

l'espace cruenté laissé à nu aidera la correction de l'ectropion. On n'a pas signalé de trichiasis ni d'entropion, ni d'autre accident grave et les résultats seraient satisfaisants. Dans certains cas d'ectropion à la suite de l'énucléation (voy. Énucléation), on pourrait, en détachant un lambeau cutané voisin de la commissure externe et en le faisant passer sous une boutonnière palpébrale, venir le suturer sur l'espace cruenté, comme cela a été fait pour la cure du symblépharon.

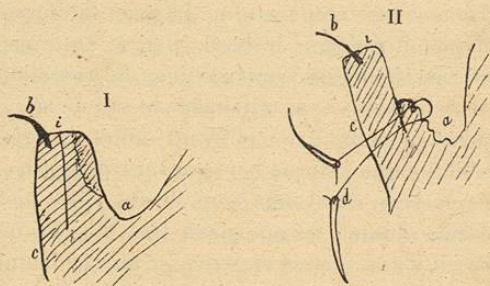


FIG. 35. — Procédé en vanne (Truc).

I. Incision. — II. Mobilisation du plan postérieur et passage des fils.

B. *Autoplastie palpébropalpébrale à pédicule* (Panas). Dans un cas de ce genre, Panas, désireux de faire l'autoplastie avec une peau de même consistance et de même couleur que la peau de la paupière inférieure, a exécuté une autoplastie à pédicule où le lambeau destiné à allonger la paupière inférieure était pris à la peau de la paupière supérieure et non à la tempe ou à la joue, suivant le procédé habituel. De plus la résection de la conjonctive ectropionnée fut faite comme premier temps. Les cicatrices furent peu visibles et le résultat satisfaisant.

L'opération fut pratiquée ainsi :

1. PANAS. *Clin. ophth.*, 1899.

1° Section de la peau de la paupière inférieure à 4 millimètres du bord libre ;

2° Dissection de la peau et de l'orbiculaire, de façon à donner à la paupière sa hauteur normale ;

3° Taille d'un lambeau de peau à la paupière supérieure au niveau de la partie supérieure du tarse et allant d'une commissure à l'autre, le pédicule étant en dehors ;

4° Dégagement de la commissure externe qui se trouvera ainsi relevée ;

5° Excision d'une lanière suffisante de la conjonctive ectropionnée ;

6° Fixation du lambeau autoplastique sur l'espace cruenté de la paupière inférieure et suture de l'emplacement qu'occupait le lambeau sur la paupière supérieure.

Ce procédé n'est autre que la classique blépharoplastie à pédicule, mais son originalité consiste en ce que le lambeau pédiculé est pris sur la paupière supérieure dans une région où il ne risque guère de provoquer par son emprunt un ectropion. La cicatrice devient invisible, et le lambeau, s'il prend, a les qualités de la peau de la paupière, puisqu'il est de même étoffe.

Aussi dans les cas où les procédés lacrymaux, conjonctivaux, et aussi les procédés par *exhaussement* (Sanson, Warthon Jones) combinés à une *tarsorrhaphie temporaire totale ou partielle* n'auraient pas suffi, on doit penser en dernier lieu à une autoplastie du genre de celle signalée plus haut, les autoplasties habituelles et les greffes pouvant au contraire donner un résultat esthétique disgracieux. Ces cas diffèrent donc totalement comme pathogénie et comme traitement de l'ectropion dit *sénile* où il y a au contraire trop de peau à la paupière inférieure relâchée et non attirée en ectropion.

Ectropion cicatriciel. — ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES. — Les progrès de la blépharoplastie et la cure régulière de l'ectropion cicatriciel sont véritablement une

conquête du XIX^e siècle. Sans doute, dès les temps les plus anciens et au moyen âge, on proposait souvent l'incision libératrice des cicatrices, la mobilisation des points voisins pour tâcher de réaliser des autoplasties par glissement. Mais les incisions libératrices n'étaient pas comblées par l'apport d'une autoplastie, les lambeaux étaient insuffisamment étendus, et surtout l'absence d'un terrain opératoire *fixé en bonne position* par la suture des bords palpébraux, faisait presque constamment échouer l'opération qui d'ailleurs ne pouvait s'appliquer qu'à des cas peu accentués, tous les autres restant sans traitement sérieux. Celse déclare par exemple que la lésion est *incurable*, si la paupière entière fait défaut.

L'autoplastie par la méthode indienne a été appliquée pour le nez, mais, si elle a été appliquée pour les paupières avant notre siècle, il n'en est pas fait mention dans les auteurs anciens. De même la méthode par lambeau pris à distance qu'on attribue souvent à Garengéot, mais qui est beaucoup plus ancienne (les Hindous, Mondeville), ne paraît pas avoir été signalée pour les paupières avant ce siècle et il en est de même pour la méthode italienne, si usitée pourtant dans d'autres régions au temps de Branca et de Tagliacozzi.

