la plaie par un lambeau cutané. Dans le procédé d'Arlt, tel qu'on l'a décrit plus haut, on obtient ce résultat par la transplantation, sur la plaie, du lambeau de peau excisé (Waldhauer). Mais, comme cette peau porte de fins poils, qui peuvent irriter l'œil de nouveau, van Millingen préfère recouvrir la plaie d'un lambeau de muqueuse, pris sur la lèvre du patient lui-même ou à la conjonctive d'un lapin. Mais, comme ces lambeaux de peau ou de conjonctive entièrement détachés risquent

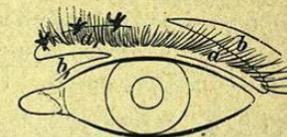


FIG. 338. — Opération du trichiasis d'après SPENCER WATSON. — Les lambeaux sont représentés n'occupant que la moitié de la longueur totale de la paupière. La moitié externe de la paupière supérieure montre les lambeaux dans leur situation naturelle; la moitié interne les montre après leur interversion.

de se nécroser et que, dans tous les cas, ils se rétractent considérablement, certains opérateurs ont cherché à recouvrir la plaie d'un lambeau pédiculé. Dans la méthode de Spencer Watson, voici comment on forme ce lambeau : d'abord, on pratique une première incision au niveau du liséré intermarginale et, comme pour l'ablation, une seconde au-dessus de la rangée des cils, parallèle à la direction du bord de la paupière (fig. 338, dans la moitié externe de la paupière supérieure). Alors, au lieu de sectionner aux deux bouts le lambeau cutané ainsi délimité, on ne le coupe qu'à l'une de ses extrémités. Par ce procédé, le sol ciliaire devient une longue et étroite bandelette, détachée par l'un de ses bouts, tandis que, par l'autre, elle est reliée à la peau de la paupière (fig. 338, *a*). Ensuite, on forme un second lambeau cutané semblable au premier. Dans ce but, à 3 millimètres environ au-dessus du premier lambeau, on pratique une nouvelle incision parallèle à la première et formant ainsi la limite d'un second lambeau, que l'on détache à l'un des bouts, tandis que l'autre reste attaché à la peau palpébrale (fig. 338, *b*). La base de ce dernier doit correspondre à l'extrémité externe de la paupière, quand celle du lambeau inférieur, c'est-à-dire du lambeau qui porte les cils, se trouve du côté interne, et réciproquement. Alors on intervertit les deux lambeaux, de manière que celui qui porte les cils devienne le supérieur, tandis que le lambeau supérieur vient

prendre la place de l'autre, le long du bord palpébral libre (fig. 338, *a'* et *b'*). Chacun des lambeaux est fixé dans sa position par des sutures. Le défaut de l'opération de Spencer Watson, quand elle est pratiquée sur toute la longueur de la paupière, c'est que les lambeaux possèdent, comparativement à leur longueur, une base bien étroite, ce qui fait qu'ils sont très sujets à se nécroser. Pour cette raison, je n'ai recours à cette opération que dans les cas où le trichiasis n'atteint que l'une ou l'autre extrémité de la rangée des cils et où, par conséquent, le lambeau n'a pas besoin d'être aussi long (fig. 338). D'autres méthodes, dans lesquelles on forme des lambeaux pédiculés, sont celles de Gayet, Jacobson, Dianoux et Landolt.

Chacune de ces méthodes présente ses avantages et ses inconvénients. L'opérateur bien avisé ne s'en tiendra pas exclusivement à l'une ou l'autre d'entre elles, mais il en choisira une, où il combinera deux procédés différents, suivant le cas qu'il a à opérer. Ainsi, la méthode de Hotz peut se combiner avec l'excision d'une bandelette cutanée, avec le décollement du sol ciliaire au moyen d'une section intermarginale ou, si l'incurvation du tarse est très prononcée, avec l'excision d'un coin de ce cartilage. Dans les cas où le trichiasis est le plus développé au milieu de la paupière, la méthode d'Arlt convient très bien, puisque, dans cette méthode, le lambeau cutané a sa plus grande largeur au milieu et que le déplacement du sol ciliaire y est donc le plus grand. D'ailleurs, l'effet des méthodes de Hotz, de Snellen et de Panas est aussi le plus prononcé au milieu de la paupière. Enfin, le trichiasis se borne-t-il à atteindre l'une ou l'autre extrémité de la rangée ciliaire, on adoptera de préférence la formation d'un lambeau cutané pédiculé, par exemple d'après la méthode de Spencer Watson.

#### IV. — CANTHOPLASTIE.

§ 169. — La canthoplastie (v. Ammon) a pour but d'élargir la fente palpébrale en fendant l'angle externe des paupières. Au moyen des doigts, on écarte fortement l'une de l'autre les deux paupières, dans le but de tendre la commissure externe, et on introduit derrière elle, aussi loin que possible, la branche mousse de ciseaux droits. Puis, d'un coup, on sectionne horizontalement la peau qui se trouve entre les deux branches des ciseaux. En écartant les paupières, on a devant soi une plaie rhomboïdale. Les deux côtés externes sont formés par la peau; les deux côtés internes, par la conjonctive. On suture les côtés internes aux côtés externes, en commençant par le point où les deux côtés de la plaie de la conjonctive se réunissent; on saisit d'abord cette dernière et on la fixe au moyen d'une suture dans l'angle externe de la plaie. Ensuite, on place encore une suture sur la partie supérieure et une autre sur la partie inférieure de la plaie, pour unir la conjonctive à la peau.

Si l'on négligeait de recouvrir la plaie, dans l'angle externe 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.

Les indications de la canthoplastie sont :

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

2° *Le blépharospasme*, surtout quand il donne lieu à un entropion 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. — Lorsque l'ectropion spasmodique est, comme c'est le cas si souvent, compliqué d'un blépharophimosis, la canthoplastie doit être suivie de l'application de sutures;

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 énucléer un globe oculaire très augmenté de volume, ou lorsqu'on veut rendre possible le passage d'une tumeur orbitaire à travers la fente palpébrale.

Dans le trachome, il est souvent difficile, à cause de la rétraction de la conjonctive, d'attirer celle-ci dans l'angle de la plaie cutanée et de l'y suturer. Dans ce cas, suivant le conseil de Kuhnt, on prend, au lieu de la conjonctive, un mince lambeau cutané formé aux dépens de la peau de la paupière inférieure. Le lambeau est taillé parallèlement au bord de la paupière et tout près de lui, de telle sorte que sa base se trouve en dehors de l'angle des paupières; ainsi l'on peut, sans le tordre, l'insérer dans cet angle des paupières reconstitué. Pour pouvoir écarter suffisamment les côtés de cet angle, on détache les fibres aponévrotiques qui réunissent les extrémités temporales des deux torses au bord externe de l'orbite.

#### 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.