

Le traitement est d'ailleurs le même dans les deux cas. Il n'est pas rare d'observer la disparition spontanée du chalazion : aussi n'est-il pas nécessaire d'en arriver à l'opération immédiate. Lorsqu'il ne disparaît pas et qu'il est l'occasion d'une gêne quelconque pour le malade, on en peut pratiquer l'extraction par la peau pour la paupière supérieure, par la muqueuse pour l'inférieure. L'usage de la pince fenêtrée de Desmarres, en protégeant le globe de l'œil, même contre un opérateur maladroit, a rendu cette petite opération plus simple encore qu'autrefois. Si le chalazion était kystique et que l'on ne fût pas bien certain d'avoir enlevé la poche entière, on la cautériserait avec un crayon de nitrate d'argent. Un morceau de taffetas d'Angleterre ou de baudruche collodionnée, une mince couche d'ouate et une bande de flanelle, constitueront le pansement.

Je me contenterai de mentionner les plaques jaunâtres, qu'il n'est pas rare d'observer sur les paupières et qui ressembleraient à un tatouage, si elles n'étaient parfois un peu proéminentes. Je mentionnerai également la singulière affection décrite par M. Le Roy de Méricourt sous le nom de *chromhydrose*, affection qui fit beaucoup de bruit il y a quelques années à propos d'un prétendu fait de simulation. La chromhydrose résulte d'une perversion dans la sécrétion des glandes sébacées des paupières. Elle est caractérisée par des plaques noires ou bleues occupant le plus souvent la paupière inférieure et la joue, répandues parfois sur toute la peau de la face et du front. Ces taches s'enlèvent très facilement, et la peau redevient blanche, jusqu'à ce qu'une nouvelle sécrétion de sébum pigmenté la recouvre de nouveau.

E. Déformation des paupières. — Le groupe des affections répondant à ce titre est le plus important. La paupière peut être déformée par une cause originelle, mais plus souvent par suite d'un traumatisme ou d'une inflammation chronique. Parmi ces déformations, les unes sont rares et les autres communes. Les déformations rares sont : l'ablépharie ou absence des paupières, le lagophthalmos, le coloboma, l'épicanthus, l'ankyloblépharon, le symblépharon, la blépharoptose ou ptosis. — Les déformations communes sont : le blépharophimosis, le trichiasis, l'entropion et l'ectropion.

a. *Ablépharie.* — Un enfant peut venir au monde sans paupières,

mais il est atteint d'autres vices de conformation qui l'empêchent de vivre. L'ablépharie est le plus souvent acquise et résulte de brûlures, de gangrène, de pustule maligne. Tantôt l'une, tantôt les deux paupières, sont détruites, et le globe de l'œil, constamment exposé aux injures de l'air, est gravement compromis. Il faut le maintenir recouvert de linges humides, mais le véritable traitement est l'autoplastie, c'est-à-dire la réfection des paupières. La conduite à tenir étant d'ailleurs la même que dans les cas d'ectropion très prononcé, j'indiquerai plus loin le meilleur procédé à mettre en usage, c'est-à-dire celui de Denonvilliers, dont j'ai pu observer les résultats pendant mon internat chez ce remarquable opérateur.

b. *Lagophthalmos.* — Le lagophthalmos est un raccourcissement des paupières dont les bords libres ont peine à se mettre au contact pour recouvrir l'œil. C'est un degré d'ablépharie.

Si une intervention est nécessaire, vous aurez recours au traitement de l'ectropion. Une variété de lagophthalmos résulte de la paralysie du nerf facial. Le muscle orbiculaire n'agissant plus, la paupière est attirée en haut par l'action du releveur dépourvu d'antagoniste, et l'occlusion de l'œil ne peut plus se produire.

c. *Coloboma.* — Le coloboma est caractérisé par la fente verticale de la paupière, qu'elle soit congénitale ou acquise. Le coloboma congénital atteint le plus souvent la paupière supérieure. Avivement des deux bords et suture comme dans le bec-de-lièvre.

d. *Épicanthus.* — C'est un repli cutané triangulaire recouvrant l'angle interne de l'œil et se continuant directement d'un bord de la paupière à l'autre. Il est congénital ou acquis. Ce repli est parfois assez développé pour gêner notablement la vision, et il convient d'en pratiquer la résection. On peut éprouver une certaine difficulté à empêcher la récurrence.

e. *Ankyloblépharon.* — On donne ce nom à la soudure entre eux des bords libres des paupières. On l'obtient parfois à l'aide d'une opération dont je parlerai plus loin, la blépharorrhaphie. Le traitement consiste à désunir les paupières d'un coup de ciseaux.

