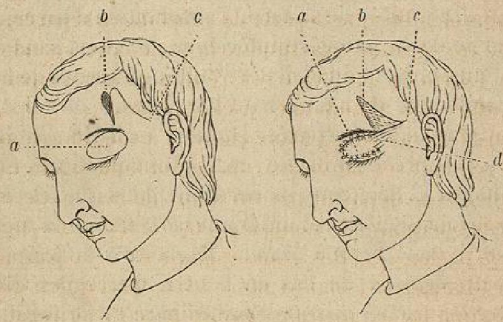
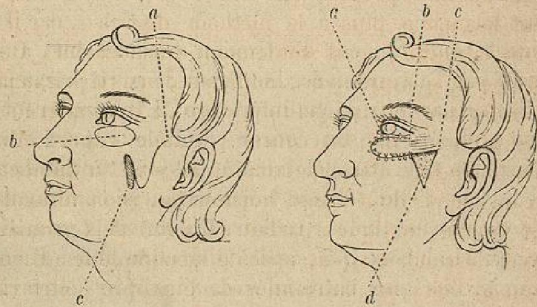


une blépharophthalmie érysipélateuse et gangréneuse, le globe de l'œil, après la guérison de la maladie primitive, était menacé des plus grands dangers. « N'ayant pas de précédents à invoquer, dit Græfe (*Rhinoplastik*, 1818), j'entrepris en hésitant de réparer la partie manquante aux dépens de la peau voisine de la région malaire, et le plus beau succès couronna cette opération. »

Malgré l'absence de détails propres à rappeler tous les temps de cette restauration palpébrale, on peut y voir l'indication d'un des nombreux procédés de la méthode indienne qu'il nous reste à exposer. Ces procédés ont entre eux la plus grande analogie ; cependant,

Fig. 446<sup>1</sup>.Fig. 447<sup>2</sup>.Fig. 448<sup>3</sup>.Fig. 449<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Fig. 446. — *a* Plaie ou perte de substance. — *b* Sommet du lambeau. — *c* Base du lambeau.

<sup>2</sup> Fig. 447. — *a* Lambeau renversé sur la plaie et assujéti par des points de suture. — *b* Plaie résultant du renversement du lambeau. — *c* Base de cette plaie. — *d* Point de torsion du lambeau.

<sup>3</sup> Fig. 448. — *a* Lambeau. — *b* Perte de substance. — *c* Plaie résultant du lambeau.

<sup>4</sup> Fig. 449. — *a* Perte de substance recouverte par le lambeau. — *b* Point de torsion. — *c* Point où la plaie du lambeau se continue avec la perte de substance. — *d* Plaie du lambeau.

comme de légères modifications dans le sens et la forme du lambeau peuvent offrir des différences capitales sous le rapport du résultat définitif, nous n'hésitons pas à les décrire avec quelque soin.

Fricke (de Hambourg) imagina de tailler sur la tempe un lambeau presque vertical, à base inférieure, qui, ramené par torsion du pédicule vers la paupière supérieure, servit à réparer une perte de substance de cet organe.

Le même procédé s'appliquerait parfaitement à la paupière inférieure, si l'on taillait le lambeau de haut en bas et à base supérieure pour le coucher horizontalement en travers de la paupière. Ces lambeaux doivent être garnis du tissu cellulaire subjacent, être beaucoup plus étendus que la perte de substance à réparer, et affrontés avec une très-grande exactitude ; la plaie correspondant à la région qui a fourni le lambeau est réunie et fermée par quelques points de suture, ou abandonnée à elle-même.

M. Hysen-Molleras paraît avoir cherché à modifier le procédé de Fricke, en rendant ses lambeaux un peu obliques, afin que la torsion du pédicule ne dépassât pas un quart de cercle. Ce chirurgien a donné à ces opérations le nom de *méthode temporo-faciale* et de *naso-faciale*, selon qu'elles sont appliquées à la paupière supérieure ou à l'inférieure ; mais à notre avis, quoi qu'en dise Serre, il n'y a là qu'une légère modification du procédé primitif.

Velpeau décrit encore une opération de M. de Ammon comme une modification du procédé de Fricke ; mais il nous semble qu'elle appartient beaucoup plus à la méthode de Celse, car il n'y a pas torsion du lambeau, mais seulement déplacement. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, dont les deux tiers externes de la paupière inférieure et une petite portion de la paupière supérieure avaient été détruits par un cancer ; Ammon, après avoir enlevé les parties malades, circonscrivit sur la joue un lambeau cutané par deux incisions, dont l'une, horizontale, se continuait vers l'oreille, et l'autre, oblique, partait du point de terminaison de la première et descendait au-dessous de la pommette : il en résulta, comme on le voit, un lambeau cutané propre à être ramené en haut, où il fut soutenu par quelques points de suture, et remplaça la paupière inférieure. Il n'y a donc là aucun des caractères de la méthode indienne.

Quoi qu'il en soit, l'idée première de Fricke a été appliquée aujourd'hui un très-grand nombre de fois avec des modifications commandées par le siège et l'étendue des pertes de substance à réparer.