Les tentatives de Le Dran constituent une autoplastie palpébrale par glissement bien rudimentaire et d'ailleurs suivant la méthode ancienne. C'est bien à Græfe (1816) et à Dzondi qu'il faut rapporter les premières blépharoplasties à lambeau rabattu sur la surface cruentée avec forte torsion du pédicule, donc par la méthode indienne, mais c'est à Fricke qu'il faut rendre les succès décisifs (1829). Puis on remarqua que la torsion du pédicule prédisposait au sphacèle. Alors de grands lambeaux à pédicule furent taillés comme dans la méthode indienne, mais dans une position telle que le pédicule n'eut pas à subir une forte torsion (Blandin et A. Bérard) et ne fit qu'un léger mouvement de

rotation. De plus on inséra le pédicule dans la perte de substance au lieu de le laisser former un pont difforme et de le couper plus tard lorsque le lambeau avait pris la place créée par l'incision libératrice. La partie libérée vint par une simple traction prendre la place du lambeau transporté à côté, et une fois suturée, permettre une reconstitution *immédiate* de la partie empruntée.

Les noms de Blasius et de Dieffenbach doivent rester attachés en Allemagne à cette période primitive, de même que ceux de Jobert et de Blandin en France.

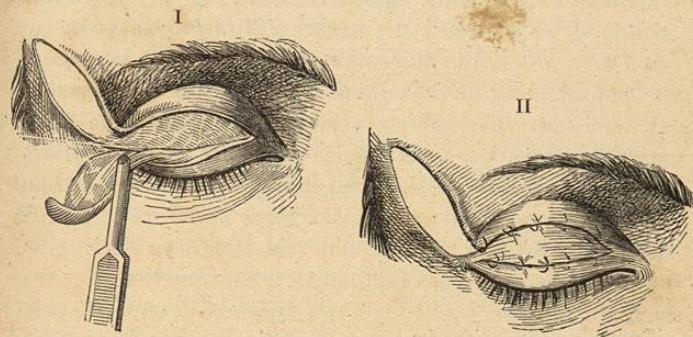


FIG. 36. — Blépharoplastie à pédicule.

I. Incision. — II. Suture.

Mais la véritable raison qui a permis d'obtenir des succès par toutes ces méthodes et d'en multiplier les applications est l'application de la *suture des bords palpébraux* à la cure de l'ectropion cicatriciel par Mirault et Maisonneuve. La suture partielle des paupières (canthorrhaphie externe) avait déjà été faite par Walther et la tarsorrhaphie totale par Lisfranc.

Les anciens chirurgiens s'étaient bien souvent aperçus que pour lutter contre la rétractilité de la cicatrice et pour empêcher les incisions libératrices de se refermer totalement

et de remettre tout en question, on devait accoler les paupières. Cette idée n'est donc nullement attribuable à Mirault, mais il a montré qu'il fallait *aviver* et *suturer* une partie *avivée* pour obtenir une fixation de longue durée. Les chirurgiens se bornaient auparavant à tenir les paupières fermées par des bandelettes agglutinatives, à étirer du côté opposé à la tendance rétractile la paupière ulcérée par des fils passés en plein tarse et collés sur la joue (Carron du Villards), ou même, comme le fit Acrel avec des fils passés dans l'épaisseur même des paupières et réunissant leurs bords. Sans avivement, ces moyens étaient temporaires et voués à l'insuccès. Mirault relata ses cas en 1851, alors que Maisonneuve (1846) avait largement insisté sur cette méthode bien digne de son esprit sagace et audacieux. Les opérations de Mirault dataient de 1842, mais n'avaient alors été l'objet que d'une brève mention. Huguier rapporta aussi, avant la seconde communication de Mirault, un cas de suture des bords libres où les points interne et externe avaient tenu seuls, mais où l'ectropion ne s'était cependant pas reproduit. Notons que Maisonneuve et Huguier *respectaient les cils* et faisaient la tarsorrhaphie actuelle, tandis que Mirault avait surtout avivé la partie conjonctivale de la paupière.

La tarsorrhaphie unie aux incisions libératrices ne devait être qu'un *acheminement* vers la méthode définitive. En même temps qu'on suturait les paupières et qu'on les immobilisait par des fondations solides, il *fallait combler l'incision libératrice* et reconstruire les paupières, en remplaçant la cicatrice par du tissu sain. Le nom de Denonvilliers doit rester attaché à cette *combinaison* des deux méthodes, désormais *indissolubles* dans la très grande majorité des cas, qu'il a pu mettre largement en œuvre grâce aux progrès de l'anesthésie générale. Auparavant, en effet, les insuccès relatifs et les inconvénients de certains lambeaux avaient compromis l'adoption large de la reconstitu-

tion des paupières. Il faut donc à notre avis considérer 3 grandes périodes pour la blépharoplastie, l'une avant la tarsorrhaphie, la seconde la tarsorrhaphie, la troisième, l'union de la tarsorrhaphie avec les autres méthodes.

