

ou moins grande du lambeau cutané transplanté, on distingue deux méthodes. Dans l'une d'elles, on prend de tout minces morceaux de peau composés des couches les plus superficielles de la peau, c'est-à-dire l'épiderme et les sommets des papilles (greffe épidermique). Dans le second procédé, on emploie des lambeaux de peau qui comprennent toute l'épaisseur du tégument cutané et qui, coupés en petits morceaux ou laissés entiers, sont transplantés 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. Entre la greffe épidermique et la greffe dermique, se place la *méthode de Thiersch*, dans laquelle on prend d'assez grands lambeaux de peau, mais qui ne comprennent, outre l'épiderme, que les couches les plus superficielles du derme. On recouvre soigneusement toute la surface de la perte de substance au moyen d'une mosaïque de ces petits lambeaux cutanés, 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.

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 même entièrement perdu. C'est surtout le cas pour la greffe épidermique; les greffes plus grandes et comprenant toute l'épaisseur du derme se rétractent moins et conviennent donc pour la blépharoplastie. La greffe est donc surtout indiquée pour les cas où il ne s'agit que de petites pertes de substance, 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 pédiculé, par exemple à cause de sa transformation cicatricielle. Dans tous les autres cas où il s'agit de recouvrir de larges pertes de substance, notamment lorsqu'on opère pour combattre une lagophtalmie, on doit préférer la méthode du lambeau pédiculé, qui est plus compliquée, mais donne plus de sécurité.

L'opération de l'ectropion sénile, d'après la méthode de Kuhnt, se fait de la façon suivante : on pénètre avec la pique dans le liséré intermarginale

au milieu de la paupière, de façon à la diviser en deux feuilletts dans l'étendue dont on veut la rétrécir (fig. 346 de *d* à *e*). Des deux extrémités de cette incision intermarginale, on trace dans le feuillet postérieur deux sections, comprenant la conjonctive et le tarse, dirigées en bas et convergeant l'une vers l'autre (vers *f*) ; on excise le triangle ainsi délimité, puis on réunit par des sutures les bords de la plaie du tarse (fig. 347, *fe*). Mais on n'a rien enlevé de la peau; celle-ci se trouve donc être en excès et, après que les sutures sont placées, on remarque une saillie de la peau au milieu de la paupière. Elle s'efface plus tard presque entièrement. Si l'on veut l'empêcher de se produire, on peut, suivant le conseil de Müller, continuer l'incision intermarginale à travers toute la partie temporale de la paupière, pour la séparer en deux feuilletts *edb* (fig. 346) et, après l'incision du cartilage et l'application des sutures, répartir sur toute la moitié temporale de la paupière

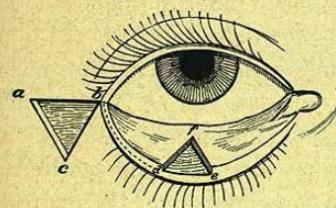


FIG. 346.

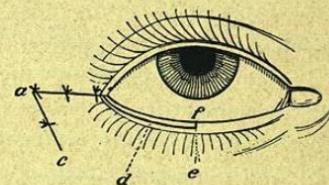


FIG. 347.

cet excès de peau, en plaçant des sutures obliques. Ou bien on combine, selon la proposition de Dimmer, l'opération de Kuhnt avec celle de Dieffenbach. Dans cette dernière, on excise, tout contre l'angle externe des paupières, un triangle de peau (fig. 346, *abc*) ; on réunit les lèvres de la plaie, de façon à tendre la paupière inférieure ; c'est donc une opération dirigée également contre l'ectropion. Lorsqu'on veut combiner les deux procédés, celui de Kuhnt et celui de Dieffenbach, on divise la peau par l'incision intermarginale *edb* (fig. 346), puis on excise les deux triangles *edf* et *abc*. On glisse ensuite le feuillet cutané de la paupière le long du feuillet muqueux vers la tempe, de façon à appliquer *ef* contre *df* et *bc* contre *ac*, puis on applique des sutures le long de ces lignes (fig. 347, *ef* et *ac*).

VIII. — OPÉRATIONS DU PTOSIS.

§ 173. — Ces opérations se pratiquent aussi bien dans le ptosis congénital que dans les cas invétérés de ptosis acquis, qu'on ne peut plus guérir par d'autres moyens. On a proposé toute une série de méthodes opératoires contre le 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 complètement l'action physiologique d'un muscle.