f. *Symblépharon.* — On dénomme ainsi la soudure partielle ou

totale de la face profonde des paupières avec le globe de l'œil. Très rarement congénital, il peut succéder à une plaie ou bien à une ophthalmie purulente, mais il est presque toujours la conséquence d'une brûlure. La soudure peut s'établir entre la conjonctive oculaire ou la cornée, et on conçoit que le pronostic diffère dans les deux cas. S'il n'existe qu'une simple bride conjonctivale, on la divisera facilement d'un coup de ciseaux, mais, si l'adhérence est totale, on éprouvera les plus grandes difficultés pour empêcher les surfaces de s'accoler de nouveau après leur désunion. Deux indications sont à remplir : maintenir les paupières écartées du globe de l'œil pendant un temps suffisant et recouvrir l'œil avec des débris de conjonctive saine que l'on suture entre eux, si toutefois il existe encore de la conjonctive. Le manuel opératoire doit donc varier avec chaque cas particulier. On pourrait tenter des greffes.

g. *Blépharoptose* ou *ptosis*. — Cette déformation consiste dans la chute de la paupière supérieure; celle-ci forme un rideau que le malade est impuissant à relever. Il faut se garder de confondre cet état avec le blépharospasme, qui est dû à la contracture de l'orbiculaire.

La paralysie de la troisième paire, en détruisant l'action du muscle releveur de la paupière, seul antagoniste de l'orbiculaire, est la cause la plus fréquente du ptosis. Une infiltration de la paupière par du liquide, de la graisse, une cause quelconque susceptible d'en augmenter le poids, produit le même résultat, c'est-à-dire que la charge est au-dessus des forces du muscle releveur, et la paupière reste au devant de l'œil.

Il faut traiter la paralysie de la troisième paire lorsqu'elle est la cause première de la maladie et au besoin retrancher un morceau de la paupière à l'aide d'une pince dite pince à ptosis.

h. *Blépharophimosis*. — Cette déformation est plus commune que les précédentes, parce qu'elle est presque toujours la conséquence de la blépharite glandulo-ciliaire chronique, très commune elle-même. Le blépharophimosis consiste dans le rétrécissement de la fente palpébrale par suite de la soudure des deux bords libres au niveau de la commissure externe.

Lorsqu'on examine un sujet atteint depuis plusieurs années de blépharite glandulo-ciliaire, si un seul œil a été affecté, on ne voit

pas d'abord de différence dans la dimension de l'ouverture palpébrale d'un côté à l'autre, mais cette différence devient manifeste, si le sujet ouvre largement les deux yeux; la commissure externe s'est comblée peu à peu, et sous l'influence de l'inflammation chronique il s'est produit ce que nous cherchons parfois à obtenir pour la guérison de certaines fistules, une *cicatrice angulaire*.

Une intervention ne devient nécessaire que si le malade la réclame ou bien s'il existe en même temps des granulations palpébrales. L'opération, très simple d'ailleurs, consiste à fendre la commissure et à suturer la muqueuse avec la peau de chacune des lèvres de la plaie.

i. *Trichiasis*. — Le trichiasis consiste dans une implantation vicieuse des cils. Au lieu que leur extrémité libre soit dirigée en avant comme à l'état normal, elle regarde en arrière et vient frotter sur la cornée, où elle détermine une irritation constante et en fin de compte une kératite souvent grave. Dans l'entropion (maladie caractérisée par le renversement en dedans du bord libre de la paupière) les cils viennent également toucher et irriter la cornée, mais il ne faut pas confondre cette affection avec le trichiasis proprement dit, dans lequel les cils seuls et non la paupière sont déviés. Lorsque la déviation ne porte que sur quelques cils, on peut les arracher isolément avec une pince, et c'est merveille de voir combien les accidents disparaissent rapidement, mais ils repoussent. Le meilleur traitement alors consiste à les enlever avec leur bulbe. Pour cela, on peut exciser tout le bord palpébral; il est cependant préférable de le dédoubler avec un bistouri fin, de façon à laisser intacte la partie de ce bord à laquelle aboutissent les glandes de Meibomius.

j. *Entropion*. — L'entropion est, ainsi que je viens de le dire, une déformation de la paupière constituée par le renversement en dedans de son bord libre. L'entropion produit une irritation constante de la conjonctive et de la cornée: l'œil devient douloureux, larmoyant, et redoute la lumière. Surviennent ensuite des ulcérations, des abcès de la cornée; cette membrane se vascularise et la vision se trouve fortement compromise, si on n'intervient pas.

Le diagnostic de l'entropion s'impose. Il suffit d'attirer les paupières en dehors pour voir aussitôt leur bord libre se dérouler: mais à peine les a-t-on abandonnées que les bords s'enroulent de

nouveau. C'est ainsi d'ailleurs que vous établirez le diagnostic entre le trichiasis et l'entropion.

