

trop attendu. On agira donc suivant les circonstances, en mettant en œuvre, au point de vue de l'esthétique et de la protection de l'œil, les mêmes règles que pour l'ablation de toute néoplasie palpébrale bénigne ou maligne. L'essentiel sera de dépasser légèrement les limites du mal.

On a aussi recommandé l'électrolyse. Elle nous semble inutile, si le mal est très limité, et exposera souvent à des séances nombreuses et douloureuses. De plus, son résultat est douteux, de même que son influence sur les propagations ultérieures. Elle mérite, à notre avis, d'être essayée bien plutôt dans les cas inopérables par les procédés d'excision.

C'est un procédé d'exception, non de choix, et qui peut être incertain.

Éléphantiasis. — Les traitements généraux donnent en général un insuccès, s'ils sont employés seuls.

Les traitements locaux consistent, soit dans des opérations partielles, soit dans des ablations. La compression, l'électricité, sont peu efficaces.

Parmi les opérations partielles, les injections sclérogènes de chlorure de zinc (3 gouttes, profondément, de solution à 1/20^e, dans chaque paupière, tous les 8 jours) recommandées par Deschamps méritent d'être essayées systématiquement. Les ponctions, le drainage avec des fils d'or ou des crins, les scarifications, les injections sérothérapiques ou toxiques, ne sont pas des moyens sur lesquels on puisse compter. L'électrolyse a été employée par Gross et d'autres. Mais elle a été généralement suivie d'insuccès partiel.

On est souvent obligé d'en venir à l'ablation qui a donné quelques succès, mais qui a été quelquefois suivie aussi de récurrence. L'ablation de la peau et du tissu sous-cutané malades pourra être complétée par une suture fronto-palpébrale (Van Duyse), comme dans le procédé de Wecker pour la blépharoptose, afin d'éviter une chute complète de la paupière.

§ IV. — Tumeurs.

Les tumeurs *bénignes* seront généralement enlevées quand l'opération sera possible ou acceptée. La cautérisation chimique ou ignée ne seront indiquées que comme procédés exceptionnels.

Papillomes. — Au niveau du bord ciliaire, les hypertrophies localisées, les papillomes seront enlevés d'un simple coup de ciseaux courbes, une fois convenablement saisis avec la pince-érigne. Au niveau du bord ciliaire, en effet, on ne pourra pas aller très profondément afin d'éviter le trichiasis ou une encoche disgracieuse. Ce n'est qu'en cas de récurrences répétées qu'on en viendrait, après insuccès de la cautérisation prudente au point cruenté, à l'ablation d'un V vertical du bord palpébral, comprenant et dépassant légèrement la base d'implantation de la tumeur, et suivi d'une suture minutieuse avec point surplombant en plein bord ciliaire. On ne penserait à cette opération qu'après avoir épuisé tous autres moyens conservateurs.

Nous agissons *autrement* avec le molluscum pendulum et les verrues de la surface palpébrale externe; là nous dessinons horizontalement au bistouri un *petit losange* de peau dont le pédicule d'implantation forme le centre; puis nous enlevons complètement ce losange qu'un point de suture à la soie, effaçant les angles obtus, transforme en une ligne rapidement invisible. De cette façon, on agit d'un seul coup et on n'observe pas de récurrences. La ligature, les cautérisations chimiques et ignées ont au contraire des ennuis et des dangers, avec une fausse benignité apparente et l'opération précédente est absolument indolore avec une injection sous-cutanée de 2 à 3 gouttes de cocaïne à 1 pour 100.

Kystes sébacés. — Les grains de milium et les kystes

sébacés seront incisés et vidés d'un coup de curette tranchante.

Kystes transparents. — Les kystes transparents, accrochés avec la pince-érigne, auront leur paroi externe entièrement *excisée* avec des ciseaux courbes, très *pointus*, qui l'ouvrent et la sectionnent en même temps. Tout curage consécutif est inutile.

Calculs meibomiens. — Les pierres des paupières seront extraites par la conjonctive avec l'aiguille à corps étrangers. Il suffit de ponctionner et de tourner l'aiguille sur elle-même pour faire sauter la concrétion et les comédons.

Angiomes. — Les angiomes, fréquents chez les jeunes sujets, ont été traités par la cautérisation ignée ou chimique, la ligature, la coagulation, l'extirpation, la vaccination, moyens dont certains sont inefficaces, les autres, malgré des succès, dangereux (perchlorure de fer et autres liquides). Quant à la cautérisation ignée, elle ne respecte pas assez la peau, qui, sous l'influence de cautérisations trop rapprochées, forme une escarre : l'ensemble du résultat est quelquefois tout à fait déplorable, ineffaçable et nécessite l'ablation de la cicatrice. Si on pratique la cautérisation, ce sera bien plutôt avec un *très fin* et *très long* galvano ou thermocautère et en *plusieurs séances* qu'il faudra agir, pour éviter des accidents presque irrémédiables. Quand on est bien outillé, l'électrolyse constitue le procédé de choix. L'électrolyse positive a été beaucoup prônée contre les angiomes en général (Ciniselli). Mais elle peut, même à de très hautes intensités, rester absolument inefficace. Aussi l'électrolyse bipolaire ou surtout négative est-elle plus indiquée, employée avec de grandes précautions, en se rappelant son action énergique, et l'intensité à régler si différemment des fortes intensités de l'électrolyse positive.

