

male. Lorsque le voile a repris sa place (fig. 174), il existe à la place même qu'occupait le lambeau une perte de substance en forme d'Y. On réunit par la suture la branche *c'd* et les deux branches obliques *b'c'*, *a'c'* (fig. 174) de cette plaie.

Dans l'impossibilité où nous sommes, en raison des limites imposées à ce traité, de rapporter en détail les autres procédés, que l'on trouvera exposés longuement dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 424 et suiv., nous nous contenterons de mentionner le procédé de Walther (de Munich) et de Ledran, applicable à l'*ectropion simultané* des deux paupières, au niveau de la commissure seulement : il consiste à aviver le bord correspondant des cartilages tarse pour réunir ensuite les lèvres cruentes par la suture; le procédé de Gensoul consistant à exciser un lambeau losangique à grand diamètre vertical, aux dépens des téguments de la paupière, pour réunir ensuite les lèvres de la plaie par une suture *verticale*. Dieffenbach va chercher, à travers une incision de la base de la paupière, le bord adhérent du cartilage tarse; il le ramène dans la plaie où il le fixe par la suture entortillée; il espère ainsi obtenir le redressement de la paupière. C'est une illusion : le redressement du cartilage tarse n'est que temporaire, et le tissu inodulaire, se rétractant de nouveau, entraîne bientôt en bas le bord libre de la paupière.

Lorsque l'*ectropion* a succédé à une perte de substance tellement considérable que le bord libre est bridé contre le rebord osseux de l'orbite, Jøger veut qu'on allonge le diamètre vertical de la paupière devenu trop court et qu'on diminue l'étendue du bord ciliaire devenu trop long. On remplit la première indication, en *décollant les parties molles des surfaces osseuses subjacentes*; la seconde, en *excisant un lambeau de la paupière en forme de V*.

La difficulté de s'opposer, dans les cas de cicatrices étendues, à la rétraction du tissu inodulaire, après les diverses opérations que nous venons d'exposer, a suggéré l'idée de combattre cette tendance incessante à la rétraction, en réunissant entre elles, par leur bord libre, pendant un certain temps, les deux paupières (*fusion temporaire des paupières*). Quand la force de rétraction du tissu cicatriciel est épuisée, ce qui n'arrive guère avant un an, on désunit les paupières. Cette méthode appartient à Mirault (d'Angers).

Lorsque l'*ectropion* est accompagné de cicatrices adhérentes aux os du contour de l'orbite, von Ammon et Wilde décollent la portion de peau adhérente et ramènent ainsi la paupière à sa situation normale.

Lorsque la cicatrice n'est pas très-étendue, on circonscrit, par une incision, la cicatrice profondément enfoncée; on la laisse adhérente à l'os, et on détache les téguments tout autour, afin de mettre la paupière en liberté et de permettre au malade de fermer l'œil. On réunit la plaie par-dessus l'ancienne cicatrice. De cette façon, on allonge la paupière. Il ne reste qu'une cicatrice à peine apparente, et la dépression désagréable du contour de l'orbite est cachée (von Ammon).

Enfin, dans quelques cas, la paupière est détruite dans une hauteur et

dans une largeur telles, qu'on ne peut la reconstituer qu'aux dépens des tissus avoisinants, c'est-à-dire par la *blépharoplastie*.

Le tableau suivant donne une idée générale des diverses méthodes imaginées contre l'*ectropion* :

Ectropion sarcomateux.	{	Scarification.	
		Cautérisation de la muqueuse.	
		Excision de la conjonctive	Bordenave.
Ectropion par maladies de l'orbiculaire.....	{	Perte de substance triangulaire de la paupière..	W. Adams.
		Perte de substance triangulaire en dehors de la commissure.....	Dieffenbach.
Ectropion par raccourcissement de la paroi externe de la paupière.	{	Ankyloblépharon partiel.....	France.
		Section sous-cutanée de l'orbiculaire.....	Cunier.
	{	Incision transversale de la bride cutanée.....	Celse.
		Procédé d'Adams (voy. plus haut).	
		Procédé d'Adams et incision de la peau au bord de l'orbite.....	Græfe.
		Autoplastie par glissement.....	Warthon Jones.
		Tarsoraphie partielle.....	Walther.
		Perte de substance losangique de la peau de la paupière.....	Ledran.
		Suture du cartilage tarse avec la peau.....	Gensoul.
		Décollement de la portion adhérente de la paupière et perte de substance en V.....	Dieffenbach.
		Fusion temporaire des paupières.....	Jøger.
		Décollement de la portion de peau de la paupière adhérente au pourtour de l'orbite.....	Mirault. Von Ammon. Wilde.