Deux causes de nature toute différente produisent l'entropion et réclament pour cette affection un traitement également différent. Tantôt il résulte d'une contracture spasmodique de l'orbiculaire, principalement de la portion ciliaire de ce muscle. Cette contracture reconnaît pour cause habituelle une conjonctivite ou bien un ulcère de la cornée. L'entropion est alors la conséquence ultime du blépharospasme, dont j'ai parlé dans un paragraphe précédent : c'est un *entropion spasmodique*. Pour le combattre, vous devrez vous attaquer à la cause qui le produit, conjonctivite ou kératite, dont il n'est qu'un symptôme. J'ai déjà dit que, dans les cas où le blépharospasme est en quelque sorte essentiel, on en peut venir à bout par la section ou l'élongation des nerfs frontaux. Mais ce n'est pas là le véritable entropion ; le renversement en dedans des paupières reconnaît le plus ordinairement pour cause une altération organique des couches qui les constituent, en particulier de la conjonctive et des cartilages targes, à la suite de la conjonctivite granuleuse.

Ces parties rétractées attirent en dedans le bord libre des paupières et les maintiennent dans cette situation vicieuse d'une façon permanente : c'est l'*entropion organique*. Ainsi produit, l'entropion ne peut disparaître sans une intervention chirurgicale. On a bien essayé souvent d'attirer et de maintenir en dehors les bords de la paupière avec une couche de collodion, mais le résultat n'est que temporaire.

Voici l'opération que je conseille : circonscrire par deux incisions une portion de paupière ayant la forme d'une tranche d'orange et une hauteur en rapport avec le degré de l'entropion ; enlever la peau et la couche musculaire ; suturer ensuite les deux lèvres de la plaie. Le bord libre se trouve de la sorte fortement relevé, et vous n'aurez pas de récurrence, à moins que la maladie primitive ne soit pas encore guérie.

k. *Ectropion*. — L'ectropion est le renversement en dehors du bord libre des paupières. C'est l'une des déformations les plus communes et aussi les plus graves de cette région. Il affecte des degrés très divers, depuis une simple déviation jusqu'à la destruction complète des paupières dans laquelle les bords ciliaires sont reportés au niveau du sourcil ou vers la fosse canine.

L'ectropion peut résulter d'un défaut de tonicité du muscle orbiculaire, commun chez certains vieillards, par exemple, et il occupe généralement alors la paupière inférieure : c'est l'*ectropion paralytique* qui suivant moi serait mieux dénommé *ectropion atonique*, car il n'existe pas en réalité de paralysie. On aperçoit un rebord rougeâtre fort disgracieux ; le point lacrymal inférieur est dévié, l'œil est larmoyant et souvent recouvert de muco-pus, mais l'occlusion du globe se fait néanmoins. Il est bien rare qu'il soit nécessaire d'agir activement dans ce cas : une pommade au précipité rouge suffit en général. Cette variété d'ectropion peut cependant reconnaître pour point de départ une affection des voies lacrymales, et ce serait même la cause habituelle pour certains auteurs. Il convient alors, pour faire disparaître la déformation, de traiter les voies lacrymales par les moyens que j'indiquerai plus loin.

La blépharite glandulo-ciliaire s'accompagne souvent à la longue d'un renversement du bord libre en dehors : c'est l'*ectropion inflammatoire*, qui ne demande pas de traitement spécial autre que celui de la blépharite.

Le véritable ectropion est celui qui résulte de la production d'une cicatrice vicieuse, l'*ectropion cicatriciel*. Il succède à des plaies mal réunies, à la gangrène et surtout aux brûlures. Je n'ai pas besoin d'insister sur les signes que présente cette affection, ni sur les troubles profonds qu'elle apporte dans l'organe de la vision. Une opération est indispensable pour y porter remède.

Beaucoup d'opérations ont été proposées pour guérir l'ectropion, et le praticien éprouve quelque peine à se retrouver et à choisir au milieu de cette riche énumération. Je me contenterai de faire connaître mon opinion sur ce sujet délicat :

1° Toute opération d'ectropion doit débiter par la suture des deux bords palpébraux, c'est-à-dire par la blépharorrhaphie.

2° Si l'ectropion est assez peu prononcé pour que la coaptation des deux bords palpébraux se fasse sans tiraillement de la peau, l'opération doit se borner là.

3° Si la peau est trop tirillée, il faut pratiquer dans l'épaisseur des paupières une incision horizontale dite libératrice.

4° Si l'écartement des deux lèvres de la plaie qui résulte de cette incision est tellement large qu'on ait à craindre une cicatrisation difficile et la reproduction de l'ectropion lorsqu'on libérera les paupières, il faut pratiquer une autoplastie, c'est-à-dire interposer un lambeau cutané entre les deux lèvres de la plaie.