On opérera, après avoir endormi ou solidement maintenu, s'il s'agit d'un très petit enfant.

Les réfrigérants pourraient rendre service, avec des précautions pour empêcher leur entrée dans l'œil.

Si l'on emploie l'électrolyse positive, il faut s'attendre à une série de séances : suivant la grosseur de l'angiome, on placera une ou plusieurs aiguilles désinfectées reliées au pôle positif et on fait passer, après avoir mis l'électrode négative sur la tempe ou mieux près de l'angiome, un courant, progressif jusqu'à 25 à 30 milliampères, pendant 2 ou 3 minutes, puis on redescend lentement.

L'électrolyse négative, qui nous semble beaucoup plus expéditive, ne comporte que 2 à 3 milliampères pendant 12 à 15 secondes.

On criblera les vastes angiomes de plusieurs piqûres dans la même séance, en tenant les aiguilles assez loin les unes des autres.

Si l'angiome se réduit à une petite tache, la cautérisation ignée pure et simple, au galvano ou thermocautère et même à l'aiguille rougie, à la manière ancienne, nous a souvent donné un résultat immédiat. Toutefois elle cause une petite cicatrice blanchâtre qui, d'ailleurs, n'est visible que sur une *joue* très colorée.

On a également conseillé l'ablation, peu recommandable à la face, sauf pour de petits angiomes nodulaires, et les injections sclérogènes au chlorure de zinc (Lannelongue). Mais on conçoit que ces moyens sont très exceptionnels, et qu'on devra avoir essayé d'abord l'effet de quelques séances électrolytiques.

En somme, pour la chirurgie des angiomes faciaux, c'est plutôt l'étendue de la lésion et son volume qui modifient le procédé opératoire dans une région où le résultat esthétique doit primer tout. Mais c'est rarement par la cautérisation ignée très prudente et le plus souvent avec l'électrolyse que l'on obtiendra les meilleurs succès avec le moins de dégâts.

Nævi pigmentés. — Les nævi pigmentés et pileux non vasculaires seront souvent laissés tranquilles ; sinon,

dans certains cas, l'ablation losangique nous a plusieurs fois donné de bons résultats, de même que la cautérisation ignée dans les très petits nævi. Dans les plus gros, celle-ci aurait l'inconvénient de nécessiter plusieurs séances et de former une vaste tache cicatricielle blanche.

Névrome plexiforme. — Le névrome plexiforme comporte l'extirpation, pratiquée de bonne heure, pour lutter contre l'extension du mal ou ses récives. On respectera la peau le plus possible, de même que la conjonctive, et on agira par dissection, en ne supprimant que les parties malades tout en les dépassant légèrement. Il y a des cas où l'opération peut être extrêmement laborieuse et se compliquer de celles destinées à éviter la blépharoptose et l'ectropion.

Cornes. — Les cornes seront enlevées avec excision d'un losange horizontal en pleine peau saine. Nous en avons opéré quatre cas, tous quatre chez des femmes d'un certain âge, et sans récive.

On ne s'attardera jamais, sauf résistance absolue du malade, aux autres interventions et à l'application des topiques.

L'opération sera faite régulièrement avec la pince hémostatique à anneau ou avec la plaque-spatule sous-palpébrale.

Les autres tumeurs bénignes n'intéressant pas la peau (lipomes, etc.) sont susceptibles de l'ablation par dissection soignée, en s'abstenant d'enlever les téguments; aux paupières, lorsque les téguments sont intacts, il faut toujours *tout garder* en fait de peau.

Épithélioma. — L'épithélioma palpébral présente, en plus du pronostic général de la lésion, un intérêt spécial à cause du voisinage du globe de l'œil. L'œil peut, en effet, être atteint d'ulcérations graves, si les paupières rongées ne lui offrent plus une protection suffisante, si l'ablation de la tumeur laisse le globe à découvert, ou encore si

certaines topiques caustiques sont appliqués sans ménagement et fusent jusqu'à la conjonctive et à la cornée.

Toutes les formes bénignes ou malignes de l'épithélioma ont été observées aux paupières, surtout à la paupière inférieure. Bornons-nous à rappeler que l'épithélioma de l'angle interne, connu de tous temps sous le nom d'encanthis cancéreux, a le fâcheux privilège de s'étendre souvent, comme Valude l'a fait de nouveau remarquer, dans les fosses nasales par les voies lacrymales qui favorisent cette propagation latente et pour ainsi dire souterraine.

Les indications thérapeutiques sont guidées plus encore par le *siège* que par la forme *clinique* et *histologique* de l'affection, et elles nous paraissent trop importantes dans la pratique pour ne pas être soigneusement précises.

a) *Épithélioma localisé sur la face antérieure d'une paupière.* — Il sera enlevé, en coupant dans le tissu sain et sans autoplastie spéciale, si la suture des lèvres de la plaie n'entraîne pas d'ectropion.