ARTICLE XI.

Blépharoplastie.

La blépharoplastie est l'art de restaurer les paupières, c'est-à-dire de remédier aux pertes de substance plus ou moins étendues que présentent ces voiles. Ce n'est guère que depuis une cinquantaine d'années qu'il en est question. Les premières opérations de ce genre ont été pratiquées, en 1817 et 1818, par Græfe et Dzondi. Un peu plus tard, en 1829, Fricke (de Hambourg), et Jøngken inventèrent des procédés particuliers. Langenbeck, Rust, Blasius, Dreyer, Staub, Peters, Dieffenbach et d'Ammon, en Allemagne; Blandin, Jobert, Carron du Villards, Serre, Ph.-J. Roux, en France; Riberi, Rizzoli, Regnoli, Alessi, en Italie; Hysern, en Espagne, ont varié et perfectionné les méthodes et les procédés.

Indications de l'opération. La blépharoplastie est applicable toutes les fois que les paupières ont été détruites en partie ou en totalité, à la suite de lésions de diverse nature. Elle convient, dans beaucoup de cas, dans le traitement de l'*ectropion* (voy. plus haut). On peut dire, d'une manière générale, que le succès est d'autant plus certain, que les difformités à réparer sont plus superficielles, c'est-à-dire que la destruction a ménagé une plus grande quantité de tissus profonds de la paupière. Lorsque le bord ciliaire existe, que le muscle orbiculaire, le cartilage tarse et la conjonctive sont restés intacts, on a de grandes chances pour rendre au voile sa forme

et ses fonctions. Dans des conditions opposées, la blépharoplastie n'a plus d'autre résultat que de fournir à l'œil des moyens de protection, en même temps qu'elle remédie encore en partie à la difformité: double avantage qui a fait de cette opération une ressource précieuse, dans des cas de mutilation où la perte de l'organe de la vision surviendrait infailliblement.

Les divers procédés de blépharoplastie se rattachent à deux méthodes principales: la méthode française, ou par glissement du lambeau, sans torsion ni rotation du pédicule, et la méthode indienne, qui est au contraire caractérisée par la torsion du pédicule.

Méthode française. Glissement sans torsion ni rotation du pédicule.

A cette méthode se rattachent les procédés de Jones et d'Ammon déjà signalés (p. 897 et 898), ceux de A. Guérin, Houston, Guillon (de Cozes), Serre, Ph.-J. Roux, que nous nous contentons de mentionner, renvoyant pour la description à notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 430 et suiv.

Procédé de Dieffenbach. 1° Paupière inférieure. On commence par pratiquer, sur la peau de la paupière, deux incisions *ab, cb* (fig. 172), commençant, l'une vers l'angle interne *a*, l'autre vers l'angle externe *c* de l'orbite, et se rencontrant, par l'ex-

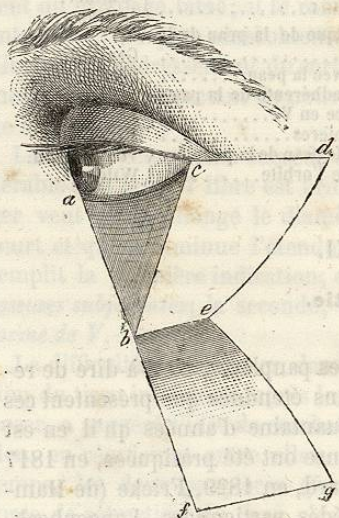


Fig. 172.