Telles sont, à mon avis, les règles générales qui doivent guider le chirurgien dans le traitement de l'ectropion.

La blépharorrhaphie est une opération très simple : il suffit d'enlever avec une pince à griffe et un bistouri fin une bandelette du bord libre de chaque paupière en suivant la lèvre postérieure du bord, sans toucher aux cils, et de réunir avec des fils très minces. On laissera à la commissure interne une porte ouverte pour l'écoulement des larmes à partir des points lacrymaux.

Quant à l'autoplastie, le meilleur procédé est à coup sûr celui de Denonvilliers, qui lui a dû de si nombreux et si brillants succès. Voici en quoi il consiste : je suppose qu'il s'agisse de la paupière supérieure, le bord libre de la paupière, étant libéré par une incision horizontale, est disséqué et abaissé jusqu'au devant de l'œil. Il en résulte une vaste plaie qu'il faut combler. On dessine à l'avance sur la tempe correspondante un lambeau cutané dont la dimension et la forme sont en rapport avec la surface cruentée. On pratique deux incisions verticales dont l'une, l'antérieure, se continue en bas avec la lèvre supérieure de la plaie, et l'autre, la postérieure, avec la lèvre inférieure de la plaie. Ces deux incisions sont réunies l'une à l'autre en haut par une incision arrondie. Ce lambeau est ensuite disséqué de haut en bas, et il tient par sa base avec la lèvre inférieure de la plaie. On lui fait alors subir un mouvement de torsion sur son pédicule, de telle sorte que de vertical qu'il était il devienne horizontal, et on l'insinue entre les deux lèvres de la plaie. On pratique alors la suture, de telle sorte que le bord postérieur du lambeau est réuni à la lèvre supérieure de la plaie et le bord antérieur de ce même lambeau à la lèvre inférieure. L'extrémité supérieure du lambeau répond à l'angle interne de l'œil et la base à la commissure externe. Cette base, très saillante en raison de la torsion du lambeau, s'affaisse rapidement, et on est surpris de voir que la plaie de la tempe, d'abord énorme, se rétrécit avec rapidité et ne laisse bientôt plus qu'une ligne cicatricielle.

De même que pour toutes les autoplasties, le lambeau doit être largement taillé : il convient surtout de lui donner une grande hauteur en raison de la perte sensible que la torsion lui fait subir.

Combien de temps faut-il maintenir les bords libres des paupières soudés entre eux par la blépharorrhaphie? Il est bon que les parties soient devenues souples, mobiles, qu'elles ne parais-

sent nullement tirillées, et j'estime qu'une année environ est nécessaire pour obtenir ce résultat.

3° MALADIES CHIRURGICALES DE LA RÉGION SOURCILIÈRE.

Les traumatismes de la région sourcilière méritent d'attirer notre attention, car ils présentent des caractères tout à fait spéciaux en rapport avec les dispositions anatomiques. D'abord cette région est recouverte de poils dont la présence dans une plaie contuse est susceptible de produire quelque complication. La peau est très adhérente par sa face profonde à la couche musculaire sous-jacente, d'où la difficulté que présente sa dissection et le peu d'écartement des bords des plaies. La peau doublée de sa couche musculaire repose sur une portion osseuse saillante, presque tranchante, l'arcade orbitaire ; à ce niveau se trouve un nerf sensitif, le frontal, exposé à être fortement contusionné en même temps que la peau ; le squelette lui-même présente une disposition toute spéciale : il renferme une large cavité, le sinus frontal ; enfin le sourcil répond à la première fente branchiale supérieure, ce qui imprime encore à cette région un caractère particulier, de telle sorte que contusions, plaies, fractures, lésions organiques du sourcil, diffèrent des mêmes affections observées dans les autres parties du corps.

L'arcade orbitaire sous-tend les téguments, si bien qu'une *contusion du sourcil* s'accompagne en même temps d'une contusion de l'os et du périoste, pour peu qu'elle soit intense. Il y a donc lieu de faire quelques réserves sur la durée de la maladie, qui peut se compliquer d'une ostéo-périostite, ainsi qu'on le constate si souvent au niveau de la crête du tibia, par exemple, où les conditions anatomiques sont sensiblement les mêmes.

La contusion peut porter sur le nerf frontal et occasionner plus tard des douleurs assez vives sur le trajet de cette branche nerveuse pour en nécessiter la résection ou l'élongation.

A la suite de contusions violentes sur la région sourcilière, on a vu survenir, très rarement, il est vrai, une cécité complète et subite ; c'est au moins ce que racontent tous les auteurs. Le nerf frontal a été incriminé ; d'autres explications ont été fournies pour expliquer ce phénomène, dont il nous suffit de constater la possibilité.

On conçoit qu'une contusion du sourcil puisse déterminer un décollement de la muqueuse du sinus frontal, un épanchement