

sion, acupuncture, injections coagulantes, vaccination, caustiques, instrument tranchant. Quel que soit le procédé auquel il donne la préférence, le chirurgien doit faire tous ses efforts pour éviter la formation d'un ectropion.

C. — KYSTES

Les tumeurs de ce genre le plus souvent observées sur les paupières sont : les kystes sébacés et les kystes transparents appelés aussi kystes sudoripares. Les kystes hydatiques sont excessivement rares, on n'en connaît guère que cinq à six observations.

1° *Kystes sébacés*. — Leur mode de développement est des plus simples. L'orifice d'une des glandes sébacées de la peau s'obture, les masses épithéliales et graisseuses qu'elles contiennent ne pouvant s'épancher au dehors se concrètent et forment une petite tumeur qui a reçu le nom de *comédon* ou *millet*. Le millet s'observe surtout sur le bord libre des paupières, là où existent des poils peu développés. Dans certains cas, les paupières sont entièrement tatouées par la présence de nombreuses productions de cette nature (*herpès miliaris*). Le traitement est simple : on débouchera l'orifice de ces petits kystes avec une aiguille à cataracte, puis il faudra en extraire le contenu.

2° *Kystes transparents*. *Kystes sudoripares*. — De temps à autre on rencontre encore sur les paupières une variété de kystes, dont le volume atteint bien rarement celui d'une fève et qui contiennent toujours un liquide limpide et transparent comme les larmes. Notre ami YVERT, qui a particulièrement étudié ces petites productions, les nomme kystes transparents. L'examen histologique de deux cas de ce genre, fait par KIENER, a montré que le point de départ de ces productions était, non pas dans les glandes sudoripares, mais bien dans les follicules sébacés dont la paroi hypertrophiée sécrète ce liquide.

Le meilleur mode de traitement consiste à exciser une partie de la paroi du sac et à cautériser le fond avec un crayon de nitrate d'argent.

§ 2. — Troubles fonctionnels

1° BLÉPHAROSPASME

Bibliographie. — NIVERT, *Contract. spasmod. du muscle orb.*, etc., in *Bull. de therap.*, oct. 1861. — DE GRÆFE, *Sect. du nerf sus-orb.*, in *Ann. d'ocul.*, t. XLV, p. 182, 1861. — SEELIGMÜLLER, *Bléph. intermittente*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXVIII, 1872. — TILLIAUX, *Bull. de therap.*, 15 août 1872. — PANAS, *Leçons sur le strabisme*, 1873. — BROOKLYN, *Transact. of the Amer. Ophthalm. Society*, 1874, p. 207. — BUZZARD, ZEHENDER, *Ann. d'ocul.*, t. LXXIV, 1878. — CORNWELL, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. XLI, p. 362, 1880. — PANAS, *Arch. d'opht.*, p. 385, 1880.

On désigne sous ce nom la contraction spasmodique et involontaire du muscle orbiculaire (ABADIE). Ce spasme s'accompagne presque toujours d'une photophobie intense, fait parfaitement en rapport avec les données physiolo-

giques. Le blépharospasme peut être de cause directe, mais beaucoup plus souvent, quinze fois sur vingt d'après PANAS, il serait d'origine réflexe.

Le blépharospasme de cause directe résulte de l'irritation, de la compression, des blessures du nerf facial. Dans le spasme réflexe, l'irritation porte sur une des branches du trijumeau par l'intermédiaire de la corde du tympan et du petit petreux superficiel; elle retentit ensuite sur le facial. Nous rencontrons en effet ce symptôme : 1° dans la plupart des lésions traumatiques ou inflammatoires de la conjonctive, de la cornée et de l'iris : corps étrangers, conjonctivite, kératites superficielles, etc. ; 2° dans toutes les lésions de l'appareil dentaire, dans le tic douloureux de la face ; 3° enfin dans toutes les lésions de la face intéressant un filet quelconque du trijumeau. SCÉMISCH a vu le blépharospasme succéder à une lésion des téguments du crâne ; on l'observe souvent chez des femmes anémiées ou hystériques ; la maladie est alors due à des troubles de l'appareil génital.