Dans quelques cas, une petite autoplastie par glissement (constituée en faisant à quelque distance de la plaie une incision libératrice d'étendue variable et en soulevant par dédoublement la peau qui sépare l'incision libératrice de la lèvre la plus rapprochée de la plaie, de façon à pouvoir affronter) pourra suffire. L'emplacement de l'incision libératrice se trouve quelquefois dans une région (sillon orbito-sourcilier, orbito-malaire) où le tiraillement n'a plus d'effet ectropionnant; on pourra combler, soit avec un petit lambeau cutané, soit avec des greffes épidermiques, tout espace trop grand pour être abandonné à sa cicatrisation naturelle.

b) *Épithélioma superficiel très étendu.* — Dans certains cas d'épithéliomas superficiels envahissant le front, le dos du nez, les paupières, on devra, lorsqu'ils sont tellement vastes que l'ablation totale est impossible et souvent même

refusée par le malade, les curetter à fond avec la curette tranchante, et les épithélialiser avec le chlorate de potasse. La poudre de chlorate de potasse est très dangereuse pour l'œil, où elle peut produire les plus graves ulcères cornéens. Nous nous en tenons dans les régions assez rapprochées de l'œil pour que le chlorate puisse y fuser, à la pommade au chlorate à 1/10 (Gaucher), qui n'a plus les mêmes inconvénients, et qui nous a donné, à plusieurs reprises, des résultats rapides et excellents: on en applique tous les jours une ou deux fois sur toute l'étendue de la plaie. Pour supprimer l'hémorragie en nappe qui, le curettage terminé, gêne l'application du chlorate, nous employons, pour obtenir, en quelques secondes, une hémostase parfaite, la gélatine, selon le mode préconisé par P. Carnot pour les hémorragies en général, et que nous avons appliqué à la chirurgie oculaire¹. Il s'agit de gélatine à 7 ou 10 pour 100, que l'on prépare comme celle des laboratoires pour les cultures, et que l'on conserve dans des tubes fermés à la lampe ou bouchés à la ouate, où la stérilisation reste indéfinie. La gélatine ramollie par le séjour du tube pendant quelques minutes dans l'eau chaude, rien de plus simple que d'en imbiber des tampons qu'on applique sur la plaie. Les artères ont été préalablement tordues, s'il y a lieu. Cette hémostase, ni irritante ni toxique, donne de très bons résultats, lorsqu'on a à arrêter l'hémorragie diffuse sur une large surface où elle gêne l'application de topiques.

Les pansements au bleu de méthyle ont été également préconisés et ont donné des succès dans des cas analogues, suivant la méthode de von Mosetig (Abadie, Darier)², combinés aux cautérisations. Mais le succès du chlorate de potasse est également indiscutable et souvent très rapide, si on ne se borne pas à l'appliquer, soit sur des surfaces où

1. A. Terson. *Technique opht.*, 1898.
2. Domec. Thèse de Paris, 1895.

un grattage est indispensable pour qu'il puisse agir, soit sur des cas où l'ablation s'impose.

L'aristol, en poudre ou en pommade, doit être employé, s'il y a lieu, comme cicatrisant (Brocq), lorsque le chlorate a agi depuis quelques jours. Sans cela, il pourrait échouer. Nous l'avons autrefois essayé d'emblée sur un petit cancroïde qui lui résista, tandis que la substitution du chlorate de potasse amena une cicatrisation rapide. On commencera tout au moins par le chlorate. On a aussi recommandé le chlorate de potasse à l'intérieur; nous avons vu plusieurs cancroïdes guéris par les seules applications locales. L'arsenic à l'intérieur a été également employé; son usage (liqueur de Fowler, granules de Dioscoride, cacodylate) améliore, en effet, l'état général des malades et est par conséquent recommandable.

Lorsque la cicatrisation de ces vastes surfaces est très avancée et qu'on n'a pu voir aucune menace de récurrence, les greffes épidermiques de Thiersch, en îlots, faites en enlevant au rasoir des surfaces épidermiques dans les régions glabres des membres, après cocaïnisation par injection sous-cutanée à 1/100, seront indiquées pour activer rapidement l'épidermisation totale.

Les traitements par les si nombreux caustiques, anciens et récents, trouvent une contre-indication fréquente et doivent être très prudemment appliqués dans le voisinage immédiat de l'œil. Quant aux injections streptococciques, devant jouer un rôle analogue à celui des érysipèles curateurs, leur emploi doit être réservé.

c) *Épithélioma en cuirasse*. — Nous avons eu une fois à soigner une religieuse fort âgée, dont le bord ciliaire de la paupière inférieure était ulcéré depuis plusieurs années par un cancroïde; mais l'infiltration dure de la paupière comprenait toute la hauteur de la paupière qui était épaissie et avait la consistance du carton. Il y avait là un véritable cancer en cuirasse, comme on en a signalé dans d'autres

régions. La malade refusant toute intervention chirurgicale (qui d'ailleurs n'aurait pu être que l'ablation totale de la paupière inférieure, avec autoplastie immédiate), nous lui fîmes appliquer deux fois par jour la pommade au chlorate de potasse à 1/10 dans l'œil, pour lutter contre l'ulcération du bord ciliaire, et nous lui injectâmes tous les deux jours pendant trois semaines en pleine paupière sept à huit gouttes d'une solution saturée de chlorate de potasse. L'ulcération se cicatrisa en partie, et l'infiltration était devenue beaucoup moins dure et moins épaisse, mais la malade fut obligée de repartir en province et nous la perdîmes de vue.

