

Indications et technique pour chaque cas particulier. — Il est d'usage, dans la plupart des traités, de présenter, après des considérations générales sur la reconstitution des paupières, un certain nombre de schémas de blépharoplastie, *avant* et *après* la mise en place du lambeau. L'opérateur a l'embarras du choix entre des procédés qui sont loin d'être aussi bons en réalité que sur le papier et dont les schémas (qui ne ressemblent guère plus à la réalité qu'un squelette à un corps vivant) sont malheureusement trop privés des petites ou grandes déficiences réelles dans la pratique et inhérentes au procédé (torsion du pédicule, tension excessive) et où même les dimensions ne sont pas toujours observées. Ces schémas sont utiles, ils constituent un *plan d'ensemble*, mais il ne faut pas les prendre à la lettre surtout comme dimensions. Il est bon d'avoir vu opérer, d'avoir souvent répété, fait répéter sur le cadavre et opéré sur le vivant, pour être au fait de ces différences avec la réalité. De plus, chaque blépharoplastie présente, suivant le malade, plus ou moins de différences avec le type classique. Toutefois Roux exagérait quand il disait que cette opération, presque jamais semblable à elle-même, n'avait jamais été pratiquée deux fois de la même façon.

Les procédés diffèrent entre eux, mais les cas se représentent avec assez de régularité pour que, sauf des cas exceptionnels, il y ait au contraire des types qui servent de guide général.

Rappelons que dans son ensemble la méthode indienne, avec *forte torsion* de la racine du lambeau, doit être abandonnée. C'est tantôt et *surtout* à la méthode par *pivotement*, tantôt à celle par *échange de lambeaux*, tantôt à celle par *glissement*, qui rappelle beaucoup la chirurgie des lèvres, qu'on aura recours dans les cas où on n'emploiera pas la méthode italienne et la greffe cutanée.

Ces dernières n'ont besoin d'aucune règle nouvelle pour le dessin et la forme des lambeaux. Il faut combler tout

simplement la perte de substance par un lambeau de même forme, mais dont nous avons déjà précisé les *dimensions* si importantes.

I. MÉTHODE PAR GLISSEMENT. — a). La perte de substance *triangulaire*.

La suture des bords prédispose à l'ectropion et à une cicatrice étoilée et difforme. Mieux vaut prolonger un côté du triangle, à la Dieffenbach, par une incision, tantôt droite, tantôt oblique de bas en haut ou de haut en bas, suivant que cette ligne, une fois mise en place, doit présenter une forme légèrement concave ou légèrement convexe. Si la tension est trop forte, une incision *libératrice* permettra le déplacement en volet, mais il reste alors une surface à combler (fig. 40) par un nouveau glissement latéral ou par greffe.

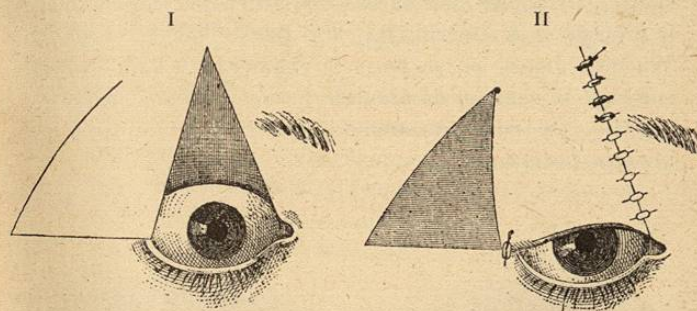


FIG. 40. — Blépharoplastie par glissement.

I. Incision. — II. Suture.

Le procédé de Burow (voy. fig. 4) exécuté soit avec un triangle *unilatéral*, soit avec un triangle *bilatéral*, a l'avantage de recomblir les surfaces, mais provoque un très grand tiraillement des parties et supprime de la peau saine.

b) Si la perte de substance est *rectangulaire*, on fera, suivant le cas :

- 1° La suture simple ;
- 2° La suture verticale (mais elle donne de l'ectropion) ;
- 3° L'autoplastie par glissement de 2 volets à grand axe horizontal, au besoin avec incisions libératrices variées vers le bord adhérent du lambeau : Knapp (voy. fig. 3), et d'autres en ont obtenu de bons résultats. On pourrait combiner cette autoplastie avec l'excision de deux triangles à la Burow.

c) La plaie est *ellipsoïde*, ou triangulaire, horizontale ou verticale. Le plus simple est de fendre un côté verticalement en son milieu et de suturer ainsi plus facilement. D'autres fois une incision libératrice parallèle au grand diamètre facilitera l'affrontement, mais elle laisse alors une surface à combler ou à suturer partiellement, comme dans le procédé de A. Guérin (fig. 41). Dans celui de Sanson et Warthon Jones, on se borne à exhausser le lambeau en suturant le sommet du triangle formé par l'incision (voy. fig. 37). On pourrait aussi faire le sommet du triangle près du bord ciliaire.