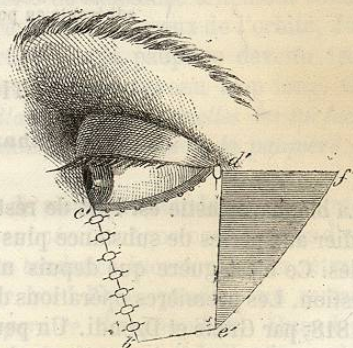


Fig. 173.

trémité opposée, sur la joue, en *b*. On dissèque toute cette portion triangulaire de peau, puis on l'excise, de façon à substituer aux cicatrices une plaie saignante *abc* et régulière. On procède ensuite à la confection du lambeau tégumentaire destiné à combler la perte de substance. On fait une incision horizontale *cd*, dirigée de l'angle externe de l'orbite vers l'oreille, de façon à prolonger la commissure palpébrale du côté de la tempe. Il faut que cette incision soit un peu plus longue que n'est large la portion manquante de la paupière dans le point adjacent. Si, par exemple, le voile a été complètement détruit, *cd*, destiné à former le bord libre de la paupière nouvelle, devra avoir une longueur plus grande que celle de la fente interpalpébrale. On fait ensuite, à partir

de l'extrémité externe *d* de l'incision transversale *cd*, une autre incision *de*, qui se dirige obliquement vers la joue, dans la direction des limites externes de la perte de substance, dont on la rapproche un peu, à mesure qu'on s'avance vers le sommet de cette dernière. De cette façon, on a un lambeau trapézoïde *cdeb*, dont le bord interne *cb* est formé par la lèvre externe de la solution de continuité triangulaire; on dissèque, de haut en bas, jusqu'au côté *be*, qui peut être considéré comme le pédicule, et qui doit rester adhérent. Le lambeau *cdeb* est représenté en *begf* renversé sur la joue. On en voit la face profonde ou sanglante. On transporte ce même lambeau sur la perte de substance *acb*, par un simple mouvement de déplacement latéral, sans imprimer au pédicule la moindre torsion. Ce transport effectué, la lèvre *ab* de la perte de substance faite à la paupière est mise en rapport avec le bord interne *cb* du lambeau; tandis que le bord externe *de* de celui-ci reste libre, limitant en dedans la partie saignante que son transport laisse à découvert; et qu'enfin le bord *cd* ou *fg* vient constituer le bord libre de la nouvelle paupière. Il reste à fixer le lambeau, par quelques points de suture simple, au niveau des extrémités du bord *cd* uni à *ac*, et le long du bord *cb* uni à *ab*. Le résultat de l'opération est représenté (fig. 173); *d'e'b'e'* représente le lambeau rapporté, *d'e'f'* la perte de substance.

Dieffenbach a insisté sur les avantages qu'il y a de respecter, autant que faire se peut, la conjonctive de la paupière mutilée, afin de faire servir cette portion de la muqueuse pour doubler la face interne de la nouvelle paupière. Dans ce but, on commence par détacher, avec un bistouri fin et pointu conduit le long du bord inférieur de l'orbite, depuis un angle de l'œil jusqu'à l'autre, la conjonctive restée ordinairement adhérente; on saisit le bord de cette membrane avec une pince, et on la décolle jusque près du globe. Après avoir taillé le lambeau comme nous l'avons précédemment indiqué, et l'avoir fait glisser en dedans pour combler la perte de substance de la paupière, on ajuste la conjonctive au bord supérieur du lambeau, à l'aide de quelques points de suture fins et entrecoupés.

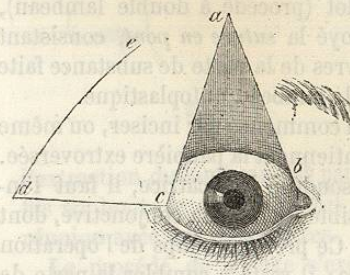


Fig. 174.

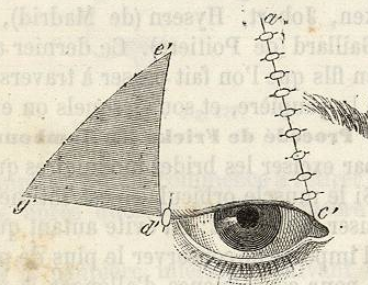


Fig. 175.