Des recherches sur les injections sous-cutanées de chlorate, dans des cas analogues, pourraient peut-être être tentées quand les sujets refusent l'opération, et dans certaines formes diffuses.

d) Destruction partielle de toute l'épaisseur d'une paupière, y compris la conjonctive. — Dans ces cas, lorsqu'une partie de la paupière est infiltrée en totalité, conjonctive, tarse et peau, le mieux est d'enlever en deux coups de ciseaux un V palpébral en dépassant convenablement les limites du mal. Une suture de toute l'épaisseur des couches palpébrales réunira la plaie par première intention. Exceptionnellement, on pourra favoriser la coaptation et diminuer le tiraillement, en fendant assez loin la commissure externe, et, au besoin, en attirant un volet palpébral mobilisé par des incisions libératrices.

En tous cas, la reconstitution autoplastique doit être immédiate ici, pour éviter une disgracieuse perte de substance, néfaste pour l'œil.

Exceptionnellement, lorsque le cancroïde a envahi tout le bord libre d'une paupière, et, particulièrement, le bord de la paupière inférieure, on pourra découper purement et simplement et supprimer aux ciseaux ce bord en plein tissu sain, puis on borde par des sutures la peau à la muqueuse. Surtout pour la paupière inférieure, il existe des cas où cette

conduite a pu donner des résultats durables, avec une difformité peu apparente et sans lésions cornéennes. On agira ainsi soit par suppression simple, soit par autoplastie, suivant la forme, l'étendue et le siège de l'épithélioma.

Si le bord cicatriciel de la paupière inférieure est trop bas, on pourrait le relever par une autoplastie à glissement (procédé de Sanson et W. Jones, etc.), une greffe, avec ou sans tarsorrhaphie partielle, surtout interne, n'empêchant en rien la vision et ne modifiant pas trop l'aspect de l'œil.

e) Destruction totale d'une paupière. — Lorsqu'une des deux paupières se trouve, pour ainsi dire, absorbée, fondue, le malade ayant trop attendu avant de venir consulter, l'œil se trouve naturellement exposé aux graves conséquences de l'exposition totale et continue à l'air, entraînant les kératites ulcéreuses consécutives à l'exophtalmie et aux diverses variétés d'ectropion cicatriciel.

Pour la *partie interne* de la paupière supérieure et surtout pour le quart interne de la paupière inférieure, si souvent atteint, l'ablation de la partie malade, en tranchant dans le tissu sain, sera suivie ordinairement d'une autoplastie par glissement suivant les types ci-contre (fig. 2

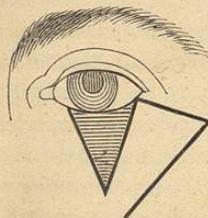


FIG. 2. — Procédé de Dieffenbach.

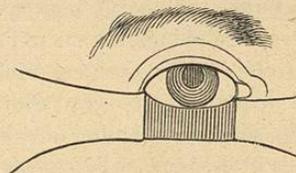


FIG. 3. — Procédé de Knapp.

et fig. 3). Ce n'est que pour la destruction *totale* et *médiane* d'une paupière qu'il y a plus d'intérêt, pour éviter des délabrements énormes, avec cicatrices difformes, et pour

avoir un vaste lambeau d'une parfaite coaptation sans tiraillement, à recourir à l'autoplastie avec lambeau en faucille (voy. *blépharoplastie*).

L'absence de la paupière inférieure est évidemment moins grave que celle de la paupière supérieure, mais, bien qu'on puisse suivre quelquefois longtemps des malades avec peu ou pas de paupière inférieure et sans kératite consécutive, il en est d'autres où une ulcération cornéenne se produit, avec leucome adhérent ou même panophtalmie. La conjonctive étant détruite, il n'y a pas à songer à s'en servir pour doubler un lambeau cutané autoplastique destiné à reconstituer la paupière. Si la paupière supérieure est intacte, on pourrait, comme on l'a quelquefois utilisée depuis Denonvilliers, employer la paupière supérieure pour recouvrir l'œil ou faire un lambeau en escarpolette ou en pont (Tripier). On peut enlever complètement le bord ciliaire et par une incision libératrice dédoublant les tissus palpébraux comme pour le premier temps d'une blépharoplastie banale, détendre assez, en la dépliant, cette paupière pour venir suturer son bord libre, cruenté par l'ablation du bord ciliaire, avec les bords cutanés de la plaie laissée par l'ablation. On placera un lambeau cutané autoplastique à pédicule ou hétéroplastique, sur la place laissée libre par l'incision et le dédoublement de la paupière supérieure. Ultérieurement, on pratiquera une petite boutonnière transversale donnant une ouverture palpébrale au milieu même de ce qui constituait autrefois la paupière supérieure. Si la paupière supérieure est disparue, on pourrait utiliser de même, mais avec beaucoup plus de difficulté, la paupière inférieure pour servir de voile protecteur, en l'étendant par un lambeau autoplastique. Ce qui gêne, en effet, dans ces cas où la conjonctive est disparue, c'est l'absence même de conjonctive. L'utilisation de la paupière restante, malgré ses défauts esthétiques, peut alors s'imposer, car elle a le grand avantage d'être doublée de conjonctive.