La plus ancienne méthode consistait dans le raccourcissement de la paupière par excision d'un pli cutané ; v. Græfe y ajouta l'excision des faisceaux de l'orbiculaire sous-jacents (l'antagoniste du releveur de la paupière). Cette méthode a été délaissée, parce que, pour un raccourcissement suffisant de la paupière, se joint toujours un degré sérieux de lagophtalmie ; enlève-t-on peu de peau, on n'obtient aucun effet. Toutefois les nouvelles méthodes ne sont pas tout à fait exemptes de ce reproche, de provoquer un certain degré de lagophtalmie ; mais celui-ci, comparé au résultat, est faible et sans inconvénient. Les nouveaux procédés partent de cette idée, qu'on ne peut suppléer à l'action défaillante du releveur que par l'intervention d'un muscle. Si le releveur est encore en état de se contracter, bien qu'affaibli, on cherche à renforcer son action sur la paupière ; s'il est tout à fait inactif, on s'efforce de faire intervenir un autre muscle, le frontal ou le droit supérieur, dans l'acte de relever la paupière.

1° On renforce la puissance du releveur en le raccourcissant. C'est là le but de l'avancement du releveur proposé par Eversbusch. 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, le plus haut possible, une suture en anse, dont on conduit les deux bouts entre le tarse et la peau de la paupière pour les faire sortir au niveau du liséré 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. Ce procédé donne des résultats favorables, mais pas toujours durables, parce que le tendon attiré en bas par l'anse du fil se rétracte plus tard. On obtient des résultats meilleurs et de plus de durée par l'excision d'un fragment du releveur. On sectionne la peau le long du bord convexe du tarse, et on la sépare des tissus sous-jacents depuis cette incision jusque contre le sourcil. On se trouve sur le ligament tarso-orbitaire ; lorsqu'on l'a sectionné, on voit le tendon du releveur, dont on excise un fragment d'une longueur proportionnée au degré du ptosis. Ensuite, on rattache par des sutures l'extrémité antérieure du muscle raccourci au bord convexe du tarse.

2° Quand le releveur est complètement inactif, il ne servirait de rien de le raccourcir. On cherche alors à lui substituer le muscle frontal, en se basant sur ce fait d'observation, que les personnes affectées de ptosis peuvent un peu relever la paupière en fronçant le front. De cette façon

elles remontent le sourcil et par lui la paupière. Mais avant que le bord de la paupière ne soit tiré en haut, il a fallu que toute la peau de la paupière se déplisse, et ainsi se perd la majeure partie de l'effet que pourrait produire la contraction du frontal. Aussi a-t-on pensé que l'on augmenterait le relèvement de la paupière, si on la réunissait directement avec les faisceaux du muscle frontal. On peut y arriver par une suture sous-cutanée (Dransart, Pagenstecher). On enfonce l'une des aiguilles d'un fil doublement armé au-dessus du bord libre de la paupière, puis on la pousse vers le haut, sous la peau de la paupière jusqu'au-

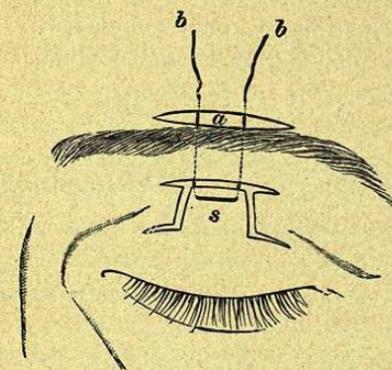


FIG. 348. — Opération du ptosis d'après PANAS.

dessus du sourcil où on la fait sortir. On fait de même passer la seconde aiguille à côté de la première. Ainsi, on a placé dans la paupière une anse de fil dont le milieu se trouve au-dessus du bord libre de la paupière et dont les bouts sortent au-dessus du sourcil. Ici les deux bouts sont noués et serrés sur un rouleau de sparadrap ou de gaze iodoformée. On ne doit enlever le fil que lorsque, le long du trajet, il s'est formé des brides cicatricielles. Celles-ci s'étendent de la paupière jusqu'à la surface du muscle frontal et réunissent ces deux organes (elles constituent une sorte de tendon entre le muscle et la paupière). Sur le même principe est basée l'opération de Hess. Afin que la cicatrice consécutive ne soit pas visible, il place l'incision dans le sourcil rasé, elle s'étend d'un bout à l'autre de celui-ci dans son milieu. En partant de cette incision, on libère au couteau la peau du tissu sous-jacent jusqu'au bord libre de la paupière. Ensuite, on place, comme dans les sutures décrites ci-dessus, trois fils en anse, de la paupière au front. Le point d'entrée siège dans la peau extérieure, environ à mi-hauteur de la paupière, de sorte qu'en tirant le fil en haut il se forme un pli cutané rappelant le pli normal de la paupière.