2° Paupière supérieure. On circonscrit, par les incisions *ab, ac* (fig. 174), toute la portion cicatricielle, et on en fait l'extirpation. On taille ensuite sur la tempe le lambeau *acde*, au moyen de deux incisions *cd, ac*. On dis-

sèque ce lambeau de bas en haut, jusqu'au pédicule *ae*, et on le fait glisser en dedans, pour combler la perte de substance *abc*. On applique des points de suture identiques à ceux dont il a été question pour la paupière inférieure; *a'e'd'e'* (fig. 175) représente le lambeau rapporté, *e'g'd'* la perte de substance. On prend les mêmes précautions pour la conservation de la conjonctive et la réunion de cette membrane au bord libre de la nouvelle paupière.

La plaie qui reste à la place même de la portion de peau taillée, soit sur la joue *f'd'e'* (fig. 173), soit sur la tempe *e'g'd'* (fig. 175), pour former le lambeau autoplastique, est abandonnée à elle-même, c'est-à-dire qu'on la laisse suppurer; les bourgeons charnus dont elle se recouvre sont réprimés avec la pierre infernale, afin de rétrécir la cicatrice. Chélius conseille au contraire d'en réunir immédiatement les bords.

Méthode indienne. On commence par prendre, avec un morceau de papier, le modèle exact ou le patron de la perte de substance à combler. On trace ensuite à l'encre le modèle du lambeau sur la région frontale, si c'est pour la paupière supérieure; sur la joue, si c'est pour l'inférieure. On a soin, pour prévenir les effets de la rétraction, de donner au lambeau des dimensions plus grandes que la perte de substance à remplacer. Le lambeau est taillé avec le bistouri, et on laisse près de la plaie de la paupière le pont cutané qui en forme le pédicule, en conservant à ce dernier une couche aussi épaisse que possible de tissu cellulaire. Le lambeau est alors transporté vers l'œil, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation sur son pédicule; on le fixe par une suture appropriée. Le pédicule est coupé à l'époque où on pense que les connexions nouvelles du lambeau lui fourniront assez de sang pour qu'il puisse vivre. La surface saignante d'où le lambeau a été extrait est réunie elle-même par première intention.

Telle est la méthode d'une manière générale. — Il y a des différences sous le rapport du lieu où on prend le lambeau, de la disposition et du degré de torsion du pédicule, des moyens de réunion du lambeau avec les bords de la perte de substance. De là divers procédés appartenant à Jüngken, Jobert, Hysern (de Madrid), Sédillot (procédé à double lambeau), Gaillard (de Poitiers). Ce dernier a employé la *suture en pont*, consistant en fils que l'on fait passer à travers les lèvres de la perte de substance faite à la paupière, et sous lesquels on engage le lambeau autoplastique.

Procédé de Fricke (de Hambourg). On commence par inciser, ou même par exciser les brides inodulaires qui maintiennent la paupière extroversée. Si le muscle orbiculaire est intimement soudé à la cicatrice, il faut l'inciser également; on évite autant que possible de léser la conjonctive, dont il importe de conserver le plus de parties. Ce premier temps de l'opération a pour conséquence d'allonger la paupière; il reste à combler la perte de substance au moyen d'un lambeau emprunté à la peau voisine.

S'il s'agit de la paupière supérieure, après avoir pris la mesure de la perte de substance du voile, on dessine sur la tempe le lambeau *cfb* (fig. 176) destiné à remplacer la brèche. Ce lambeau est pourvu d'un large pédicule et présente des dimensions plus étendues que la plaie palpébrale (*a*). Il est