Le cas est tout à fait différent lorsqu'en présence d'une destruction à peu près totale de la peau d'une des paupières, on s'aperçoit néanmoins que la conjonctive est intacte, au moins dans le cul-de-sac. Lorsque la perte de substance n'est pas trop étendue, on utilisera aussi bien à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure les nombreux procédés (voy. *blépharoplastie*) où l'on fait glisser un volet cutané sur la perte de substance provoquée par l'ablation de tout l'épithélioma cutané, la conjonctive étant intacte. Quant au triangle cutané laissé vide et qui constituait l'emplacement primitif du volet autoplastique, le déplacement de ses bords mobilisés par de nouvelles incisions libératrices, une greffe totale, ou, plus tard, quelques greffes de Thiersch pourront aider à sa cicatrisation : mais le résultat esthétique reste assez disgracieux. Cette question est relativement secondaire, en présence du but visé qui est l'ablation d'une néoplasie dangereuse et la protection autoplastique de l'œil. La question cosmétique doit alors céder le pas à la conservation de la vie et de la vue.

Le **procédé de Burow** (fig. 4) est le seul qui ait l'avantage de ne pas laisser à découvert un vaste emplacement cruenté qui oblige à une autoplastie immédiate ou tardive ; mais la coaptation de ses lambeaux exige un tiraillement extrême qui peut faire manquer la suture ; de plus, un lambeau triangulaire ne représente qu'assez imparfaitement la forme en croissant de la paupière inférieure.

Aussi, dans un grand nombre de cas, et surtout pour la paupière inférieure, la blépharoplastie à pédicule, celle par échanges de lambeaux et leurs diverses variétés, sont *bien préférables*. Après avoir, par exemple, enlevé toute la paupière inférieure, en conservant scrupuleusement toute la conjonctive saine, mais en sacri-

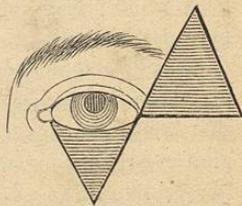


FIG. 4. — Procédé de Burow.

fiant largement et impitoyablement celle qui est malade, on dessine sur la joue un large lambeau en faucille à concavité supérieure analogue à celle du bord ciliaire inférieur qu'elle doit suppléer et on le transporte par échange des lambeaux, sur la surface d'ablation de l'épithélioma; une fois le lambeau mis en place, on suture à la peau ses bords latéraux et inférieurs, puis on suture exactement le bord supérieur à la conjonctive. La tarsorrhaphie, indispensable dans l'immense majorité des cas de blépharoplastie, est ici *contre-indiquée* d'autant qu'il n'existe plus trace du bord ciliaire; on se bornera à la suture du bord conjonctival et du bord cutané. Toute tarsorrhaphie provoquerait ici le contraire du bon effet qu'elle donne habituellement.

Ces lambeaux prennent en totalité comme par enchantement et donnent un résultat esthétique admirable comme solidité, coaptation et couleur. Il n'y manque que des cils et un canalicule lacrymal inférieur, lorsqu'on a été obligé de l'enlever. Cela réussit surtout chez la femme, et ce lambeau glabre repose sur le pli naturel du sillon orbito-malaire. Chez l'homme, la présence de nombreux poils peut rendre le résultat plus disgracieux et il faut souvent penser à d'autres procédés ou combinaisons de procédés.

Dans la blépharoplastie, comme dans toute opération plastique, le chirurgien doit se doubler d'un artiste. Sans rien laisser au hasard, il doit, au contraire, avoir fait son plan et pris des mesures spéciales dans chaque cas particulier, au lieu d'exécuter machinalement des procédés donnés qui, en réalité, doivent subir de notables modifications de forme et d'étendue, suivant les exigences de la situation et sous peine d'insuccès complet.

En tous cas, ces procédés, par lambeau en faucille à concavité supérieure, donnent des résultats souvent bien supérieurs aux procédés par glissement simple, qu'on trouve trop souvent seuls figurés dans les livres et qui, en réalité,

s'adaptent mal, excepté dans certains cas peu étendus, à la forme de la surface à combler après ablation de l'épithélioma. Rien de plus simple que d'en prendre, comme nous le faisons toujours, avec du protective, l'étendue et la forme exacte, en augmentant les dimensions d'un quart environ, au lieu de s'en remettre au jugé. Il faut mesurer la pièce pour bien exactement obtenir le résultat désiré. Le résultat définitif peut être très durable et nous avons eu l'occasion de voir une femme absolument guérie depuis 8 ans d'un vaste cancroïde, après autoplastie totale de la paupière inférieure. Un peu de larmolement était le seul ennui qui en résultait.

Quant à la méthode italienne (Branca, Tagliacozzi), on ne pourrait y penser qu'à titre absolument exceptionnel et souvent après insuccès de l'autoplastie à pédicule et de l'hétéroplastie.

