

l'enlever en totalité, dans la crainte que la force de rétraction de son tissu ne nuise à la réussite de l'opération.

La blépharoplastie par *glissement* est la plus simple, et c'est toujours à elle qu'il faut songer d'abord; elle peut être pratiquée de deux manières.

Le premier procédé, que l'on attribue généralement à M. Dieffenbach, consiste à prendre sur la tempe un lambeau de forme semblable à la perte de substance, et à conduire ce lambeau sur le point de la paupière que l'on veut remplacer. Il est applicable aux deux paupières; on le pratique de la manière suivante. Le chirurgien commence par enlever la cicatrice de la paupière, et il tâche le plus possible de donner à la plaie qui résulte de cette ablation la forme d'un triangle dont la base correspond au bord libre de la paupière. Si ce bord existe encore, il faut le conserver avec ses cils, afin de le réunir au lambeau de peau, et de garder ainsi les cils, si utiles pour préserver l'œil du contact des corps extérieurs. S'il n'existe pas, il faut séparer la cicatrice de la conjonctive, afin que celle-ci conservée serve de doublure au lambeau. Il ne faut pas que le boursoufflement qu'elle présente quelquefois soit un obstacle à sa conservation. Ce boursoufflement, qui est dû à l'exposition de la conjonctive au contact de l'air, disparaît dès que cette membrane a repris sa position normale. Lorsque le chirurgien a enlevé la cicatrice, il s'occupe de tailler le lambeau de peau. Pour cela, il pratique sur la région temporale, quelle que soit la paupière qui doit être remplacée, une incision qui part de l'extrémité externe de la base du triangle de la plaie et qui est dirigée vers le méat auditif; elle doit être plus longue que la base du triangle de la plaie qui succède à la dissection de la cicatrice, à cause du retrait de la peau. Il fait partir de l'extrémité de cette incision une autre incision verticale dirigée en bas pour la paupière inférieure, et en haut pour la paupière supérieure: elle est parallèle au bord externe de la plaie de la paupière et elle est plus longue qu'elle, afin que le glissement du lambeau soit facile. Ensuite, le chirurgien dissèque le lambeau, et quand l'écoulement de sang est arrêté, il l'unit aux bords de la plaie par des points de suture entortillée. Il commence par le fixer à l'extrémité du bord interne de la plaie de la paupière qui correspond à son bord libre, puis il le fixe à toute la longueur de ce bord interne et du bord libre. Cette opération est très-simple et très-facile à pratiquer. La plaie qui résulte

du déplacement de la peau est guérie par suppuration. Les règles que je viens de décrire sont celles qui font la base de cette méthode: elles peuvent être variées et s'appliquer aux lésions qui nécessiteraient l'ablation d'un triangle de peau à l'angle externe de la paupière: la base du triangle correspondrait à cet angle.

Le second procédé diffère essentiellement; il est difficile de le bien généraliser: cependant on peut dire qu'il consiste à détruire les adhérences anormales, et à pratiquer des incisions verticales ou se rapprochant de la ligne verticale, et à réunir les lèvres des plaies par la suture entortillée: Le glissement des tissus pour le rapprochement des lèvres des plaies a lieu après la destruction des adhérences accidentelles. Je crois que l'on peut regarder comme type de ce procédé la manière de faire de M. Wharton Jones. Elle consiste à pratiquer sur la paupière soit inférieure, soit supérieure, deux incisions se réunissant en formant un V, à faire glisser le lambeau de peau circonscrit par ces deux incisions en vertu de la laxité du tissu cellulaire sous-jacent ou après la destruction des adhérences qui peuvent exister, et à terminer l'opération en rapprochant les lèvres externes de l'incision en V, et en les réunissant par la suture entortillée pour obtenir la cicatrice la plus linéaire possible. Ce principe étant donné, plusieurs chirurgiens en ont fait des applications différentes selon les cas. Quelques-uns, ayant eu besoin de pratiquer des incisions transversales, à cause des cicatrices vicieuses, ont ensuite fait des incisions verticales; d'autres ont pratiqué plusieurs incisions en V les unes à côté des autres. Il est évident qu'il devait en être ainsi, parce que chaque cas diffère. Le point important de ce procédé est d'arriver à avoir les cicatrices les plus linéaires que l'on pourra, afin qu'il n'y ait aucune bride de la peau.

