

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

sanguin dans le sinus, et que cet accident soit la source de douleurs de tête que l'on ne sait trop à quelle cause rattacher plus tard.

Les *plaies du sourcil* sont simples ou contuses. Un point bien particulier de leur histoire, c'est qu'elles sont le plus souvent produites de dedans en dehors, c'est-à-dire que l'arcade orbitaire tranchante est l'agent de la section. Vous pouvez comparer ce phénomène à celui qui se produit assez fréquemment au niveau des fractures bimalléolaires par abduction lorsque la peau se coupe sur le bord tranchant de la malléole interne dont le sommet a été arraché.

Dans ces cas, au sourcil comme à la cheville la peau est coupée nettement comme par un couteau. On devine la conséquence qu'il en faut tirer, c'est que dans les plaies du sourcil l'os est ordinairement à nu au fond de la plaie, ce qui constitue une certaine complication dont il convient de tenir compte pour établir le pronostic. La peau et la couche musculaire sous-jacente sont tellement fusionnées que les bords de la plaie n'ont pas de tendance à l'écartement, à moins qu'il ne se soit formé un véritable lambeau ayant décollé la couche lâche et lamelleuse située entre le périoste et le plan musculaire, cette couche qui permet de froncer le sourcil. Dans les plaies sans lambeau du sourcil, la peau est donc comme lésardée.

Le pansement d'une plaie du sourcil doit être fait avec le plus grand soin, en raison des considérations qui précèdent. Commencez par raser la région, enlevez les poils qui pourraient être contenus dans la plaie. Il n'y a pas en général d'hémorragies à redouter et l'hémostase se fait d'elle-même. Lavez la plaie avec une solution phéniquée forte. Si la plaie est contuse, machée, comme cela a lieu assez souvent à la suite des chutes sur des gravois, par exemple, ne faites pas de réunion; si la plaie est nette, un peu longue, surtout si elle est à lambeau, réunissez immédiatement, mais placez toujours un drain à l'un des angles, dans l'hypothèse possible d'une suppuration. Recouvrez d'un pansement de Lister.

La région sourcilière peut être le siège de *fracture*. En étudiant les fractures du crâne en général, c'est à dessein que je n'en ai pas parlé, parce qu'elles offrent un intérêt régional tout particulier, en raison du dédoublement des os du crâne à ce niveau pour constituer le sinus frontal.

Rappelez-vous que la fracture peut n'intéresser que la lame antérieure du sinus et que vous serez tenté de croire à la pénétration de la fracture dans la cavité crânienne, alors que celle-ci n'est nullement ouverte. Pour donner de ce genre de fracture une idée exacte je rapporterai le fait suivant :

Je fus appelé auprès d'une jeune fille de vingt ans qui venait de tomber en tenant à la main un cruchon en grès. Le cruchon était brisé en mille pièces, et la jeune fille présentait, au niveau du sourcil droit, une plaie béante dans laquelle le doigt pénétrait largement; le frontal était fracturé, un fragment complètement découvert faisait sous la peau une saillie d'environ 2 centimètres. Je cherchai à réduire ce fragment en l'abaissant et trouvai une résistance invincible; l'exploration attentive de la plaie m'en fournit bientôt l'explication: à la profondeur d'au moins 3 centimètres siégeait un fragment de cruchon gros comme une forte noisette, qui, enclavé dans l'épaisseur du frontal, faisait office de cale. Cette large cavité ouverte en avant, au niveau du sourcil, limitée en haut par la table externe du frontal relevée, était fermée en bas par la lame vitrée, que je pus sentir avec le doigt; elle n'était autre, en définitive, que le sinus frontal lui-même, dont la base avait été défoncée, et dont la paroi antérieure, fracturée très loin en haut au niveau du sommet du sinus, était maintenue relevée et calée par le morceau de grès. Le foyer de la fracture était rempli de sang agité par des battements isochrones à ceux du pouls: aussi avais-je pensé, à première vue, que le cerveau lui-même était mis à nu dans cette large étendue. Le corps étranger fut extrait et la guérison s'opéra rapidement.

Je ne mets pas en doute que la lésion ait été limitée au sinus frontal, ce qui diminuait singulièrement la gravité du pronostic. Cette jeune fille avait d'ailleurs les bosses frontales remarquablement développées.

La région sourcilière peut être le siège de tumeurs variées au même titre que les autres parties du corps, mais on en observe une toute spéciale, le *kyste dermoïde*. Je rappelle que ce genre de kystes a pour caractère anatomique d'être constitué par une poche dont la paroi interne contient les éléments de la peau: cellules épithéliales, glandes sébacées, poils, glandes sudoripares, ce qui le distingue des kystes sébacés ordinaires résultant de la distension d'une glande sébacée. Un kyste dermoïde est formé

par la peau retournée. On suppose, ce qui n'a rien que de très vraisemblable, qu'une portion du feuillet cutané de l'embryon a été pincée entre les deux lèvres de la fente branchiale supérieure au moment de la fermeture de cette fente. Le dermoïde a pour siège à peu près constant la queue du sourcil. En raison de son mode de développement il est congénital, recouvert par toutes les couches dont se compose la région et adhérent au squelette. Cependant, avec le temps, il peut être mobilisé sur le frontal.