La théorie de Martinet et de plusieurs autres chirurgiens qui ont soutenu que l'autoplastie *pouvait prévenir la récurrence*, est abandonnée, depuis les trop nombreux exemples de récidives *sous* et *dans* le lambeau. Ce n'est pas sur ce point que la question de l'autoplastie immédiate doit s'appuyer. Toutefois on a plusieurs fois remarqué que dans le *lupus* (Dieffenbach) et dans les tumeurs, le lambeau restait quelquefois indéfiniment indemne, tandis qu'il était *entouré* d'une récurrence. Cela prouve que, même en retranchant dans le tissu paraissant sain, le tissu qui avoisine la néoplasie n'est pas cependant aussi normal que le tissu qui en est très éloigné. L'âge des malades, souvent atteints d'infirmités ou ne se possédant pas bien, leur incapacité fréquente (à vérifier par un essai de quelques jours) à conserver le bras dans la position anormale qui leur est imposée, limitent déjà ce mode d'intervention. Néanmoins on pourrait y penser lorsqu'il s'agit de combler de *très vastes* surfaces sur un sujet bien portant, d'ailleurs intelligent et ayant la résistance morale et physique désirée. Nous avons vu ainsi

un admirable résultat obtenu par un de nos maîtres pour une tumeur de la joue. Le lambeau obtenu par la méthode italienne donnait le résultat le plus parfait et dépassait en étendue la largeur de la paume de la main. Bien qu'elle constitue une ressource dont les indications sont rares et doivent être soigneusement pesées, cette méthode est utilisable pour combler d'énormes surfaces, frontales ou malaires, plus rarement palpébrales.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'il s'agit de la destruction très étendue d'une paupière, on sera généralement obligé à une autoplastie immédiate. Il ne s'agit donc plus, comme dans les cas précédents, d'une autoplastie qui doit être quelquefois remise à une époque ultérieure, ou même être alors superflue, lorsque la lésion n'intéresse pas toute l'épaisseur de la paupière ou se trouve à une certaine distance du globe de l'œil. Dans le cas de destruction très étendue, on ne gagne rien à attendre pour refaire la paupière et on laisse souvent se perdre l'œil, resté à découvert après l'ablation large du néoplasme si l'on dépasse les limites du mal.

f) **Épithélioma de la commissure externe avec envahissement d'une ou des deux paupières.** — On observe assez rarement cette variété: la thérapeutique locale par les topiques

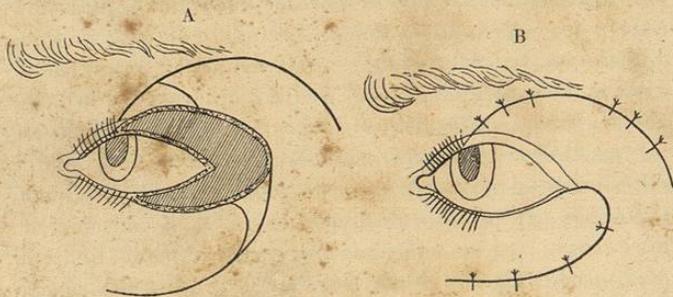


FIG. 5. — Reconstitution de la commissure externe par glissement.

est peu applicable en général, laisse le mal s'étendre et,

ce qui est plus grave, infiltrer de proche en proche toute l'épaisseur des paupières. Dans quelques cas, si la conjonctive est malade, on sera obligé d'en sacrifier une bonne partie, ce qui n'est pas sans inconvénient pour la mobilité du globe (sympyléphon consécutif); pour remédier à l'absence de conjonctive, on pourra, après ablation de toute la portion palpébrale malade, toujours en dépassant largement la lésion, remplir le vide par une autoplastie par glissement (fig. 5) ou à pédicule (fig. 6) et adosser, s'il y a lieu, une partie du lambeau à lui-même en le fixant à sa base par une suture traversant toute son épaisseur, de façon à reconstituer une commissure externe où la partie de conjonctive supprimée est remplacée par un revêtement cutané. Enfin, si la perte de substance n'est pas trop grande, on se bornera, avec ou sans incision libératrice,

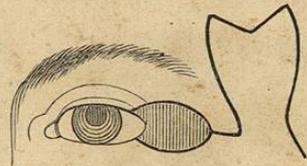


FIG. 6. — Reconstitution de la commissure externe par un lambeau en fourche (Hasner).

à suturer les bords de la plaie d'ablation (canthorrhaphie), de manière à obtenir une réunion immédiate qui n'a que l'inconvénient de rétrécir un peu la fente palpébrale du côté opéré.

g) **Épithélioma de l'angle interne, du nez, du sourcil et des régions péripalpébrales.** — Lorsqu'il est peu avancé, l'ablation pure et simple s'impose et, dans ces cas-là, on devra s'inspirant des recommandations de Gerdy, Verneuil et Valude, s'abstenir de toute autoplastie immédiate et abandonner la plaie à l'*autoplastie naturelle* (Verneuil). Autant elle nous semble justifiée, indispensable, en présence d'une ablation de canéroïde laissant une grande partie de la cornée exposée, autant ici l'angle interne et le dos du nez se prêtent mal à une autoplastie. Lorsqu'on se propose une autoplastie à pédicule, on est conduit à adopter un lambeau frontal

par la méthode indienne, qui est connu sous le nom de *tracé de Blasius* (fig. 7). Mais, outre la disgracieuse cicatrice au milieu du front, l'angle interne, dont la peau normale est fine et foncée, se trouve alors comblé par une masse de peau noueuse et épaisse, dont l'aspect et la couleur blanche constituent une difformité. La greffe donne un résultat moins difforme, mais difficile à obtenir en raison de la forme de la région : de plus cette autoplastie peut être inutile.