Le point de sortie se trouve environ à 2 millimètres au-dessus du sourcil. Les anses de fil sont tirées en haut, suffisamment pour que la paupière atteigne la hauteur voulue. Cette méthode est beaucoup plus active que les sutures simples, parce que la peau, détachée des tissus sous-jacents, se réapplique à eux en un autre point, par la cicatrisation de ces plaies; elle conserve donc définitivement sa nouvelle position.

L'opération de Panas amène l'union entre la paupière et le muscle frontal d'une autre façon : on taille dans la peau de la paupière un pédicule, que l'on rattache à la peau du front et du muscle frontal. On voit par la figure 348 comment on prépare ce pédicule. Celui-ci (s), délimité par les incisions, est disséqué des tissus sous-jacents, afin d'être bien mobile. On pratique alors une incision horizontale *a* dans la peau immédiatement au-dessus du sourcil. De cette incision et de l'autre incision située plus bas, on pénètre sous la peau du sourcil que l'on détache, de façon à en faire un pont. On glisse alors sous ce pont le pédicule cutané, pour qu'il vienne se mettre en contact avec la lèvre supérieure de la plaie supérieure *a*. On assure leur coaptation, en passant une anse de fil au milieu de la hauteur du pédicule, en glissant les bouts sous le pont cutané et les faisant sortir (*b, b*) à travers la lèvre supérieure de la plaie frontale. En serrant le fil on attire le pédicule, et on le fixe à la peau du front. En cas de besoin, on peut placer une nouvelle anse et, pour rendre l'affrontement du bord plus exact, on peut appliquer quelques points de sutures. — Cette opération agit très bien, mais elle présente l'inconvénient de laisser des cicatrices dont la direction est perpendiculaire à celle des fibres de l'orbiculaire et sont par conséquent très visibles.

3° Pour suppléer au releveur, on peut s'adresser également au *droit supérieur*. Dans le procédé décrit par Motais, on commence par mettre le muscle à nu, en coupant la conjonctive au-devant de son insertion au globe et en traçant, à partir de cette première incision, une seconde section conjonctivale dirigée en arrière le long du muscle jusqu'au bord convexe du tarse, en passant par le cul-de-sac. Alors on détache le tendon de la sclérotique, dans la partie médiane de son insertion, sur une longueur de 3 à 4 millimètres; aux deux extrémités de cette incision, on en trace deux autres dirigées en arrière, parallèles entre elles et parallèles à l'axe du muscle, de façon à constituer, dans le tiers médian de ce muscle, une languette libre, tandis que le tiers externe et le tiers interne restent attachés au globe oculaire. L'extrémité libre de cette bandelette est enfin rattachée au bord supérieur et à la surface antérieure du tarse par des sutures.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

EXAMEN DE L'ŒIL

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Examen objectif de l'œil	3
§ 1. Examen à l'œil nu, 3. — § 2. Examen à l'ophtalmo- scope. Principe de l'ophtalmo- scope. Lueur pupillaire, 7. — § 3. Emploi de l'ophtalmo- scope, 11. — <i>Notes</i> : Croissant, examen des mi- lieux réfringents, détermination de la réfraction et des diffé- rences de niveau	19
CHAPITRE II. — Examen fonctionnel	32
§ 4. Vision directe et indirecte, 32. — § 5. Examen du champ visuel, 33. — § 6. Étendue du champ visuel, 35. — <i>Notes</i> : Sco- tomes, sens lumineux, simulation de la cécité	37

SECONDE PARTIE

MALADIES DE L'ŒIL

CHAPITRE PREMIER. — Maladies de la conjonctive	47
§ 7. Anatomie	47
I. — <i>Conjonctivite catarrhale</i> , 54. — § 8. <i>a</i>) Conjonctivite catarrhale aiguë, 54. — § 9. <i>b</i>) Conjonctivite catarrhale chronique, 61. — § 10. <i>c</i>) Conjonctivite folliculaire.	64
II. — <i>Conjonctivite blennorragique aiguë</i> , 65. — § 11. <i>a</i>) Blennorrhée aiguë des adultes (conjonctivite gonorrhéique), 66. — § 12. <i>b</i>) Blennorrhée des nouveau-nés.	74
III. — <i>Conjonctivite trachomateuse</i> , 76. — § 13. Symptômes et marche, 76. — § 14. Suites du trachome, 82. — § 15. Étiologie	