L'histoire évolutive de cette précieuse conquête est là-dedans toute entière. Unis à la tarsorrhaphie, les procédés par glissement purent également donner de meilleurs résultats. De plus la *greffe* par lambeaux séparés du corps, usitée dans l'Inde concurremment avec la méthode à pédicule pour la rhinoplastie, reprit, après une longue période d'incrédulité et de sarcasmes ridicules, une place importante, surtout à la suite des expériences sur les animaux qui montrèrent avec quelle régularité la zooplastie s'effectuait. Reverdin fit de petites *greffes épidermiques* : c'est à Le Fort (1869), à Lawson et à de Wecker que l'on doit la remise en faveur de la *transplantation* de lambeaux cutanés *entiers*. Enfin Ollier et Thiersch en vinrent aux vastes lambeaux *dermo-épidermiques*.

La *zooplastie* reprit également une certaine vogue.

La méthode *italienne*, sur laquelle Grafe insistait de nouveau dès 1816, a donné récemment de beaux succès entre les mains de P. Berger, Abadie et d'autres.

La greffe systématique de régions *pileuses* a été plusieurs fois tentée. Des lambeaux frontaux ont été pris en conservant sur leur bord quelques poils du *sourcil* de manière à constituer de nouveaux *cils* (Beck). Toutefois la reconstitution des *cils* qu'on a même *plantés* dans de petites incisions sur le bord des nouvelles paupières (Dzondi, Dieffenbach, Wiesemann) nous semble avoir autant d'inconvénients (trichiasis) ou d'insuccès que d'avantages problématiques. Il est beaucoup plus naturel de chercher à construire un *sourcil* (*ophryoplastie*) en prenant un lambeau d'une région pileuse, soit frontale, soit temporale, soit par greffe. Jobert a obtenu ainsi un bon résultat par autoplastie à pédicule d'un lambeau encore muni de quelques cheveux.

Enfin on a plusieurs fois appliqué l'autoplastie à la reconstitution du sac *lacrymal* fistuleux (dacryocystoplastie), comme l'ont fait, entre autres, Delpech, Burggraeve, Diefenbach.

Comme toutes les choses grandes et nouvelles, la blépharoplastie à *pédicule*, d'ailleurs encore très imparfaite, ne fut pas adoptée sans résistance. Dans la période qui a précédé l'union féconde (Denonvilliers) de la tarsorrhaphie à l'autoplastie pédiculée, les résultats n'étaient pas toujours satisfaisants, et le malade était quelquefois notablement enlaidi. Il en fut de même dans les premiers temps de la strabotomie et on pourrait en dire autant pour presque toutes les opérations de chirurgie oculaire ou plastique. Le malade mourait assez souvent de cette opération faite sans anesthésie et en pleine chirurgie sale, et cet accident n'en paraissait que plus triste à la suite d'une opération que bien des chirurgiens considéraient comme faite par complaisance, dans un but de coquetterie. Cet argument, si faux à cause de l'importance sociale des défauts esthétiques de la face et de l'œil (ectropion, strabisme, leucomes), a été trop souvent répété pour d'autres opérations. Quoi qu'il en soit, Roux considérait la blépharoplastie à pédicule « comme une ressource extrême », insistait à plaisir sur ses imperfections, et bien d'autres grands chirurgiens avec lui ne se sont guère doutés des admirables succès que la tarsorrhaphie unie à la blépharoplastie à pédicule donnerait plus tard avec Denonvilliers, par un nouvel exemple du bon résultat que donnent combinées des méthodes qui, séparées, réussissent peu ou réussissent mal¹.

1. Il sera utile de consulter à ce sujet les travaux suivants :
Blandin. Autoplastie, 1836.
Rigaud. De l'anaplastie des lèvres, joues et paupières, 1841.
Cazelles. Traitement de l'ectropion cicatriciel (Denonvilliers). *Th.* de Paris, 1860.

Aussi la blépharoplastie, malgré les succès nombreux obtenus en Allemagne et en France, n'a pris un essor définitif et complet qu'avec Denonvilliers et à son époque. C'est ainsi que de grands opérateurs restaient sceptiques en face de la bléplaroplastie à pédicule, privée d'ailleurs à ce moment-là du secours puissant de la *tarsorrhaphie*, de l'*antisepsie* et de l'*anesthésie*. Un assez grand nombre d'opérateurs utilisaient surtout les procédés assez pauvres par glissement, mais il est hors de doute aujourd'hui que les procédés par glissement donnent des résultats autoplastiques moins parfaits en général que ceux par transfert de lambeaux.

INDICATIONS GÉNÉRALES. — Procédant comme nous le ferions en face des différents problèmes thérapeutiques qui se présentent dans la pratique, nous établirons d'abord les indications générales à remplir, puis la technique exacte et détaillée de l'intervention opératoire, intervention où la peau de la face, si vasculaire et si mobilisable, présente d'excellentes conditions pour agir, à condition de bien savoir où l'on va et de *mesurer* ses lambeaux. Dans les classiques, on est frappé de la multiplicité des procédés opératoires déjà employés dans l'ectropion cicatriciel : on doit cependant affirmer qu'il y a encore divers procédés à appliquer à des cas particuliers, que parmi les procédés publiés, un certain nombre ont toujours été très défectueux, inférieurs à d'autres, et qu'enfin plusieurs sont caducs et méritent d'être renouvelés.

