tés de *Szymanowsky* et d'*Abadie*). Il faut reconnaître que ce qui empêche, en général, d'exécuter des sections sur la peau de la face des sujets à opérer avec la même aisance qu'on les trace sur le papier, c'est que, dans les cas de de-

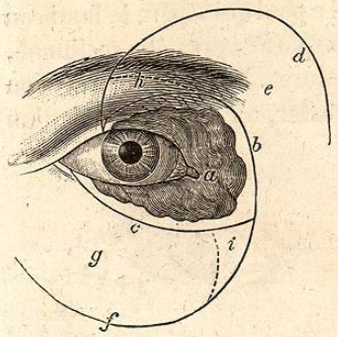

Fig. 78.

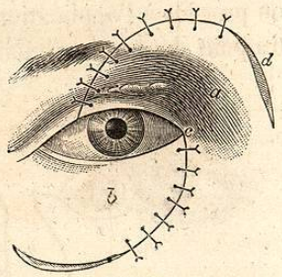

Fig. 79.

struction complète des paupières, la joue, les tempes et le front sont ordinairement sillonnés de profondes cicatrices (brûlures, charbon).

Après avoir passé en revue les divers procédés que nous

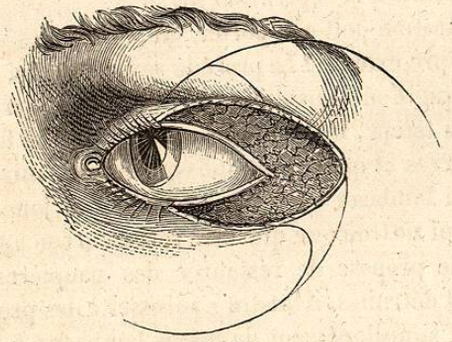
Fig. 80.

venons de décrire, nous devons ajouter qu'il sera imposé à chaque opérateur, par suite de la conformation de la perte de substance qu'ont subie les paupières et leur voisinage, de modifier plus ou moins le type opératoire qui aura été

choisi. Ce qu'il faut surtout rechercher, en se conformant aux données si précieuses que nous a fournies la greffe, c'est, non de conserver dans les lambeaux tordus un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux nourriciers, en veillant, par conséquent, à ce qu'ils aient une base suffisamment large, mais bien d'obtenir que ces lambeaux

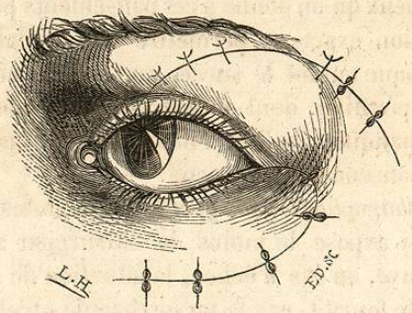

Fig. 81.

reposent sur un support aussi parfait que possible, et qu'ils soient appliqués, autant qu'on peut le faire, sur une surface plane, de façon à ce qu'une contiguïté exacte leur permette de se greffer. C'est encore pour cette raison que l'on tâchera surtout de conserver la partie des paupières formée par la conjonctive et le tissu sous-conjonctival.

Un autre point qui mérite toute notre attention, c'est qu'à l'endroit même où le lambeau subit la torsion, celle-ci ne soit pas trop forcée, non pas à cause de l'interruption du courant sanguin qui pourrait en résulter, mais bien pour cette raison que l'application du lambeau serait nécessairement défectueuse dans la partie tordue et que le sphacèle serait ainsi favorisé, cette grave complication pouvant alors s'étendre au voisinage. Car, sachez-le bien, Messieurs, c'est la greffe qui répond de la nutrition de ces lambeaux, et non leur pédicule. Cette exacte application que réclame la base du lambeau est encore rendue nécessaire pour qu'il ne s'établisse pas en ce point un réceptacle permettant l'accumula-

tion du pus, le plus redoutable ennemi de toute opération plastique et de la greffe.

Si, en effet, des opérations exigent impérieusement des pansements qui, comme ceux fournis par les méthodes antiseptiques, empêchent ou diminuent la suppuration, ce sont certes celles qui nous occupent, et on peut dire que des soins minutieux qu'on donne à ces pansements pour favoriser une coaptation exacte et permettre une parfaite propreté, dépend presque autant le succès que de l'exécution intelligente de l'opération, dont le but pourrait encore être complètement manqué, malgré l'habileté de l'opérateur, par suite d'un pansement défectueux.

Blépharoplastie par greffe.

3° La *blépharoplastie par greffe* est incontestablement la méthode qui expose le moins le chirurgien au reproche d'avoir aggravé, en cas d'échec, la situation de son malade. En outre, elle fournit, par la tarsorrhaphie qu'elle implique, le moyen de protéger immédiatement un œil menacé par l'absence d'une ou des deux paupières.

Les modifications qui doivent être apportées à notre ancien procédé de greffe en mosaïque sont, suivant ce que la pratique nous a enseigné :

a) De procéder immédiatement à la greffe sur surface cruente ;

b) D'appliquer, autant que le permettent la configuration et les incurvations de la plaie, des lambeaux d'une étendue maxima de 1 $^1/_2$ à 2 centimètres, mais de ne jamais faire usage de lambeaux qui, par leur excès de grandeur, ne s'adapteraient pas dans toute leur surface sur les parties avivées ;

c) De débarrasser soigneusement tous ces lambeaux du tissu sous-cutané et des parcelles de tissu adipeux qui pourraient y adhérer.