FIG. 7. — Reconstitution de l'angle interne par lambeau fronto-nasal.

A. Excision et tracé du lambeau.
B. Suture.

Nous avons plusieurs fois enlevé d'assez larges épithéliomas du nez ou de ses parties latérales, et de l'angle interne de l'orbite. Dès que la suture des bords de la plaie exigeait trop de tiraillement, nous l'avons abandonnée, laissant la plaie se cicatriser purement et simplement. Nous avons vu souvent alors de vastes pertes de substance se réduire à de minimes cicatrices. Dans l'angle interne, en particulier, la cicatrice rougeâtre, ne risquant pas d'ectropionner les paupières, était perdue dans l'ombre du creux ombragé par le sourcil. On hâtera quelquefois la cicatrisation, tout en surveillant les récidives, par l'apposition de quelques îlots de greffes épidermiques à la Thiersch, mais on pourra s'en abstenir et avoir des cicatrisations natu-

relles sans déformation palpébrale et *moins visibles qu'une autoplastie*.

Lorsque l'épithélioma térébrant a envahi, troué l'unguis et pénétré dans les fosses nasales, toute autoplastie sera différée, car elle ne servirait qu'à recouvrir une repullulation profonde et rapide, contre laquelle les ressources sont limitées. La récurrence est des plus redoutables, malgré de vastes délabrements de la paroi externe des fosses nasales.

Les traitements par cautérisation ignée, topiques, cautérisation chimique, constituent, dans cette variété d'épithélioma, qui est celle qui échappe le plus aux efforts thérapeutiques, une ressource précaire, mais qui, dans quelques cas, retarde l'évolution envahissante de la néoplasie. C'est dans ces cas si rebelles, que la sérothérapie serait pour ainsi dire la seule méthode indiquée, si elle se réalisait dans des conditions reconnues peu dangereuses et avec des résultats curatifs ou palliatifs indiscutables. Il en est de même lorsque les ganglions sont largement envahis et qu'il n'est plus possible de penser à une intervention même palliative de ce côté.

h) **Destruction totale des paupières avec dégénérescence de la conjonctive atteignant le globe de l'œil.** — Ici les opérations réparatrices cessent véritablement d'avoir des indications raisonnables : c'est le cas de détruire radicalement et largement. Si le malade ne consent pas à une intervention complète en somme peu dangereuse pour son existence, les pommades chloratées et le traitement topique seront continués, mais ils joueront trop souvent un rôle illusoire et purement moral. Si, au contraire, le malade se résout à l'intervention, l'ablation complète de la partie restante des paupières et le curage total de l'orbite, avec raclage du périoste, s'imposent pour avoir des effets durables.

Il y a enfin des cas d'épithéliomes extrêmement étendus, soit par l'incurie du malade ou sa répulsion pour tout soin médical ou chirurgical (comme on en voit encore, surtout chez les paysans), soit par des récidives multiples. On

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. A.

enlèvera ces vastes dégénérescences, qu'un tissu cicatriciel, disgracieux, mais non dangereux, remplacera, lorsqu'on sera assuré, quelles que soient les difformités ultérieures, de dépasser en largeur et en profondeur les limites du mal, par suite, de tailler en plein tissu sain.

La perfection de l'hémostase et l'antisepsie dans les pansements consécutifs, autorisent ces larges interventions, dont le résultat cicatriciel n'est, après tout, qu'analogue aux cicatrices qu'engendrent les ablations de maxillaires et tant de profondes blessures faciales par les éclats de projectiles de guerre, les écrasements par coups de pied de cheval, etc. C'est au prix d'énormes délabrements qu'on recouvrira le terrain opéré, soit par l'autoplastie à pédicule, soit par de très vastes autoplasties par glissement (Angelucci), lorsqu'elles sont possibles, même avec de larges incisions libératrices. S'il y a impossibilité de ce côté, la greffe, par apposition de vastes lambeaux éutanés, pris au bras ou dans d'autres régions, pourra donner des résultats rapides et heureux. Il ne s'agit plus alors d'esthétique, mais de la vie même du sujet, et tant que le périoste et les os ne sont pas pris, on pourra intervenir. Dans la plupart de ces cas, la greffe sera faite immédiatement pour que la cicatrisation se produise aussi promptement que possible.

On sera donc autorisé à intervenir dans l'immense majorité des cas et on s'en repentira rarement, si l'ablation a été faite dans le tissu sain. Le pronostic de l'épithélioma reste, en effet, moins grave que celui du sarcome palpébral où l'opération la plus vaste donne souvent une guérison locale totale, mais n'empêche pas l'apparition d'une volumineuse et mortelle métastase (ganglions, foie, etc.)

Il y a des cas inopérables, soit par suite de l'étendue extrême et l'infiltration osseuse ou ganglionnaire de la lésion, soit par l'âge des sujets, vieillards cachectiques, atteints de graves infirmités ou d'affections viscérales. On

ne se hâtera pas d'opérer, en présence de l'état stationnaire de certains épithéliomas multiples des joues et des paupières, que les malades portent pendant de longues années sous formes de croûtes noirâtres, qui sommeillent indéfiniment, si on ne vient pas les irriter. Il faut y toucher largement ou pas du tout, et s'abstenir dans les cas végétants, de toute intervention partielle qui tend alors à faire développer le cancéroïde dans la profondeur au lieu qu'il s'épanouit en surface.