Cas où une seule paupière est totalement renversée, le bord ciliaire étant conservé. — Lorsque le reste de la face n'est pas également impropre à fournir les

Cruveilhier fils. De l'ectropion cicatriciel (Denonvilliers). *Th. d'ag.*, 1866.

Armaignac. De la greffe animale. *Th.* de Paris, 1876.

Métaxas-Zani. Des anaplasties secondaires. *Th.* de Paris, 1887.

Gagnard. Autoplastie par la greffe d'Ollier Thiersch et par la méthode italienne modifiée. *Th.* de Paris, 1896.

matériaux d'une autoplastie à pédicule, on fera, après tarsorrhaphie complète facilitée par une incision dédoublant la partie cicatricielle de la paupière, l'autoplastie à pédicule (fig. 36). La greffe sera faite, lorsque toute autoplastie à pédicule est impraticable, et, en cas d'insuccès de la greffe, on pourra ou répéter cette dernière opération ou en venir à la méthode italienne.

Cas partiels. — Dans les cas *partiels* suffisamment étendus où les procédés *d'exhaussement* (Sanson, Warthon Jones (fig. 37), Guérin, etc.), ne pourraient pas réussir, ou resteraient très difformes, on agira surtout par la blépharoplastie à pédicule, rarement par les autres méthodes.

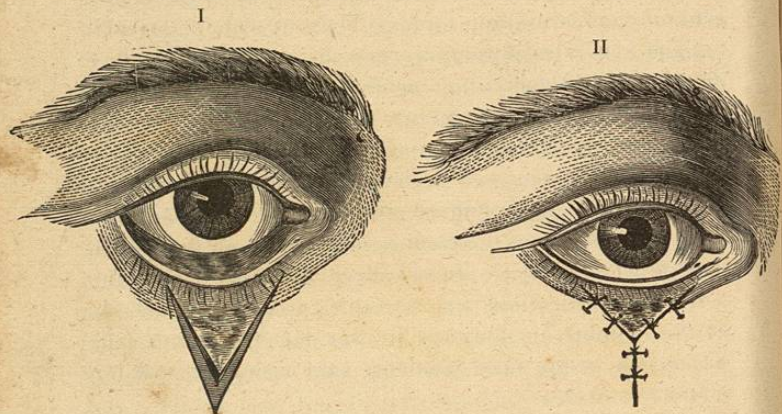


FIG. 37. — Blépharoplastie par glissement (Sanson et W. Jones).

I. Incision. — II. Suture.

Dans les cas où la paupière inférieure est ectropionnée dans le *voisinage du sac lacrymal*, une tarsorrhaphie *interne* est indiquée, et même sans lambeau autoplastique, si l'ectropion n'est pas extrêmement marqué. Les autoplasties à pédicule fronto-nasal se prêtent aussi mal que possible, quoi qu'on puisse en dire, à cette reconstitution. Le lam-

beau, « *gibbeux* » (Blandin), tordu et noueux, que l'on emprunte aux parties voisines, constitue une difformité définitive, souvent très pénible pour le malade, en plus d'une cicatrice rougeâtre en plein front, dont les bords ont une tendance à l'écartement ou à la kéloïde.

Ectropion avec lésions osseuses. — Il y a des cas où l'ectropion est accompagné d'enfoncement des *parties osseuses*. Ces cas sont surtout consécutifs à la tuberculose malaire où quelquefois il n'y a qu'une cicatrice déprimée et adhérente à l'os sans *ectropion*. Nous en avons vu aussi à la suite de sinusites.

De même que pour la reconstitution de la paupière après ablation de *cancroïde*, nous avons déjà traité des procédés à employer (voy. *Scrofulides palpébrales*), de façon à conserver le point de vue clinique et à rester dans chaque cas particulier en face du malade. Les problèmes thérapeutiques divers se perdent sans cela au milieu d'une description trop générale de la blépharoplastie.

Les cas les *plus graves* sont ceux où les os de l'orbite ont été écrasés et *défoncés* (coup de pied de cheval, chutes, etc.) et où l'on voit simultanément de larges *brides* surplombant les angles, l'énophtalmie, la ptose, l'ectropion et le symblépharon, en même temps que le recul souvent très prononcé du pourtour de l'orbite, surtout de sa partie inférieure. Ces cas sont quelquefois en partie au-dessus des ressources opératoires : l'ectropion, la ptose, pourront être modifiés, surtout en présence d'ulcérations cornéennes menaçantes, mais l'enfoncement osseux généralisé crée un aspect définitivement disgracieux. L'énophtalmie peut quelquefois être traitée par la section d'un (Fuchs) ou des *quatre muscles droits* (Darier), l'ectropion et la blépharoptose, par les méthodes appropriées ; dans certains cas d'enfoncement ou de cals vicieux, l'ablation ou la régularisation du séquestre, la remise en position du rebord orbitaire détaché en croissant, pourront très exceptionnellement être tentés :

on fixe alors le fragment avec des tiges d'ivoire ou de platine (Gayet). C'est une chirurgie identique à celle qui consiste à redresser les nez écrasés dont la charpente a disparu, comme chez les hérédosyphilitiques. Les greffes d'os vivants ou d'os décalcifiés sont encore une ressource relative. Nous retrouverons tout cela aux interventions sur l'*orbite*.

