

beau est le plus souvent oblique ; elle ne doit dans aucun cas former, avec la surface à réparer, un angle plus ouvert que l'angle droit. Sa forme est variable ; mais il ne présente pas de pédicule, sa portion adhérente étant sa partie la plus large. Une fois taillé et disséqué, le lambeau est incliné sans torsion ni tiraillement, et appliqué sur la surface à restaurer, où il est maintenu par des points de suture peu nombreux.

*Procédé par échange.* Imaginé par M. Denonvilliers pour les ectropions de l'angle des paupières, il consiste à tailler deux lambeaux triangulaires à bases opposées continues avec les téguments, et ayant un côté commun. Libérés par dissection de la pointe à la base, ils sont passés l'un au-dessus de l'autre, de telle sorte que l'un occupe la place que l'autre occupait précédemment.

*Fusion temporaire des paupières.* Les ressources que présente ce procédé déjà décrit (voy. *Ectropion*) ne doivent pas être négligées.

*Appréciation.* La description que nous avons faite des divers procédés de la blépharoplastie suffit pour indiquer la différence des conditions pathologiques et la nécessité de varier également les moyens propres à y remédier. Nous ne saurions donc comparer des opérations applicables à des cas dont l'analogie n'est pas suffisante, et favorables ou mauvaises selon l'emploi que l'on en fait. En thèse générale, il faut, comme nous l'avons fait remarquer, chercher à obtenir des lambeaux qui n'exercent aucune traction fâcheuse sur les paupières ; à ce titre, les procédés de Ledran, de Dieffenbach, de Warthon-Jones nous paraissent de beaucoup préférables à celui de Serre. La méthode indienne, si heureusement mise en usage par Græfe, par Fricke et par nous, offrira les plus heureuses ressources. Mais les succès de la blépharoplastie dépendent particulièrement, comme nous l'avons dit, de la profondeur des pertes de substance à réparer, et, quoique Dzondi ait imaginé d'implanter des poils sur le bord libre des paupières de nouvelle formation, on aura bien peu de chance de réussite dans tous les cas où la conjonctive palpébrale et le bord libre des paupières auront été détruits, cas où l'on s'efforce plutôt de prévenir la perte de l'œil, en lui fournissant un revêtement extérieur, que de faire disparaître une difformité incurable ; puisque l'absence des cils, des cartilages tarse et du muscle orbiculaire laissera nécessairement l'espèce de paupière tégumentaire reformée, sans mouvement, sans soutien, et probablement sans glissement ni mobilité du globe oculaire, avec lequel elle aura contracté des adhérences. On a proposé, il est vrai, de prendre une partie du muscle sourcilier (Blandin), ou des muscles de la face, pour remplacer l'orbiculaire ; mais ce sont évidemment là des ressources impuissantes.

Toutes les fois que la peau seule aura été altérée ou détruite, on pourra la remplacer assez facilement par un des procédés des méthodes française ou indienne, selon les indications, et l'on obtiendra des résultats d'autant plus brillants qu'ils seront en apparence plus désespérés. Il est peut-être convenable de rappeler que la peau empruntée aux téguments voisins de l'œil, particulièrement à la tempe et au front, étant plus épaisse que celle des paupières, fait presque toujours après la guérison un relief d'un effet désagréable, et il y aurait avantage à l'isoler du tissu cellulaire subjacent, dans le but de l'amincir, en lui conservant cependant assez de vitalité pour en prévenir la mortification. On pourrait également, dans quelques cas, recourir à la réunion temporaire des paupières pour obtenir des résultats encore plus satisfaisants.

## KÉRATOPLASTIE.

Il était bien difficile que les chirurgiens confiants dans les succès de l'hétéroplastie ne fissent pas quelques expériences pour appliquer cette méthode à la restauration de la cornée. Tous les jours on rencontre de malheureux aveugles dont l'œil est parfaitement sain, à l'exception de cette membrane ; et s'il était réellement possible de la remplacer par une cornée saine et transparente, on aurait résolu le plus beau problème et l'on aurait bien mérité de l'humanité. Pellier, dans le dernier siècle, avait déjà compris l'importance d'une pareille découverte et en avait annoncé la possibilité sans qu'on lui accordât l'attention. Depuis 1823, MM. Mœsner-Reisenger, Drolshagen, Himly, Bigger, Dieffenbach, Stelling, et MM. Feldmann et Davis (*Acad. des scienc.*, 1842) ont tenté de véritables expériences à cet égard, et ont cherché à démontrer la possibilité de transporter la cornée d'un animal à un autre sans que cette membrane perdît sa diaphanéité.

Plusieurs opérateurs se sont crus dès lors autorisés à tenter les mêmes essais sur l'homme ; et quoiqu'on ait parlé de transposition d'une cornée de veau ou de mouton, il serait évidemment beaucoup plus naturel de prendre une cornée humaine. Comme la vitalité de cet organe est très-faible, peu importerait probablement que l'individu auquel on l'enlèverait vint d'expirer.