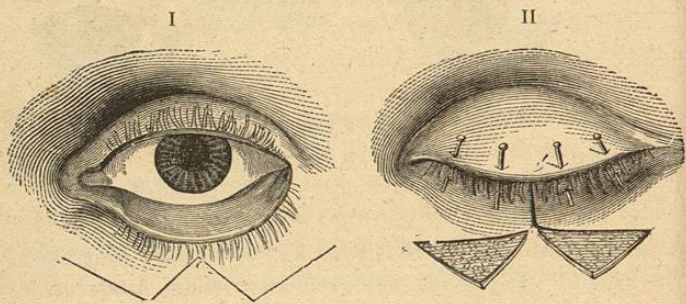


FIG. 41. — Blépharoplastie par glissement. Procédé de A. Guérin.

I. Incision. — II. Suture.

Une large plaie ellipsoïde peut se réunir complètement, en la complétant par 2 triangles à la Burow.

d) Si la plaie est *circulaire*, on la rend ellipsoïde en la tirant en deux sens opposés et on suture par points entrecoupés.

On évitera la suture en bourse de Dieffenbach qui expose à une difformité.

Pour les larges pertes de substances marginales ou angulaires (voy. fig. 5), les déplacements simples d'assez larges surfaces donnent de bons résultats, quand la surface à recouvrir n'est pas trop éloignée du lambeau.

Rappelons enfin les blépharoplasties *en pont* ou en *escarpolette* où une paupière sert à reconstituer l'autre paupière manquante. Mais ces procédés (Denonvilliers, Dianoux, Tripier), de même qu'un autre procédé singulier décrit par Mirault, sont peu applicables au traitement de l'ectropion cicatriciel et présentent des inconvénients qu'évitent les autres méthodes et procédés.

On aura soin de *mobiliser* les lambeaux assez profondément, de façon à avoir des lambeaux épais et par suite moins prédisposés à un sphacèle que la minceur et le tiraillement ne favorisent que trop. Quelquefois des sutures supplémentaires très profondes embrassant une grande partie des tissus et à distance diminuent le tiraillement (suture d'approche).

Il faut reconnaître qu'à de rares exceptions près (ablation de cancroïdes, ectropions peu étendus et peu accentués), la méthode par glissement est *de moins en moins* employée, surtout pour l'autoplastie primitive. Elle a en effet le grave défaut d'affaiblir les régions voisines, d'en découvrir une pour couvrir l'autre, de risquer des cicatrices difformes et des insuccès par désunion ou sphacèle des parties trop tirillées, en dépit des incisions libératrices.

Aussi doit-elle presque toujours céder le pas, soit à la méthode par échange de lambeaux, où on se borne à

changer de place la partie malade, sans rien détruire et sans rien tirailler, ou à l'autoplastie avec ou sans pédicule, où

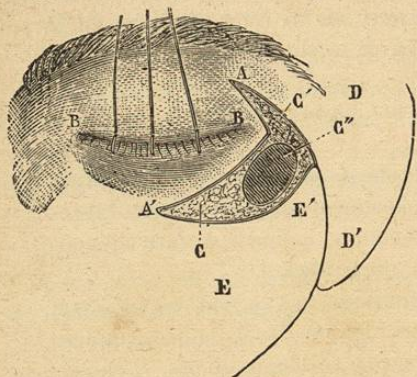


FIG. 42. — Procédé de Richet. — I. Incision. — AA', double incision dont le but est de détacher toute adhérence à l'os. — BB', blépharorrhaphie. — CC', espace laissé à découvert par le détachement de la commissure et des paupières. — CC', surface de l'os ruginé. — DD, lambeau supérieur simplement tracé. — EE', sera le lambeau inférieur.

l'angle interne que pour l'angle externe, c'est le meilleur procédé de *transport des commissures*.