Enfin, il y a des cas où la *commissure* est abaissée ou relevée. Le procédé par échange de lambeaux (fig. 38) après avoir soigneusement disséqué la commissure externe et quelquefois le cul-de-sac conjonctival sans les intéresser, est le procédé de choix. C'est en somme une sorte de transfert du cul-de-sac et de la commissure. Pour la commissure interne, un procédé identique donne un excellent résultat et remet l'angle interne dans la direction horizontale. Nous en avons vu ainsi un très beau succès chez un blessé atteint en même temps d'une fistule buccoconjonctivale.

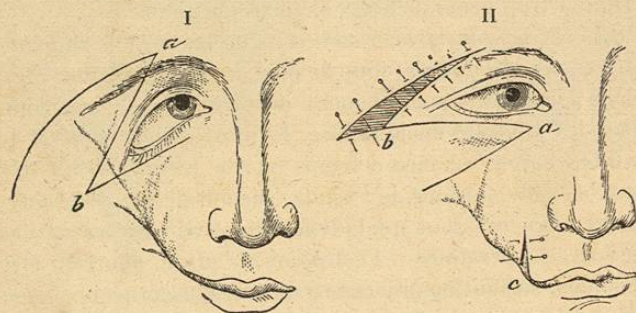


FIG. 38. — Relèvement de la commissure externe par échange de lambeaux *a, b*.

I. Incision. — II. Suture.

Inconvénients. — Il ne faut pas croire que la chirurgie de tous ces cas graves n'apporte pas avec elle certains inconvénients, même avec réussite opératoire parfaite. Toute blépharoplastie à pédicule entraîne des cicatrices dans le

voisinage ; elles sont peu apparentes à la tempe, mais beaucoup plus apparentes et plus rougeâtres à la *joue*. Certains lambeaux sont assez disgracieux : la peau des paupières n'est guère comparable qu'à elle-même : elle est fine, souvent brune et foncée. Telle opération, admirable comme résultat chez un sujet âgé, où les paupières inférieures sont tendues et forment poche, simulant de loin un vrai lambeau blépharoplastique trop bien nourri, serait désastreuse sur un visage de jeune fille. En somme on opère pour conserver la vue et rétablir dans une certaine mesure l'aspect du visage. Le contentement du malade arrive rarement à l'extrême satisfaction, cependant sa situation est ordinairement améliorée infiniment. Il en est ici comme pour la prothèse après l'énucléation : souvent parfaite chez les sujets dont les yeux sont excavés, elle est médiocre chez les sujets dont les yeux sont proéminents. La méthode italienne a quelquefois des inconvénients analogues : enfin la peau du lambeau pris à distance par *greffe* a toujours une teinte beaucoup plus *claire* que la peau de la paupière et forme toujours une *tache* blanche. L'idéal serait de faire une autoplastie palpébro-palpébrale, comme celle que Panas a pratiquée dans l'ectropion sténodermique ; mais cette autoplastie serait généralement insuffisante, car la peau est très mince et de plus le lambeau ne peut pas être assez étendu, sauf pour certains cas d'ectropion interne léger de la paupière inférieure, pour donner des résultats dans le vrai et large ectropion *cicatriciel*.

On se trouvera enfin en face de cas où les paupières ont totalement disparu, et qui sont encore justiciables d'une autoplastie qui consistera (Panas) à enfermer l'œil qui s'ulcère, dans le *sac conjonctival disséqué en bourse*, en *corolle* péri-oculaire, à fermer cette bourse au-devant de lui par une suture rappelant la suture intestinale, et à doubler sa face cruentée soit par des lambeaux autoplastiques, soit par des greffes dermiques ou épidermiques.

En somme il n'est pas de cas si désespéré en apparence, qui ne soit en réalité accessible à une intervention utile.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE GÉNÉRALE. — L'antisepsie est naturellement de rigueur, et elle ne risque pas, avec des antiseptiques choisis, de provoquer de lésion qui lui soit réellement imputable. On se servira de fils de soie très fins, ou un peu plus forts dans certaines sutures profondes, conservés dans des solutions antiseptiques ou bouillis au moment de l'opération. On peut aussi en laisser dans du chloroforme sur des bobines, si c'est de la soie *tressée* et *plate*, tandis que le chloroforme rend cassants les fils ordinaires. Le crin de Florence et les fils d'argent sont inférieurs et coaptent moins bien.