taillé de telle façon que son bord interne (*bf*) tombe à peu près sur la queue du sourcil correspondant, pendant que le bord externe se prolonge un peu en bas et en dehors *fc* (fig. 176); en donnant au pédicule (*bc*) du lambeau cette légère inclinaison oblique de haut en bas et d'avant en arrière, on en rend le virement facile, et on peut affecter la coaptation sans le froncer. Avant de le transporter au niveau de la perte de substance (*a*, fig. 176), on coupe le pont tégumentaire qui existe en *b*, et l'on retranche autant de peau qu'il est nécessaire pour qu'on puisse imprimer au lambeau un libre mouvement de rotation sur son axe, vers *g*. Quand le lambeau est mis à sa place nouvelle (fig. 177), son bord interne ou antérieur (*bf*) est au contact de la lèvre inférieure de la plaie palpébrale, tandis que la lèvre supérieure de celle-ci est en rapport avec le bord externe ou postérieur du lambeau (*cf*). A la place même où le lambeau a été taillé, il reste une perte de substance (*a*, fig. 177), de forme triangulaire, à base *ch* comprise entre l'extrémité externe du sourcil (*h*) et la partie correspondante du pavillon de l'oreille (*c*); la lèvre antérieure (*ih*) en est plus courte que la lèvre postérieure (*ic*): la première a une direction verticale, la seconde est dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Après avoir appliqué le lambeau autoplastique sur la brèche palpébrale (*hb*, fig. 177), Fricke l'assujettit par un nombre suffisant de points de suture entrecoupés: le résultat de l'opération est représenté fig. 177. La paupière est recouverte de charpie, que l'on soutient par des bandelettes agglutinatives; la plaie qui résulte de

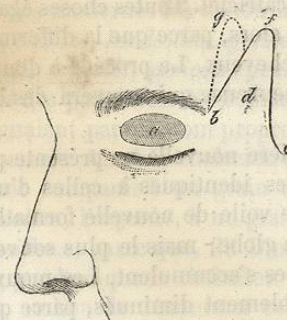


Fig. 176.

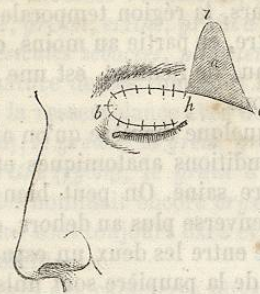


Fig. 177.

l'extraction du lambeau est pansée simplement. On commence à retirer les fils au bout de quarante-huit heures, après quoi on continue encore la réunion avec des bandelettes.

Le procédé de Fricke s'exécute à la paupière inférieure suivant les mêmes données: on emprunte le lambeau à la région malaire correspondante. On voit que dans ce procédé il reste entre la perte de substance de la paupière et la base du lambeau un *pont cutané* (*b*, fig. 176) qu'on est obligé de couper avant d'effectuer la migration du lambeau. Il est facile d'obvier à cet inconvénient par l'artifice suivant, dû à d'Ammon: On taille

le lambeau autoplastique de telle façon que l'extrémité interne du pédicule *cb* (fig. 176) vient tomber sur l'extrémité externe de la plaie d'avivement de la paupière *a* (fig. 176). Cette dernière plaie représente la branche horizontale d'un T, dont la branche verticale est formée par le bord antérieur du lambeau.

A quelque procédé qu'on ait recours, à moins que ce ne soit celui de Gaillard, il faut ôter avec précaution les points de suture le troisième ou le quatrième jour, continuer le pansement extérieur pour soutenir le lambeau et en prévenir la rétraction. Si on met en usage la méthode indienne, on évite d'exercer une pression trop considérable pour prévenir la gangrène du lambeau.

Appréciation. Rien de plus difficile que de préciser le procédé de blépharoplastie à préférer. C'est au chirurgien à en subordonner le choix, d'après l'étendue et la nature de la mutilation. Nous croyons cependant, d'une manière générale, que la *méthode française*, ou par glissement du lambeau, l'emporte sur la *méthode indienne*, ou par torsion du lambeau. Les procédés de Jones (p. 897), de Dieffenbach (p. 900), etc., donnent de beaux résultats, quand la perte de substance à combler n'est pas trop étendue, parce que la nouvelle paupière est formée de portions tégumentaires qui ressemblent à celles de l'ancienne. Le voile est-il au contraire détruit dans la plus grande partie ou dans la totalité de son étendue, la *méthode indienne*, qui permet de tailler de plus grands lambeaux, est préférable. Dans ce cas, on choisit de préférence pour la confection du lambeau une des régions avoisinantes où il n'existe pas de tissu cicatriciel. Toutes choses égales d'ailleurs, la région temporale est préférable alors, parce que la difformité peut être, en partie au moins, cachée par les cheveux. Le procédé à double lambeau, de Sédillot, est une modification heureuse qui trouvera des applications.