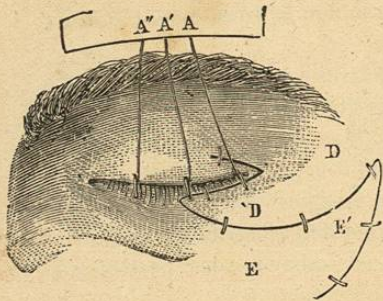


FIG. 43. — II. Suture. — AA' A', fils réunissant les deux paupières. — DD', lambeau supérieur. — EE', lambeau inférieur.

l'on vient combler le vide par un emprunt de peau nouvelle, auquel on doit donner des dimensions telles que le lambeau s'adapte parfaitement et sans tiraillage aucun.

II. MÉTHODE PAR ÉCHANGE ET INTERPOSITION DE LAMBEAUX. — Cette méthode est excellente pour les déplacements angulaires et commissuraux. La figure 38 (Denonvilliers) en donne parfaitement la description et, aussi bien pour

Richet a appliqué avec succès un procédé mixte, ablation et échange de lambeaux dans l'ectropion inféro-externe avec cicatrice large et adhérente à l'os (fig. 42 et 43).

III. AUTOPLASTIE A PÉDICULE. — 1° Pour la paupière inférieure entière, la figure 44, d'après une de nos opérées, donne le

tracé d'un lambeau (Fricke, Letenneur et Denonvilliers) dont nous avons eu plusieurs fois d'excellents résultats. Pour reconstituer une partie de la paupière inférieure, même procédé *partiel*, si c'est la partie *externe*. Mais pour la partie interne, les procédés où l'on prend le lambeau sur le front (fig. 7), donnent des lambeaux épais, noueux, qui combleront le sillon naturel orbitaire inférieur, et ne sont beaux que sur le papier.

En plus de la tarsorrhaphie interne, on recourra plutôt soit à la greffe, soit à une *autoplastie à pédicule interne* dépendant de la région *au-dessous* (et non *au-dessus*) du sourcil, où la peau est mince, foncée, très apte à se mêler à la couleur *cendrée* de la paupière inférieure, et où la cicatrice sera *dans l'ombre*.

2° Pour la paupière supérieure, le type général est celui de Fricke (fig. 36), pour la réfection totale ou la réfection de la partie *externe*. Pour la partie interne, les lambeaux pris sur le front, où la peau est si épaisse et si dure, donnent comme pour la paupière inférieure, des difformités spiroïdes du lambeau et une cicatrice frontale disgracieuse. Dans le cas où nous sommes obligé de les accepter, nous faisons le pédicule presque horizontal sur le dos du nez pour éviter la torsion et nous plaçons le lambeau horizontalement au-dessus du sourcil, bien plutôt que *verticalement* entre les 2 sourcils. Si ce lambeau paraît même encore peu apte à remplir le but désiré (malgré l'apparente et fausse simplicité des schémas), nous recourons à la *greffe* pure et simple.



FIG. 44.

Blépharoplastie en faucille.

Tous ces procédés, sauf *beaucoup d'autoplasties par glissement*, comportent la tarsorrhaphie préalable, totale, ou partielle appropriée à la région à opérer.

3° Si les *deux paupières sont détruites*, on pourra, si le reste du visage admet l'autoplastie à pédicule; 1° opérer *en deux temps*, par deux grands lambeaux en faucille, pris selon les règles habituelles (Denonvilliers) l'un à la

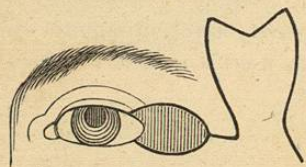


FIG. 45. — Blépharoplastie avec lambeau en fourche.

tempe, l'autre à la joue; 2° opérer *en un seul temps* par un lambeau *bifide*, dont une moitié sert pour la paupière supérieure et l'autre pour l'inférieure. Mais ce procédé (fig. 45), bon pour la *reconstitution des commissures* (Hasner), est mauvais quand il s'agit de reconstruire les 2 paupières entières. Il faut prendre alors un *énorme* lambeau malaire, ce qui crée une perte de substance beaucoup trop vaste, et de plus il n'est pas rare qu'une des branches de la fourche se sphacèle. C'est donc un procédé bon pour des restaurations partielles, surtout de la région palpébrale *externe*.