Le pansement sera stérilisé ou antiseptique, sec, très légèrement compressif, afin de favoriser l'adhérence tout en évitant les escarres. Au cours de l'opération, les surfaces seront souvent épongées avec un antiseptique chaud. L'hémotase serait facile avec la gélatine en solution hémostatique, mais, une fois les artères bien *tordues* (Amussat), les ligatures étant en général inutiles et constituant des corps étrangers, la compression aux tampons suffit amplement, si on est bien aidé : la gélatine pourrait créer des risques d'infection en créant un milieu de culture favorable aux microbes.

Blépharoplastie à pédicule. — 1° SIÈGE DU PÉDICULE. — Dans une blépharoplastie pédiculée, le pédicule sera, quand cela sera possible, toujours situé dans la région qui doit par sa traction *aider* la nouvelle paupière à lutter contre l'ectropion. Pour la paupière supérieure, il serait donc inférieur, et supérieur, temporal, pour la paupière inférieure. En plus de l'aide fourni par la traction, cette situation a pour but d'éviter la torsion extrême du pédicule s'il est pris au même niveau que la partie à remplacer, torsion disgracieuse et favorisant le sphacèle.

L'incision libératrice prolongée jusqu'au pédicule du lam-

beau fera donc avec le bord correspondant de ce pédicule un angle aussi aigu que possible, de façon que le pédicule s'incline, pivote, sans se tordre. Nous avons aussi quelquefois *coudé* légèrement le tracé du pédicule pour éviter toute torsion excessive.

Dans toute blépharoplastie, on se rappellera de conserver toujours tout, surtout le bord ciliaire et la conjonctive. On se bornera à inciser et à libérer les cicatrices, qu'on n'enlèverait que si elles ont une difformité ou une adhérence extrêmes, une tendance keloïdienne, une coloration particulièrement disgracieuse, ou si des replis cicatriciels en cordons fibreux étaient placés au-devant des orifices naturels et se prêtaient mal à l'incision libératrice, fosse à combler par l'apport du lambeau. On tirailera et on tordra le moins possible le pédicule, *racine* du lambeau, au point de vue de sa nutrition encore plus qu'au point de vue esthétique.

Dans les cas où il y a impossibilité absolue à prendre le pédicule dans la région de la paupière opposée, on le prendra dans la région de la *même* paupière.

2° TARSORRHAPHIE. — Nous n'insisterons pas de nouveau sur la tarsorrhaphie, premier temps opératoire : elle doit être ici ordinairement très complète et non partielle. Si elle exige un tiraillement marqué, on la fera précéder de l'incision à dédoublement libérateur, qu'on ne placera *pas trop loin* du bord ciliaire, de façon à pouvoir insérer bien à *plat* ce lambeau en totalité si possible *entre le bord ciliaire et le sillon orbito-malaire* en bas (*limite esthétique et fonctionnelle de la paupière inférieure*), et le creux situé au-dessous du sourcil pour la paupière supérieure.

On se gardera toujours d'agir *au jugé*, en se bornant à mesurer *à peu près* la longueur du lambeau qui est alors souvent indigent. On fera d'abord la tarsorrhaphie et la libération de la paupière. Il reste un emplacement à combler. On en prendra la mesure (comme le faisaient avec

du papier les premiers autoplastes dont on doit suivre l'évolution) avec un tissu souple (protective), dont on laissera tremper un fragment à l'avance dans une solution antiseptique. Pour la blépharoplastie à pédicule, ce *patron* doit être d'un quart plus grand en tous sens que l'espace à recouvrir : pour la greffe, le lambeau doit être *de moitié* plus grand : outre le recroquevillement extrême et *immédiat* du lambeau détaché, cette variété de blépharoplastie a une telle tendance à se rétrécir *dans la suite* qu'il faut avoir d'emblée un lambeau beaucoup plus vaste.

3° DISSECTION ET MATIÈRE DU LAMBEAU. — Pour la blépharoplastie à pédicule, on utilisera le tissu sain ou à la rigueur le tissu cicatriciel, s'il n'est pas trop lisse, trop parcheminé, trop mince et adhérent à l'os. Sa couleur est souvent moins *voyante* que celle d'une greffe ou d'une autoplastie à l'italienne. On prendra tout le tissu y compris le péaucier, mais, au front en particulier, sans arriver à entamer le périoste. On dégraissera aux ciseaux, lorsqu'il s'agit de lambeaux pris à la joue, les lobules adipeux qui font hernie sur la face cruentée. Le lambeau reposera toujours sur une compresse imbibée d'un liquide antiseptique, les cheveux étant recouverts aussi de compresses mouillées, et les régions pileuses ayant été, s'il y a lieu, rasées. Toutefois on évitera de raser assez complètement pour ne plus reconnaître les régions pileuses et pour transplanter en pleine paupière des portions de barbe. Chez l'homme, il y a là dans certains cas une indication pour modifier le siège et la forme du lambeau malaire.