Néanmoins toutes ces tentatives n'ont pas encore été suivies d'un seul succès, et il n'y a pas lieu de s'en étonner quand on réfléchit à la mollesse de la cornée, à la difficulté de la réunir à la sclérotique, ou au segment d'ancienne cornée au milieu duquel on vou-

draît intercaler la nouvelle, et surtout à l'extrême danger de vider l'œil pendant ces délicates manœuvres.

Dieffenbach a enlevé, comme nous l'avons dit, un leucoma de la cornée, en passant au moyen d'une aiguille fine trois fils de chaque côté de la tache, la circonscrivant ensuite par deux incisions elliptiques, et fermant immédiatement la plaie par trois points de suture. Il est évident qu'en supposant le leucoma placé de manière à gêner ou empêcher la vision, on courrait beaucoup moins de risque en pratiquant une pupille artificielle. On aurait encore la ressource de changer la position du globe de l'œil, au moyen de la myotomie oculaire, et de produire un strabisme dont la direction coïnciderait avec les points restés sains de la cornée.

## CHÉILOPLASTIE.

Aucun organe n'offre des conditions plus favorables aux restaurations anaplastiques que les lèvres. Libres, minces, très-étendues, soutenues par des plans osseux dont une membrane muqueuse les sépare, elles peuvent être enlevées, particulièrement l'inférieure, en partie ou en totalité, et facilement réparées avec les téguments des joues ou du cou. Aussi la méthode de Celse est-elle généralement en usage, et les méthodes indienne et italienne n'interviennent-elles qu'à titre de méthodes exceptionnelles.

**Lèvre inférieure.** L'affection qui nécessite le plus fréquemment la chéioplastie est le cancer de la lèvre inférieure; cependant les lupus, les brûlures, les gangrènes partielles et les pertes de substance traumatiques peuvent en être également des indications.

Une des conditions les plus heureuses de ces opérations est la conservation d'une muqueuse à la face interne de la nouvelle lèvre. Delpach en avait compris et exposé tous les avantages. On obtient généralement ce précieux résultat en reformant les lèvres par l'allongement des joues, qui sont susceptibles d'une extensibilité extraordinaire, et permettent, comme nous le verrons, les restaurations les plus remarquables.

Quelquefois néanmoins il est nécessaire de recourir à des procédés particuliers pour revêtir les lambeaux d'une membrane muqueuse. Werneck en 1817, Dieffenbach en 1830, avaient donné le moyen de recouvrir avec la muqueuse buccale les bords libres des lèvres dans des cas de stomoplastie sur lesquels nous reviendrons, et Serre, en 1835, conseilla de disséquer et de séparer la muqueuse de la face interne des lèvres, lorsque cette membrane n'avait pas

encore été envahie par le cancer. C'est là, sans contredit, une idée digne des plus grands éloges. Serre a cité des cas où son procédé fut mis en usage avec succès, et qui seront toujours des exemples à imiter.

*Méthode italienne.* Tagliacozzi se servait des téguments du membre supérieur pour la restauration des lèvres, comme le témoignent les dessins qu'il a laissés de ce genre d'opération. Cette méthode, justement abandonnée, ne saurait être employée, si jamais elle l'est encore, que dans des cas tout à fait exceptionnels.

*Méthode indienne.* Delpach, préoccupé des inconvénients d'appliquer sur l'os maxillaire un lambeau privé de membrane muqueuse, imagina de reconstruire la lèvre inférieure avec les téguments de la région cervicale, relevés de bas en haut, légèrement tordus vers leur pédicule et doublés sur eux-mêmes, de manière à se trouver en contact par leur surface saignante. Delpach espérait que la peau, devenue partie constituante de la bouche et faisant l'office de muqueuse, on prendrait peu à peu les caractères; mais la gangrène s'empara du lambeau et l'opération resta sans succès.

Quelques autres tentatives par torsion d'un lambeau cervical ne furent pas heureuses, et cette opération ne paraît plus compter de partisans.

*Procédé à double lambeau.* M. Sédillot a exécuté plusieurs fois la restauration de la lèvre inférieure, par son procédé à double

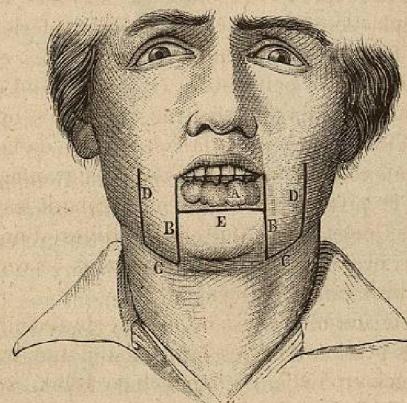


Fig. 450.

lambeau de la méthode indienne; et ses observations ont été publiées dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Mémoires*