3° Enfin si la peau du visage est absolument impropre à l'autoplastie pédiculée, on pratiquera la greffe cutanée ou, à la rigueur, la méthode italienne.

La tarsorrhaphie, lorsque le bord des paupières a été détruit, est remplacée par une suture des bords conjonctivaux en adossant les surfaces et en s'inspirant des sutures intestinales.

Plus encore qu'au temps de Denonvilliers, car nous avons l'antisepsie en plus, il importe de ne pas abandonner la blépharoplastie à pédicule, comme Panas et ses élèves l'ont fait justement remarquer. La greffe reste une méthode précieuse, mais une méthode d'exception. Plus que toute autre partie de la chirurgie oculaire, la blépharoplastie et la cure

de l'ectropion cicatriciel exigent de celui qui veut être vraiment utile à son malade un abandon de tout parti pris pour un procédé ou une méthode, une science de tous les procédés mis en usage et une technique sûre pour l'exécution des procédés les plus compliqués comme pour celle des procédés les plus simples. Enfin il se présente des cas particuliers où la conduite à tenir n'a point été déjà complètement tracée, où le chirurgien doit instituer une stratégie et une technique nouvelles.

§ VII. — Affections d'origine congénitale.

Les affections congénitales des paupières (kystes divers sous-palpébraux, cryptophtalmie, ablépharie, colobomes) et du sourcil réclament dans certains cas la même thérapeutique que les affections acquises : on se règlera quelquefois aussi sur l'état de l'œil, souvent incomplètement développé ou kystique.

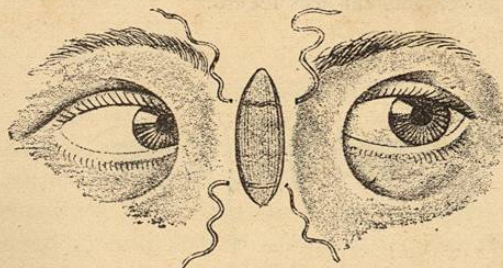


FIG. 46. — Rhinorrhaphie.

L'*épicanthus* congénital ne sera traité qu'après la dixième année, car le nez en se développant peut le déplisser, en le tendant et en le soulevant par la partie profonde. La rhinorrhaphie (fig. 46) (von Ammon), en passant ou non les

aiguilles à l'avance (de Wecker), a été souvent recommandée, mais elle expose à une cicatrice rouge, très visible, kéloïdienne, et assez disgracieuse par sa tendance à la distension. L'excision au niveau des ailerons eux-mêmes (Arlt), donne des cicatrices latérales mieux cachées, et moins sujettes au tiraillement : on se servira pour la suture d'aiguilles *extrêmement courbes*, comme pour toute opération dans le creux orbito-nasal.

Il est préférable de substituer aux opérations médianes, dont la cicatrice est si visible, les opérations latérales au milieu du repli, comme les figures ci-jointes (fig. 47 et 48) (Cl. Bernard et Huette, E. Berger et Løvy) l'indiquent et comme de Wecker l'a aussi conseillé. Sans exciser totalement le repli, l'excision d'un lambeau *ovalaire* ou *triangulaire* (a, b, c, d) suffit, par la suture des lèvres de la plaie, à *déplisser* le reste de l'épicanthus. Le port d'un binocle a suffi dans certains cas très légers.



FIG. 47.

Opération de l'épicanthus.

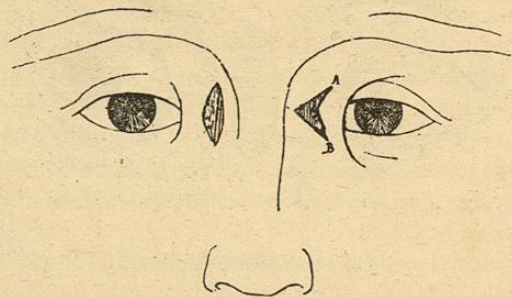


FIG. 48. — Opération de l'épicanthus (E. Berger et Løvy).

L'épicanthus *acquis* forme des brides qui recouvrent, en les surplombant, l'angle externe ou l'angle interne de l'œil,

soit par lésions ulcéreuses ou suppuratives graves, syphilitiques ou autres, soit par traumatismes étendus (fractures de la pommette par coup de pied de cheval, etc.).