Il est généralement difficile, vu les hasards de la cicatrice à réparer, de tenir compte des *vaisseaux* et des *nerfs*. On évitera dans la mesure du possible les vaisseaux trop importants et les branches du facial. Mais, en ce qui concerne les vaisseaux, ils ne doivent jamais arrêter, si le seul emplacement utile du lambeau est à leur niveau.

On évitera en taillant le lambeau de lui faire une extrémité

très aiguë qui s'adapte mal et se sphacèle facilement. Les extrémités seront donc généralement arrondies et convexes.

Le pédicule sera toujours assez large et on ne l'amincira pas outre mesure. La vitalité du lambeau est à ce prix, car le sphacèle est plus à redouter que la suppuration.

4° SUTURE. — Sans s'en abstenir comme autrefois, les sutures, entrecoupées (Jobert), ne seront pas trop rapprochées. On les espacera de la quantité nécessaire pour obtenir l'affrontement bien net, sans froncement et sans tiraillement. Le tiraillement est l'écueil. Si on a soin de tailler son lambeau sur *mesure*, on n'aura *jamais* de lambeau trop petit, ce qui supprimera, dans les neuf dixièmes des cas, le tiraillement. Mais, si même alors, il subsiste au niveau du pédicule un tiraillement marqué, on n'hésitera pas, si le lambeau paraît exsangue et d'une pâleur verdâtre, à *couper* quelques-uns des fils qui pourraient trop *aplatir* le pédicule contre l'os malaire, variété dangereuse de compression *par dessous*, surtout si le pansement comprime trop *par dessus*. Il vaut mieux, dans la plupart des cas, mettre tous les fils de façon à combler en entier la perte de substance. Sans cela, on s'expose inutilement à laisser une plaie bourgeonnante où la suture aurait pu s'exercer avec avantage. Aussi faut-il n'enlever que les fils qui, *une fois mis en place*, sont dangereux et dont le tiraillement modifie déjà la couleur du lambeau. Les scarifications (Dieffenbach) sont inutiles sur les lambeaux congestionnés.

Les fils seront supprimés en tout ou en partie entre le 5^e et le 7^e jour : les pansements rares doivent être la règle s'il n'y a pas de suppuration. Les paupières reconstituées par la blépharoplastie à *pédicule* gardent *toute la vie* leurs dimensions et leur forme. Quoi qu'on puisse en dire, toutefois, il s'agit de voiles sans grande mobilité, malgré leur doublure de muscles peauciers, et dont l'épaisseur même

contrarie les mouvements par l'absence de souplesse. Des *massages* les assouplissent dans une certaine mesure. La peau du visage est un véritable cuir au niveau du front et des joues et ne ressemble guère qu'à elle-même, mais il faut savoir s'en contenter. La *sensibilité* des lambeaux est le plus souvent rapide. On constate la sensibilité, avec localisation exacte, dès le troisième jour, dans certaines opérations. Cependant le résultat varie avec les cas particuliers (Jobert).

La tarsorrhaphie doit rester en place tant qu'il y a du tiraillement; dans la blépharoplastie à *pédicule*, si on n'a pas fait un lambeau trop étroit, on pourra l'*enlever de bonne heure*. Nous l'avons supprimée une fois, à peine un mois et demi après l'opération, vu qu'il n'y avait aucune trace de tiraillement. Le résultat n'en fut pas moins définitif. Il *en est tout autrement pour la greffe* dermique. Nous croyons que dans la majorité des cas de greffe par lambeau séparé l'absence de récurrence immédiate ou prompte ne tient qu'à la persistance et au rôle de la tarsorrhaphie. Ici on pourrait être amené à laisser plusieurs années les paupières soudées, car on sait que le tissu cicatriciel conserve *au moins deux ans* sa rétractilité pour la perdre à peu près complètement au bout de cette période. Mais on aurait beau attendre indéfiniment, si le lambeau greffé se rétrécit sans cesse, par absorption (voir les recherches de Garré et d'autres), la tarsorrhaphie toujours plus tirillée, quelquefois *entre-bâillée* et cédant par places, restant la seule cause qui empêche l'ectropion de se reproduire. Le malade abandonne d'ailleurs souvent le médecin qui se refuse indéfiniment à couper une tarsorrhaphie et à remettre ainsi tout en question. Bien mieux vaudra, laissant la *tarsorrhaphie en place*, proposer sans hésitation au malade une nouvelle autoplastie sur des bases meilleures déduites du résultat obtenu.

La tarsorrhaphie joue donc un rôle protecteur précieux,

mais qui en même temps rend l'œil inutilisable : elle a donc autant d'inconvénients que d'avantages si on la laisse subsister longtemps, sans parler de la difformité qui résulte de l'occlusion constante de l'œil. Aussi, malgré quelques succès signalés, devra-t-on très *exceptionnellement* et pour des cas très légers, se borner à la *tarsorrhaphie partielle ou totale sans autoplastie*. Même en attendant indéfiniment, on a presque toujours alors à constater la reproduction de l'ectropion, s'il est cicatriciel.