La greffe en lambeaux de moindre étendue est impérieusement réclamée lorsqu'on veut recouvrir une plaie déjà bourgeonnante, et qui montre des anfractuosités encore

bien plus accusées que celles qui résultent d'un dégagement que l'on vient d'opérer.

d) Une dernière modification, et c'est à mon avis la plus importante, consiste à adjoindre le pansement antiseptique (surtout celui à l'acide borique) à toute greffe. On applique tout d'abord très exactement les lambeaux cutanés en les pressant et en les étalant sur la plaie ; on recouvre le tout de baudruche gommée, sur laquelle on place le lint boraté. A la moindre tendance à la suppuration, lorsqu'il s'agit d'une greffe sur plaie cruente, on supprime le bandeau compressif, et on le remplace par une mince bande de toile ou de gaze, qui fixe le lint boraté, celui-ci étant alors tenu humecté pendant toute la durée des pansements.

Le plus cruel adversaire de la greffe est, comme nous venons de le dire, la suppuration, qui peut miner des parties cutanées déjà parfaitement attachées ; aussi en sachant tirer parti du pansement boraté peut-on puissamment contribuer à la réussite des greffes.

Procédé de l'auteur.

Pour exécuter mon procédé j'avive les parties qui avoisinent les bords orbitaires. Cela fait, je détache une bande de 1 1/2 à 2 centimètres de largeur sur le front et la joue par des sections courbes qui viennent se rejoindre vers la tempe. Le dégagement doit être assez complet pour permettre un glissement facile de ces bandes cutanées et une coaptation très exacte de leur bord avivé. La réunion est faite par une série de sutures placées en partie profondément, en partie superficiellement. On se sert de fils métalliques, afin de pouvoir les laisser en place le temps nécessaire pour une réunion complète.

Cette réunion pratiquée, on recouvre les îlots dénudés d'une mosaïque de lambeaux cutanés de 1 1/2 à 2 centimètres carrés. Ces lambeaux sont appliqués sur la plaie et soigneusement étalés au moyen d'un stylet mousse. On tâche de recouvrir la plaie aussi complètement que possible par cette mosaïque grossière, mais serrée, et l'on étend alors sur

toute la plaie un morceau de baudruche gommée, ce qui permet toujours une inspection facile de l'état des petits lambeaux transplantés. Puis je place sur les deux yeux, afin d'avoir un repos absolu, un bandeau compressif qui recouvre le pansement boraté. Celui-ci n'est renouvelé que vingt-quatre heures après.

Le changement de couleur, très facilement appréciable sous la baudruche, indique dès les premiers jours le résultat de l'opération. Ceux des petits lambeaux qui adhèrent présentent, au bout de trente-six à quarante-huit heures, une couleur rosée, qui devient peu à peu rouge, tandis que ceux qui n'ont pas contracté d'adhérence gardent leur teinte jaune pâle, s'encadrent d'un anneau brun noirâtre et finissent par se momifier.

Tout d'abord je n'exécutais pas la greffe sur surface cruente, et comme le rapporte ma première observation, j'appliquais des lambeaux de petites dimensions sur la plaie lorsqu'elle s'était recouverte de bourgeons charnus. Je pense qu'il est préférable d'imiter M. *Ollier*, en commençant par greffer sur surface cruente, car, en cas d'échec, on a encore la ressource de la greffe médiate sur la plaie bourgeonnante.

Un obstacle pour une exécution régulière de la greffe, dans le cas où l'on doit combler une perte de substance assez étendue, c'est la difficulté que l'on éprouve pour se procurer une suffisante quantité de peau. Dans un grand hôpital il serait aisé d'utiliser les membres amputés, mais dans une clinique, même importante, il faudra se contenter des petits lambeaux cutanés que l'on enlève dans certaines opérations, comme le procédé de *Jœsche-Arlt* pour remédier au trichiasis, en remettant la greffe à un jour où l'on doit exécuter ces opérations. Aussi se trouvera-t-on le plus souvent dans l'obligation de recourir à la peau de l'avant-bras que l'on emprunte, soit au sujet même, soit à toute autre personne qui en fait l'abandon par pur dévouement ou dans un but de lucre, comme cela s'est pratiqué ici.

Si l'on se propose de greffer sur surface cruente, il vaudra mieux exciser un lambeau d'une étendue suffisante pour couvrir la plaie, ce lambeau étant ensuite partagé par petits carrés de 5 millimètres de côté, de façon à en former une mosaïque recouvrant toute la perte de substance. Mais dans le cas où la greffe est destinée à une plaie bourgeonnante, nous pensons qu'il est préférable d'enlever séparément chacun des petits morceaux de peau; pour cela, on pince entre les doigts un pli cutané que l'on traverse avec le bistouri, de manière à le détacher d'un côté, puis on achève l'excision en s'aidant d'une pince et des ciseaux.

Cette greffe en mosaïque doit être distinguée du procédé de *Reverdin*, dans lequel on ne fait usage que de très petits lambeaux épidermiques, non pour recouvrir la plaie dans toute son étendue, mais pour créer des centres isolés de cicatrisation. Elle est également différente du procédé de M. *Ollier* (greffe dermo-épidermique), où l'on cherche à greffer des lambeaux de 4 à 8 centimètres carrés, bien qu'ici, également, on se propose de transplanter la totalité du derme exactement privé de son tissu adipeux sous-cutané. D'ailleurs M. *Wolfe* fait, à cet égard, absolument la même recommandation en conseillant de fendre les lambeaux suivant leur épaisseur pour en séparer minutieusement le tissu sous-cutané. Les avantages de la greffe en mosaïque, susceptible de s'adapter avec toute l'exactitude désirable aux anfractuosités de la région qui avoisine l'œil, ont d'ailleurs été amplement reconnus par de nombreux praticiens tels que *Sattler*, *Illing*, *Sichel* fils, etc.