Dans toute opération sur l'épithélioma palpébral, il sera prudent de laisser de côté, pour éviter toute greffe néoplasique, les instruments ayant servi à l'ablation du néoplasme qui constitue le premier temps opératoire, et d'en employer de nouveaux. En tous cas, une ébullition soignée ou un flambage à l'alcool serait le minimum de précautions indispensables.

L'examen *histologique* de la pièce donne quelques présomptions sur le pronostic post-opératoire, suivant la forme pénétrante, diffuse ou superficielle, se développant vers l'extérieur ou barrée par le tissu fibreux. Aussi les différences de nature de ces épithéliomas faciaux suffisent-elles à expliquer en partie les succès et les insuccès du même mode de traitement, topique ou opératoire, et le peu de valeur des statistiques générales.

Des recherches intéressantes sur le pronostic des tumeurs par la recherche du *glycogène* sont aussi à l'ordre du jour à ce sujet.

Sarcome. — Le sarcome *primitif* des paupières nécessite de larges interventions précoces : il se prête mal à l'application des topiques et les injections interstitielles n'ont pas toujours sur lui d'effet satisfaisant. De plus, si la récidive locale est souvent évitée, les métastases ganglionnaires et autres sont rapides. Le sarcome *métastatique* palpébral ne serait opéré qu'à titre palliatif et si l'état général l'autorise. Il en est de même des *autres variétés*

de tumeurs malignes et en particulier du lymphadénome. L'ensemble du pronostic chirurgical est plus sombre, comme résultat et comme échéance, que celui de l'épithélioma.

§ V. — Affections musculaires et nerveuses.

Spasme de l'orbitaire. — Le blépharospasme, après insuccès des divers moyens thérapeutiques généraux, médicamenteux et suggestifs (hypnotisation), des moyens locaux (dilatation forcée de l'orbitaire avec les doigts ou l'écarteur, canthotomie, raies de feu) ou de voisinage (moxas, vésicatoires, ablation de dents suspectes, compression des points spéciaux), qui ont donné des succès isolés, a été traité par l'élongation et la résection des diverses branches périorbitaires du trijumeau. En somme ces opérations « illogiques » (Valude) n'agissent nullement d'une façon régulière.

Aussi l'élongation du facial, nerf moteur, constitue une opération qui pourrait entrer en ligne. Cette opération, bien qu'ayant été pratiquée 14 fois, ne paraît pas toutefois destinée à une vogue croissante (Chipault¹).

La section recommandée par divers auteurs (Schulek) donnerait peut-être une paralysie, et en somme on doit se demander ce qui vaut mieux d'un blépharospasme ou d'une lagophtalmie paralytique.

La section et la résection de l'orbitaire ont été pratiquées, soit sous forme de canthotomie, soit en excisant, avec ou sans la peau, des portions verticales (Janson) ou horizontales du muscle, soit par la section sous-cutanée, imaginée par Cunier et exécutée par Philips, Pétrequin, en divisant les fibres du muscle sous la peau dans une grande étendue. Ces opérations échouent généralement dans le

1. CHIPAULT, Chirurgie opératoire du système nerveux, 1894.

blépharospasme vrai, tandis qu'elles peuvent donner un certain résultat dans l'entropion temporaire. La section du tendon direct de l'orbitaire ne donnerait probablement pas de succès, car elle n'aurait pas pour effet de sectionner l'anneau musculaire et d'agir, comme les opérations précédentes, sur les fibres nerveuses.

La technique des opérations sur les grosses branches du trijumeau a été parfaitement exposée par Farabeuf¹ et par Chipault², et, comme elle s'éloigne du cadre que nous nous sommes imposé ici, nous préférons renvoyer à ces deux excellents ouvrages.

L'arrachement du nasal externe (fig. 8) a été recommandé par Badal, dans le glaucome et les douleurs ciliaires persistantes plutôt que dans les névralgies sans point de départ oculaire et le blépharospasme. Le nerf nasal externe se présente à son émergence orbitaire en deux ou trois rameaux. Le doigt indicateur

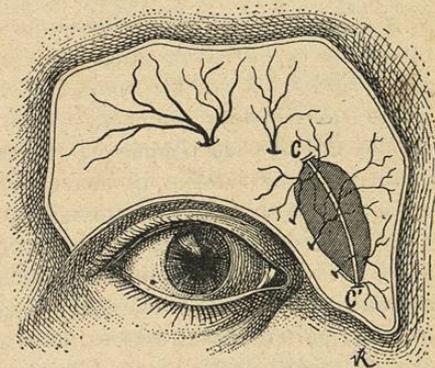


FIG. 8. — Arrachement du nasal externe.

étant appliqué sur le globe, sous le rebord orbitaire supérieur, la face palmaire en avant, le point d'émergence du nerf se trouverait assez exactement sur le milieu de l'angle (Lagrange). On fait une incision courbe allant de l'angle interne de l'œil à la poulie de l'angle du grand oblique, sur la partie supéro-interne du rebord

1. FARABEUF, Manuel de médecine opératoire, Paris, 1895.
2. CHIPAULT, *loc. cit.*