M. Sédillot a eu l'occasion de remédier à une difformité considérable des deux paupières du côté gauche. Un jeune Allemand

avait eu ces paupières largement divisées de bas en haut et de dehors en dedans par un coup de couteau. L'œil, quoique transparent, était perdu, affaissé, et ne distinguait pas le jour de la nuit. La réunion primitive ayant échoué, on avait eu recours inutilement à la dissection et à la suture d'une partie des paupières, lorsque le malade fut reçu à la Clinique. A cette époque, la portion interne et encore intacte de la paupière supérieure était renversée en dehors (ectropion) et laissait apercevoir un épais bourrelet formé par le cartilage tarse revêtu de la conjonctive. La paupière inférieure formait un entropion. Des brides réunissaient la face interne de ces parties à la conjonctive oculaire. La commissure externe fut avivée pour être reportée plus en dedans et pour ramener par conséquent l'étendue de l'ouverture palpébrale au diamètre de la portion encore intacte de la paupière supérieure. La réunion fut maintenue par la suture entortillée, et l'œil reprit une forme régulière avec disparition de l'ectropion de la paupière supérieure et de l'entropion de l'inférieure.

Dans un autre cas, M. Sédillot modifia de la manière suivante le procédé primitif de Fricke. Le malade avait perdu une partie de la paupière supérieure, qui fut reformée avec un lambeau emprunté à la tempe; mais l'extrémité du lambeau se mortifia et la restauration menaçait de rester incomplète. Il conjura cette difficulté en divisant de dehors en dedans le milieu du lambeau (qui était fort large), jusqu'à une certaine distance du bord libre, et en renversant de haut en bas et de dehors en dedans la moitié supérieure de la languette tégumentaire ainsi obtenue. L'opération réussit et la paupière redevint libre et mobile avec disparition de l'horrible ectropion dont elle était affectée.

*Procédé à double lambeau de M. Sédillot.* Un jeune homme se présenta à lui pour être débarrassé d'une difformité qui l'empêchait de suivre la carrière militaire, où l'appelaient une vocation décidée.

Une brûlure datant des premières années de sa vie avait détruit, en grande partie, la paupière inférieure droite, l'aile du nez et la portion interne de la tempe du même côté.

La paupière inférieure, complètement renversée de haut en bas sur la joue, y adhéraient et n'avait conservé aucun mouvement. Les cils existaient encore et indiquaient le rebord palpébral, au-dessus duquel on apercevait la conjonctive rougeâtre et épaissie occupant tout l'intervalle du bord palpébral à la cornée.

Le chirurgien voulut tenter l'application du procédé de Warthon-Jones en détachant un lambeau triangulaire cutané et cicatriciel, par deux incisions, partant l'une de la commissure interne, l'autre

de la commissure externe, et s'étendant de haut en bas et obliquement, à deux centimètres environ au-dessous du bord libre de la paupière. Ce lambeau fut disséqué et rendu assez mobile pour permettre de relever normalement la paupière inférieure. Trois points de suture réunirent la plaie linéaire résultant du déplacement de bas en haut du lambeau.

Quelques jours plus tard, les points de suture étaient déchirés par ulcération, et une plaie de mauvaise nature et aussi étendue qu'au moment de l'opération allait ramener la difformité par formation du tissu inodulaire.

M. le docteur Heer, alors interne du service, fut chargé de soulever le lambeau palpébral avec une série de petits crochets fixés à des fils assujettis sur le front. En même temps la plaie était pansée avec des fomentations aromatiques et cautérisée fréquemment dans le but de faire naître des bourgeons charnus, propres à prévenir le resserrement de la cicatrice et l'abaissement du lambeau. Ces indications, quoique remplies avec beaucoup de soin et d'habileté par M. Heer, n'eurent aucun succès, et la difformité se reproduisit.

M. Sédillot eut recours, dans ces fâcheuses conditions, à son procédé à double lambeau de la méthode indienne. Une languette tégumentaire fut taillée de bas en haut, le long de la portion saine de la tempe jusqu'à la racine du front. L'incision supérieure et interne se continuait avec la première incision externe, faite à partir de la commissure temporale de la paupière. L'autre incision, ou inférieure, se perdait dans la joue. Ce premier lambeau embrassait presque tout le contour du grand lambeau triangulaire palpébral de la première tentative de blépharoplastie, et l'on put croire un moment qu'il suffirait. Mais un peu de mortification de l'extrémité de cette languette tégumentaire et le simple effet de la rétractilité convainquirent bientôt de la nécessité de recourir à un second lambeau fronto-nasal pris sur la région médiane, en remontant de la commissure palpébrale interne sur le côté interne et supérieur du nez. Ce lambeau, continué, comme le premier, avec le bord supérieur de la plaie palpébrale, fut ramené de haut en bas et de dedans en dehors, de manière à rejoindre le précédent, auquel il fut assujéti. La réunion se fit bien, les plaies résultant de la formation des lambeaux se cicatrisèrent par suppuration, avec un peu d'épaisseur, mais sans tendance à une nouvelle difformité. La paupière fut bien rétablie, mobile, et les cicatrices rougeâtres blanchirent avec le temps.

*Procédé par pivotement.* Dû à M. Denonvilliers, il tient à la fois des procédés de Fricke et de Dieffenbach. La direction du lam-