Symptômes. — Le blépharospasme est tonique ou clonique. La première forme caractérisée par l'occlusion complète et permanente des paupières est heureusement très rare ; elle s'accompagne de lésions du côté de la cornée, et de troubles dans la circulation intra-oculaire. De ces deux complications, la première reconnaît pour cause l'irritation cornéenne produite par la formation d'un entropion, la deuxième résulte de la compression exercée sur le globe de l'œil (DE GRÆFE).

Plus fréquente est la forme clonique caractérisée par des contractions intermittentes de l'orbiculaire dont la durée varie de quelques secondes à une minute, ou par de véritables attaques pendant lesquelles la contraction se trouve portée à son maximum. Ces crises cèdent brusquement après quelques heures. Plusieurs malades peuvent calmer partiellement la douleur et diminuer l'intensité des attaques, en exerçant une compression sur certains lieux d'élection que DE GRÆFE a signalés le premier (émergence du sus et du sous-orbitaire, du nerf dentaire, du lingual, etc.).

Traitement. — Rechercher avec soin les causes du blépharospasme, telle est la première indication à remplir ; ceci fait, le traitement variera suivant les circonstances. Quelle que soit l'origine du mal, il est nécessaire d'examiner de temps à autre l'état de la cornée. S'il se produit des altérations à la surface de cette membrane, il faut à tout prix diminuer la compression ; le meilleur moyen que nous ayons à notre disposition est la section du muscle orbiculaire. Une branche de ciseaux est introduite dans le cul-de-sac externe de la conjonctive, puis poussée aussi avant que possible jusqu'au rebord orbitaire ; alors, d'un seul coup, on sectionne les parties molles dans toute leur étendue. Cette petite opération absolument inoffensive donne les meilleurs résultats.

Le traitement est surtout difficile lorsqu'on ne peut découvrir l'origine du mal. C'est dans des cas de ce genre que l'on a employé successivement la compression des nerfs, les injections de morphine, les courants continus (REMACK), le massage de l'orbiculaire, la métallothérapie (ABADIE), la dilatation forcée du sphincter palpébral (CORNWELL). Si malgré tous ces moyens le spasme persiste, une intervention plus active est nécessaire, et dès lors on a le choix entre l'élongation, la section et la résection du nerf sus-orbitaire. Plusieurs

auteurs ont obtenu ainsi de véritables succès ; malheureusement ils ne sont pas toujours durables.

2° CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE. — PTOSIS

Bibliographie. — SICHEL, *Différentes espèces de ptosis*, in *Ann. d'ocul.*, 1844, t. XII, p. 187. — DE GRÆFE, *Opérat. du ptosis*, in *Ibid.*, 1866, t. LV, p. 147. — PANAS, *Leçons sur le strabisme*, 1873. — LANDOUZY, *Blépharoptose cérébrale*, in *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1877. — PAGENSTECHER, Congrès méd. de Londres, 1881. — DE WECKER, *Ann. d'ocul.*, juillet-août 1882.

Deux causes bien différentes occasionnent la formation du ptosis : l'insuffisance du releveur de la paupière supérieure ou l'hypertrophie de la paupière elle-même.

L'insuffisance d'action du releveur est due le plus habituellement à une paralysie du nerf de la troisième paire (moteur oculaire commun) ; elle peut être occasionnée aussi par la compression directe du filet nerveux spécial qui se rend au muscle releveur. Enfin on a vu le tendon de ce muscle être intéressé dans une plaie.



Fig. 49. — Pince à ptosis.

L'hypertrophie de la paupière supérieure est la conséquence forcée du développement d'une tumeur en cette région, mais elle reconnaît ordinairement pour cause l'existence de granulations. Dans quelques circonstances le ptosis est congénital.

Traitement. — Ici encore la thérapeutique est subordonnée à la cause du mal. Si le ptosis est d'origine paralytique, les courants continus, la médication antisiphilitique, seront fréquemment indiqués. Pendant la durée du traitement, il sera bon de relever la paupière supérieure à l'aide d'une petite pince spéciale, sorte de serre plate, dite pince à ptosis (fig. 49). Dans les cas rebelles, DE GRÆFE a conseillé d'exciser une partie de l'orbiculaire des paupières, muscle antagoniste du releveur.