On est alors amené à faire des autoplasties et à interposer, le plus souvent par la blépharoplastie à pédicule, un lambeau en travers de la bride sectionnée ou déplacée, afin d'empêcher la difformité de se reproduire. Dans quelques cas (effondrement des os du nez ou de l'orbite), l'ostéoplastie ou l'implantation de pièces métalliques appropriées (Cl. Martin) peuvent être indiquées.

Les *kystes dermoïdes du sourcil* seront disséqués, après incision horizontale de la peau, le sourcil étant rasé en partie et l'incision se faisant à son niveau. On les saisira avec une solide pince érigne et l'aide indispensable rétractera largement les lèvres de la plaie de façon à ce qu'on puisse enlever en totalité l'adhérence profonde qui existe souvent avec l'os, quelquefois creusé, au niveau du kyste. C'est une opération plus laborieuse qu'elle ne le paraît d'abord, mais, même si le kyste se rompt, la dissection doit être très complète pour éviter la récurrence ou une fistule.

CARONCULE

L'ablation de *tumeurs* de nature diverse, bénigne ou maligne, l'ouverture des *orgelets* de la caroncule, primitifs ou consécutifs à des orgelets staphylococciques du bord ciliaire (A. Terson) dont la caroncule n'est qu'une partie, l'évacuation des *calculs*, le traitement chirurgical des *angiomes*, tout cela est *identique* aux interventions sur la paupière ou le bord ciliaire, parce que le terrain est identique.

Les *hémorragies caronculaires*, traumatiques ou opératoires, sont justiciables de la cautérisation ignée, combinée ou non à l'hémostase par l'instillation de *gélatine*, l'extrait de capsules surrénales et la compression. Si ces

moyens n'en venaient pas à bout, on n'hésiterait pas à embrasser la région saignante entre les branches d'une forte pince hémostatique de Péan, ou, si l'hémorragie est minime, avec une de nos minuscules serrefines hémostatiques.

La *tuberculose caronculaire* nécessite le même traitement que la tuberculose conjonctivale.

Quant aux *infections caronculeuses* chroniques (trachome), l'*ablation* (si tout autre traitement par scarifications, cautérisations chimiques et pointes de feu a échoué) de la caroncule est indiquée, et n'a pas les dangers (Celse) qu'on lui a si souvent attribués autrefois (épiphora continué).

Le larmolement coexiste plus souvent avec une caroncule malade qu'il n'apparaît après son ablation.

L'ablation est également l'opération la moins mauvaise contre le *trichiasis caronculaire* où les poils, humides, blancs et lanugineux, sont difficiles à saisir par l'électrolyse.

L'*hypertrophie de la caroncule*, dans les larmolements chroniques, où on l'a même accusée de repousser en avant le point lacrymal inférieur, nécessiterait le même traitement après insuccès des interventions moins radicales. Cette thérapeutique chirurgicale doit être naturellement réservée aux cas où la caroncule est en cause et à ceux où les opérations destinées à redresser le point lacrymal inférieur ont échoué.

La caroncule a été quelquefois transportée en avant, quand elle s'était trop retirée à la suite d'une vaste ténotomie (*avancement caronculaire*).

CHAPITRE DEUXIÈME

APPAREIL LACRYMAL

§ 1. — Glandes lacrymales

La chirurgie des glandes lacrymales s'exerce sur les *trois* groupes de glandes qui sont : 1° la glande orbitaire ; 2° la glande lacrymale dite palpébrale, agglomération plus considérable des glandules conjonctivales dans la région externe du cul-de-sac supérieur, et qui n'est autre qu'un *groupe conjonctival externe* ; 3° les glandes conjonctivales de petit volume, invisibles sans des préparations spéciales, et qui siègent dans le reste du cul-de-sac supérieur (groupe conjonctival supéro-interne), dans le tarse (glandules lacrymo-tarsales), et même dans la caroncule (glandules lacrymo-caronculeuses).

En réalité les lésions de ces dernières formations glandulaires sont de très petit volume et, si elles sont quelquefois justiciables d'un traitement chirurgical (curage, cautérisation, extirpation), elles ne peuvent être l'objet d'une intervention régulière et typique, comme la glande orbitaire et le groupe conjonctival externe dit palpébral.

Notre thèse (1892) contient l'analyse et la synthèse de tout le système lacrymal sécréteur, construit sur le même type histologique et anatomique d'une glande acineuse analogue à une glande salivaire et poussant sur divers points de la poche conjonctivale des rameaux de divers