De quelque manière qu'on ait agi, la paupière nouvelle ne présente pas des conditions anatomiques et physiologiques identiques à celles d'une paupière saine. On peut bien obtenir que le voile de nouvelle formation ne se renverse plus au dehors, qu'il protège le globe; mais le plus souvent il reste entre les deux un espace où les larmes s'accumulent. Les mouvements de la paupière sont nuls ou considérablement diminués, parce que le muscle orbiculaire a été détruit en partie ou en totalité. C'est en vain qu'on chercherait à rétablir ces mouvements, en empruntant des lambeaux doublés de fibres musculaires (*procédé d'Hysern*). Ces fibres n'arrivent jamais à reconstituer un muscle analogue à l'orbiculaire. La peau de la nouvelle paupière ne présente pas les plis transversaux, la finesse et la couleur de l'état normal. Enfin dans les cas où la destruction de la paupière comprend le bord libre, le voile de nouvelle formation est dépourvu de cils. On a cherché à obvier à ce dernier inconvénient, en arrachant de l'autre paupière, avec des pinces, la quantité de cils nécessaires, et en les insérant dans de petites piqûres obliques de 1 millimètre de profondeur, pratiquées le long du bord de la paupière, en maintenant le tout avec des bandelettes agglutinatives.

CHAPITRE VII.

TUMEURS DES PAUPIÈRES.

Il en est de diverses sortes : des *verrues*, des *productions cornées*, des *névromes*, des *tumeurs graisseuses*; on y a signalé l'*enchondrome*, des *productions osseuses*. L'*œdème* n'y est pas rare. Quelquefois la peau de la paupière subit une hypertrophie considérable (*éléphantiasis*). On rencontre aussi aux paupières des *tumeurs vasculaires* de divers genres : *anévrismes* et *varices artérielles*, *tumeurs érectiles*, *tumeurs variqueuses*. Nous renvoyons à la première et à la seconde partie de cet ouvrage, ainsi qu'à notre *Traité des maladies des yeux* (p. 436 et suiv.) pour la connaissance de ces diverses affections, et nous nous bornerons à l'étude des *kystes*, de l'*emphysème* et des *tumeurs malignes*.

ARTICLE I.

Kystes des paupières.

Les kystes des paupières ont reçu des anciens chirurgiens et de la plupart des modernes les dénominations les plus diverses : *chalazion*, *chalazion*, *chalaze*, *chalaze*, *hordeolum*, *gresle*, *grain de grêle*, *grêlon*, *crithe*, *grain d'orge*, *orgueil*, *orgeolet*, *périoris*, *grando*, *porosis*, *vésicules sébacées*, *phlycténules*, *millet* des paupières. Ne connaissant pas la nature de ces tumeurs, ils les désignaient par un nom propre à en rappeler la ressemblance avec des objets usuels. Ainsi le *chalazion* ($\chi\alpha\lambda\alpha\zeta\alpha$, grêlon), le *grêlon*, la *grêle*, *grando*, étaient comparés à un grain de grêle; le *crithe* ($\chi\rho\theta\eta$), le *grain d'orge*, *hordeolum*, l'*orgeolet*, à un grain d'orge. On les nommait encore *orgueil* et *orgueilleux*, parce que, dit Dionis, ces tumeurs sont toujours fixes et arrêtées, pendant que le *chalazion* est doué de mobilité.

Si, au lieu de dénommer ces tumeurs d'après des caractères physiques variables, on s'était attaché à en rechercher la véritable nature, en se fondant sur les données tirées de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique, on aurait évité cette déplorable confusion. Aujourd'hui que nous connaissons les nombreux appareils glandulaires contenus dans les paupières, il est facile de rattacher toutes ces productions appelées *chalaze*, *grêle*, *grêlon*, *crithe*, *grain d'orge*, *orgueil*, *grando*, etc., à des kystes *préexistants*. Quand on songe aux nombreux follicules de tout genre contenus dans l'épaisseur de ces voiles, on comprend que les produits sécrétés par ces glandes peuvent s'y accumuler, et que la membrane qui les renferme subit une distension progressive; d'où la formation d'une poche plus ou moins volumineuse. On comprend encore que le séjour prolongé de la substance sécrétée par la membrane folliculaire en modifie la com-