La blépharoplastie par *lambeau* consiste à prendre, au front pour la paupière supérieure, et à la tempe pour les deux paupières, un lambeau de peau d'une grandeur proportionnée à la perte de substance qui existe à la suite de l'ablation de la cicatrice de la paupière, à l'isoler de tous côtés en lui laissant un pédicule, à disséquer ce lambeau en lui conservant à sa face interne le plus de tissu cellulaire que l'on pourra, à l'appliquer sur la paupière en retournant le pédicule, et à unir ses bords à ceux de la plaie de la paupière par la suture entortillée. Quand la cicatrice est parfaite, on coupe le pédicule. Les règles générales de l'autoplastie sont applicables à cette opéra-

tion, et elles doivent être variées en raison de chaque cas particulier; il n'est donc pas possible de décrire ces règles. Je me contenterai de faire observer que dans beaucoup de cas, ces opérations sont suivies d'un inconvénient assez notable quelquefois. Comme le chirurgien prend le lambeau de peau sur la tempe ou sur le front, et comme il faut que le lambeau soit beaucoup plus grand que la partie qu'il doit recouvrir, il arrive souvent qu'il est nécessaire d'emprunter des portions de peau couvertes de cheveux, et ceux-ci poussent sur la paupière nouvelle comme ils auraient poussé sur le crâne. Il résulte de là une difformité dont il est important de prévenir le malade ou ses parents, si c'est un enfant. Je me souviens d'avoir vu une petite fille âgée de huit ans, à laquelle la blépharoplastie avait été pratiquée à la paupière inférieure avec un morceau de peau pris sur la tempe: les cheveux poussaient sur cette nouvelle paupière comme ils poussaient avant sur la tempe, de sorte qu'il fallait les couper fréquemment, et qu'ils avaient acquis une dureté semblable à celle de la barbe.

Une autre observation très-importante à faire est relative au défaut de mouvement de la nouvelle paupière; comme elle n'est formée que de peau, elle est immobile complètement. Si, à la paupière supérieure, elle a paru jouir de quelques mouvements, cela dépend de l'action du muscle élévateur de cette paupière; si quelquefois, aux deux paupières, elle semble jouir aussi de mouvement, c'est parce que les restes du muscle orbiculaire tiraillent la peau en se contractant. Néanmoins, malgré cette immobilité, il faut toujours avoir recours à la blépharoplastie pour recouvrir l'œil et le préserver du contact des corps extérieurs.

§ 19. — Maladies des glandes de Meibomius. (P. B.)

Les glandes de Meibomius, qui sont destinées à sécréter un liquide sébacé qui vient couvrir le bord libre des paupières, sont sujettes à diverses maladies qui ont été généralement rapportées aux maladies des paupières, quoique déjà Maitre-Jan et Guérin en aient parlé spécialement dans leurs écrits publiés vers le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle. Parmi les chirurgiens et les ophthalmologistes qui ont écrit dans le XIX<sup>e</sup> siècle, quelques-uns se sont occupés des maladies de ces glandes, mais, en général, on n'a pas cherché à les distinguer de celles des

paupières, parce que, dans le plus grand nombre des cas, elles sont concomitantes les unes des autres; je vais donner à cet égard quelques éclaircissements.

Les fonctions des glandes de Meibomius sont, ai-je dit, de sécréter un fluide sébacé qui vient se répandre sur le bord des paupières et empêcher les larmes de couler; c'est donc dans le trouble de ces fonctions par une cause quelconque, et dans les altérations qu'éprouve le fluide sécrété, que nous devons chercher la maladie de ces glandes.

Lorsque par une irritation quelconque, ces glandes sont enflammées, leur sécrétion est augmentée, et le fluide qu'elles fournissent s'épaississant entre les cils, les agglutine. Il se dessèche de sorte que le matin, au moment du réveil, les cils sont unis solidement entre eux, et si on veut les décoller de force, on les arraché. En raison du degré d'inflammation, cette matière est plus ou moins abondante et épaisse. Quand elle est abondante et épaisse, elle forme sur les cils des masses dures et plus ou moins volumineuses; quand elle est peu abondante et épaisse, ces masses sont moins volumineuses, et modelées sur les cils; quand elle est en petite quantité et peu épaisse, elle forme sur les paupières des squames minces traversées par les cils, de sorte que, lorsqu'on enlève ces squames, on les voit percées de trous très-fins pour le passage de ces poils. Cet état inflammatoire des glandes de Meibomius existe surtout chez les individus scrofuleux, et chez ceux qui ont des varices des paupières. Chez les premiers, on le modifie par l'emploi des moyens thérapeutiques locaux et des médicaments généraux qui diminuent l'influence scrofuleuse; mais chez les seconds, on ne peut que modifier l'état local par l'usage des topiques. Dans les deux cas, on doit le regarder comme une infirmité locale qui subsistera pendant toute la vie. Les topiques locaux convenables sont tous les collyres et tous les onguents astringents; on les trouve indiqués et recommandés dans les écrits des anciens chirurgiens qui se sont occupés d'ophthalmologie, à l'exclusion des topiques émollients et adoucissants. Cette maladie a été désignée par ces chirurgiens sous le nom de *chassie*, et sous celui de *lippitude*. Cette dernière dénomination appartient aux médecins latins. Les médecins grecs nommaient cette affection *psorophthalmie*.