Méthode italienne. — Pour les restaurations palpébrales par la méthode italienne, ce sera toujours le bras et la région bicipitale auxquels on empruntera. Une série de préparatifs (détermination exacte de l'étendue, du siège et du pédicule du lambeau, construction de l'appareil et essais d'immobilisation), est nécessaire pour étudier la possibilité de cette opération si délicate. L'opération comprendra ensuite l'avivement habituel de la région à opérer, la taille du lambeau avec pédicule assez large et conservation de la plus grande partie de son tissu cellulaire (P. Berger), ses



FIG. 39. — Blépharoplastie par la méthode italienne.

dimensions étant d'un tiers plus grandes que la surface à recouvrir, puis sa mise en place, sa suture et la fixation de l'appareil (fig. 39). Les pansements ne sont renouvelés que le moins possible et le pédicule coupé entre le 6^e et le

12^e jour. Lorsqu'il n'y a pas de sphacèle, les résultats sont beaux et la rétraction serait beaucoup moins accentuée qu'après la blépharoplastie par la greffe dermique, si simple toutefois, si on la compare à la méthode précédente, qui serait d'ailleurs une dernière ressource, en cas d'insuccès, même répété, de la greffe.

Greffe cutanée totale. — Le lambeau pris dans diverses régions, mais de préférence à la face interne du bras ou à la cuisse (face antéro-supérieure où l'emprunt sera moins visible, la peau étant glabre, souple, et bien mobilisable), sera tiré, bien entendu, du patient lui-même, et taillé avec un patron de protective, deux fois ou près de deux fois plus large que la région à recouvrir, vu l'extrême rétractilité et l'atrophie progressive que subira le lambeau, si bien greffé qu'il soit. On dégraissera généralement la face profonde du lambeau, mais sans sacrifier tout le tissu cellulaire sous-cutané riche en vaisseaux. Bien que la suture ait été quelquefois repoussée et qu'il ne faille pas multiplier les points, quelques points *espacés* nous ont toujours donné de bons résultats. On n'a pas besoin en général de fendre ou de découper les lambeaux en mosaïque (de Wecker), mais cette pratique est indiquée, si le lambeau s'applique mal sur les parties profondes ou est d'une étendue insuffisante. Un pansement sec, qu'on pourra enduire d'une pommade antiseptique, sera laissé en place et bien maintenu (collodion, bandes amidonnées), 5 à 6 jours, si c'est possible. On enlèvera les fils entre le 6^e et 8^e jour.

On obtient généralement des résultats immédiats superbes, sans sphacèle ni suppuration. Le seul ennui est la coloration blanche et trop voyante du lambeau. Mais plus tard l'atrophie du lambeau *étranger* s'accroît rapidement. Chez une de nos malades où la figure avait été presque complètement brûlée et où la peau de tout un côté était réduite à une sorte de parchemin luisant et mince rendant impossible la blépharoplastie à pédicule voisin, la greffe

avec un énorme lambeau pris au bras nous permit de reconstituer assez la paupière pour permettre le port d'un œil artificiel qui jouit sur le moignon restant d'une grande mobilité. Ce lambeau était deux fois plus large que la surface à recouvrir, dont nous suspectons la faible vitalité : il prit dans toute son étendue, mais un an après, il n'était pas même égal au tiers du lambeau primitif. Nous croyons que dans les cas où la région est particulièrement mal nourrie, on aura donc avantage à exagérer les dimensions du lambeau.

Greffe cutanée superficielle. — La greffe épidermique ou dermo-épidermique s'exécutera sous le chloroforme ou quelquefois la cocaïne, avec un rasoir d'histologiste détachant les lambeaux épidermiques généralement à la face externe de la cuisse, dont la peau est soigneusement tendue par l'aide. De très petits lambeaux ont été pris quelquefois derrière le pavillon de l'oreille et dans d'autres régions. La surface à recouvrir est aseptisée, légèrement abrasée à la curette si elle est bourgeonnante, ou recouverte directement, si elle résulte d'une opération immédiate. Les lambeaux sont ensuite placés sur une large plaque à paupières et appliqués, bien juxtaposés et même légèrement imbriqués (Thiersch), tous les interstices étant bien comblés, comme dans une mosaïque. Le pansement se compose de protective et d'ouate et sera laissé le plus longtemps possible (de 5 à 6 jours). On pourra pour le faire plus solide, condition de réussite, le fixer au collodion sur les bords et mettre ensuite par-dessus une bande amidonnée. On évitera de se servir de lambeaux empruntés à des morts, à des membres amputés ou à d'autres malades; ces procédés sont répugnants et dangereux, sous tous rapports. Le sujet lui-même doit fournir son lambeau.

La *zooplastie* sera ordinairement délaissée, car elle est incertaine et généralement inférieure à la greffe épidermique.