Il n'apparaît en général que plusieurs années après la naissance et arrive lentement au volume d'une noisette. Il peut toutefois acquérir un volume beaucoup plus considérable. J'en ai observé qui égalaient une mandarine, se prolongeaient dans la région temporale, ou s'abaïssaient au devant de l'œil qu'ils recouvraient en partie.

Le diagnostic découle aisément de cet ensemble de signes. — La difficulté serait plus grande, si le dermoïde occupait le grand angle de l'œil. Rappelez-vous, en effet, ce que j'ai dit plus haut à propos des tumeurs du crâne : lorsqu'une tumeur est congénitale, médiane, lorsqu'elle siège au niveau ou au voisinage d'une suture, songez à une encéphalocèle. Mais, lorsque le kyste répond à l'apophyse orbitaire externe, ce qui est la règle, il ne saurait être confondu avec aucune autre tumeur.

En ne consultant que les troubles apportés par le dermoïde du sourcil dans la santé générale du sujet, on serait tenté de ne faire aucun traitement : aussi certains malades préfèrent-ils garder leur tumeur, qui n'occasionne pas la moindre gêne. Toutefois conseillez toujours l'extirpation (seule opération indiquée), à cause du développement que le kyste peut prendre ultérieurement ; la gravité du traumatisme étant en général en rapport avec son étendue, mieux vaut enlever une tumeur lorsqu'elle est petite que d'attendre qu'elle ait atteint un volume qui rend l'opération urgente et plus sérieuse.

L'opération sera pratiquée de la façon suivante : rasez les sourcils, aseptisez le champ opératoire, incisez parallèlement à l'arcade orbitaire au milieu des poils, de manière que la cicatrice soit dissimulée autant que possible. Rappelez-vous (et c'est le point le plus important) que, pour arriver sur la poche, le bistouri doit traverser les trois plans qui constituent la couche musculaire : orbiculaire, frontal, sourcilier. Arrivé sur la poche, énuclétez en faisant écarter les deux lèvres de l'incision. Ayez grand soin

d'extraire la poche entière pour éviter la persistance d'un trajet fistuleux. Aseptisez la plaie ; réunion par première intention ; placez un très petit drain dans l'angle externe et recouvrez d'un pansement de Lister ; enlevez les sutures le troisième jour.

4^e MALADIES CHIRURGICALES DE LA RÉGION LACRYMALE.

Je désigne sous le nom de *région lacrymale* l'ensemble des voies lacrymales, comprenant : les glandes lacrymales, les points et canalicules lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal.

Les maladies de la glande lacrymale sont très rares. On y peut rencontrer les néoplasies et les dégénérescences propres aux autres glandes acineuses de l'économie ; on y a vu des kystes (dacryops). La tumeur qu'on y a le plus souvent observée est un sarcome mélanique ; on y a trouvé des calculs ou dacryolithes. Pour le diagnostic de ces tumeurs, que le lecteur veuille bien se reporter au chapitre *Tumeurs de l'orbite* ; je dirai un mot seulement du traitement.

Il résulte des rapports anatomiques de la glande lacrymale (voir *Anat. top.*, p. 223, 4^e édition) que le meilleur procédé opératoire pour enlever la glande lacrymale malade ou saine est le suivant :

Pratiquer au niveau de la queue du sourcil une incision parallèle au rebord de l'orbite traversant toutes les parties molles, y compris le périoste ; décoller ce périoste, qui est très résistant, et l'abaisser. On rencontre aussitôt le feuillet orbitaire de l'aponévrose de Ténon ou périoste de l'orbite, qui est si mince que les granulations de la glande se voient à travers, et l'on extirpe la glande avec la plus grande facilité, en même temps qu'on évite sûrement d'ouvrir la loge postérieure de l'orbite. Cet accident sera beaucoup plus à craindre, si on incise la commissure externe pour arriver sur la glande, ainsi que le conseillent les auteurs.

J'ai dit tout à l'heure : « pour enlever la glande lacrymale malade ou saine. » Quelques chirurgiens ont en effet pratiqué l'extirpation de la glande lacrymale saine, pour des épiphoras rebelles, et je l'ai faite moi-même en 1884 à l'hôpital Beaujon dans les conditions suivantes : un jeune homme était atteint d'épiphora par suite d'une inflammation chronique des voies lacrymales. Il avait été traité par la dilatation avec les stylets de Bowman, et les conduits fonctionnaient d'une façon en apparence régulière ; l'injection faite par le point lacrymal avec la