Sous le nom de *galle*, *gratelle*, *ulcération* des paupières, Boyer, ainsi que d'autres chirurgiens ou ophthalmologistes, décrit une mala-

die qui doit être rapportée aux affections des glandes de Meibomius. Il dit que l'on voit sur le bord libre de la paupière, en l'examinant de près, une rangée de petits ulcères superficiels qui, chaque jour, deviennent plus apparents; et que le matin, les cils et les paupières elles-mêmes sont collés par une humeur jaunâtre. Il est évident que cette maladie appartient à l'inflammation des glandes de Meibomius. Les petits ulcères superficiels, qui forment une rangée, sont les orifices enflammés des glandes, qui, augmentant de grandeur en raison de l'inflammation, finissent par prendre l'apparence d'un seul ulcère. Le fluide qui unit les cils et les paupières est le produit de la sécrétion des glandes augmentée par la même inflammation. Je crois donc que l'on doit rapporter à cette maladie celle dont nous parlons, et que loin de blâmer, avec Boyer, les anciens oculistes d'avoir multiplié les espèces d'ulcérations des paupières, nous devons reconnaître que les chirurgiens et les oculistes français du XVIII<sup>e</sup> siècle, qui ont jeté un si grand jour sur les maladies des yeux, ont eu raison de distinguer ces espèces. Cette maladie a reçu les noms de *xérophthalmie*, *sclérophthalmie*, *trachoma*, *dasites*, *fyosis*, *thilosis*, *callositas palpebrarum*.

Ce que je viens de dire pour l'ulcération des paupières s'applique également aux maladies désignées sous les noms de *orgeolet*, *grêle*, *calcul des paupières*. Ces diverses affections appartiennent aux glandes de Meibomius, et dépendent soit de la rétention du fluide sécrété, qui conserve son état normal, soit des altérations que ce fluide retenu peut éprouver. Il est probable que plusieurs de ces tumeurs nommées *cystiques*, *athéromateuses*, *mélicériques*, etc., sont aussi des maladies de ces glandes. Cette question est plus difficile à décider dans un grand nombre de cas, parce que les écrivains ne sont pas toujours suffisamment explicites à cet égard. Pour bien se pénétrer des réflexions que je viens de faire, et auxquelles je n'ai pas voulu donner plus d'extension pour ne pas dénaturer les idées de mon père, l'esprit doit toujours se rappeler que la nature des maladies est relative à la structure et aux fonctions des organes, et que par conséquent, comme la paupière est composée d'organes très-différents, elle doit présenter des maladies très-diverses et très-distinctes suivant ces organes.

## ARTICLE III.

*Maladies de la caroncule lacrymale.*1. — *Encanthis.*

On donne le nom d'*encanthis* à une tumeur plus ou moins volumineuse développée dans le tissu même de la caroncule lacrymale, ou formée par une dégénération de ce corps glanduleux. Cette tumeur, placée au grand angle de l'œil, s'oppose au rapprochement des paupières, et produit un larmolement plus ou moins abondant. Tantôt elle est indolente; d'autres fois elle cause des élancements plus ou moins fréquents et plus ou moins douloureux. Elle peut acquérir un volume considérable: on en a vu une qui avait la grosseur du poing.

La nature de la tumeur n'est pas toujours la même: si c'est une simple végétation fongueuse, elle ne cause point ou presque point de douleurs; si elle est cancéreuse, les douleurs qu'elle excite sont vives et lancinantes. Dans le premier cas, on parvient quelquefois à faire disparaître la tumeur au moyen de topiques astringents et résolutifs, et de poudres légèrement cathérétiques; mais dans le second cas, un semblable traitement ne ferait qu'exaspérer le mal. Des cautérisations superficielles auraient de grands inconvénients; une cautérisation profonde pourrait attaquer le sac lacrymal et produire une maladie incurable. C'est donc toujours à l'instrument tranchant qu'il faut avoir recours dans cette espèce d'*encanthis*, à moins que la tumeur ne soit supportée par une base étroite qui permette d'en faire la ligature. La tumeur sera saisie avec une érigne ou avec des pinces, et excisée au moyen d'un bistouri ou de ciseaux droits, ou légèrement courbés vers la pointe. On pansera la plaie avec de la charpie. Si dans les pansements subséquents on voyait paraître au fond de la plaie quelque excroissance suspecte, il faudrait la cautériser dans le cas où elle serait peu volumineuse, et l'exciser si elle l'était davantage.

Quelquefois l'*encanthis* envoie des prolongements ou des racines dans le tissu des deux paupières, et même entre le globe de l'œil et la conjonctive, jusque près de la cornée. Dans ce cas, l'opération est plus compliquée: il faut d'abord détacher les prolongements qui