PAGENSTECHER a tenté de faire suppléer le releveur affaibli par le muscle frontal, et cela grâce à l'existence d'une cicatrice cutanée. Son procédé ainsi qu'une modification fort ingénieuse proposée par DE WECKER ont donné des résultats satisfaisants dans les cas de paralysie incomplète ; mais il est prudent de s'abstenir de toute opération lorsque la paralysie du muscle est complète.

§ 3. — Vices de conformation. — Difformités

Les vices de conformation des paupières sont congénitaux ou acquis. Les vices de conformation congénitaux, rares du reste, ne sauraient trouver place dans notre cadre. Nous étudierons surtout les difformités acquises, et laisserons aux traités spéciaux la description des moyens par lesquels on remédie à l'absence des paupières et au coloboma.

1° ANKYLOBLÉPHARON. — ADHÉRENCES DU BORD LIBRE DES PAUPIÈRES

Bibliographie. — AMMON, *Zeitschrift für Ophthalmologie*, Bd. II, 1839. — HAMEZ, *Modific. à l'opér. du blépharophimosis*, in *Ann. d'ocul.*, t. LV, 1865. — RICHEL, *Bull. de therap.*, t. LXI, p. 349. — CUSCO, *Nouveau procédé de canthoplastie*, in *Union méd.*, p. 477, 1872. — ALTHOF, *Canthoplasty, A Clinical Study*, *Trans. of the Americ. Ophthalm. Soc.*, p. 232, 1874.

Cette difformité, désignée aussi sous le nom de blépharophimosis est bien rarement congénitale, elle reconnaît le plus souvent pour cause la cicatrisation vicieuse d'ulcérations consécutives aux brûlures, à la bléharite, aux conjonctivites, etc. L'ankyloblépharon siège d'habitude à la commissure externe des paupières, et peut se compliquer de symblépharon. Contre cette petite infirmité, plusieurs procédés opératoires ont été proposés ; les plus employés sont :

1° Le procédé d'AMMON, autoplastie par bordage. Il consiste à sectionner d'un seul coup de ciseau la commissure dans une étendue suffisante, puis à unir la muqueuse à la peau par quelques points de suture, de façon à empêcher la réunion de la plaie.

2° Le procédé de RICHEL ou anaplastie par bordage. Cet auteur pratique sur les téguments deux incisions en forme de V à sommet externe, enlève les parties jusqu'à la conjonctive qui reste seule dans le fond du triangle, celle-ci est à son tour divisée en son milieu, rabattue en haut et en bas, puis fixée aux incisions cutanées.

2° SYMBLÉPHARON

Bibliographie. — VON AMMON, *Zeitschrift für Opht.*, Bd. III, s. 235, 1833. — BRULET, *Ann. d'ocul.*, 1848, t. XIX, p. 37. — ARLT, *Prager Vierteljahrschrift*, t. I^{er}, p. 161, 1854. — TEALE, *Opht. Hospit. Report*, t. III, p. 253, 1860-61. — KNAPP, *Arch. f. Opht.*, t. IV, p. 270, 1868. — WOLFE, *Glasgow Med. Journ.*, 1873, et *Ann. d'ocul.*, LXXI, p. 121, 1874. — WECKER-MASSÉLON, *Ann. d'ocul.*, t. LXXI, p. 127, 1874, et LXXIII, p. 154, 1875. — GILLET DE GRANDMONT, *Courrier médical*, 1875. Thèse de Paris. — 1874, CLEC'H.

On entend par symblépharon, dit PANAS, l'adhérence anormale par cicatrice de la conjonctive palpébrale et du bord libre des paupières avec la conjonctive bulbaire et même la cornée. Le symblépharon est complet ou incomplet, suivant que l'adhérence occupe simplement une petite étendue de la conjonctive ou qu'elle s'étend jusqu'au cul-de-sac même de la muqueuse. Cette infirmité est presque toujours consécutive à des brûlures, plus rarement elle reconnaît pour cause une conjonctivite. Lorsqu'il est incomplet, le symblépharon est facilement curable ; il suffit de sectionner la bride et de suturer la plaie faite à la conjonctive bulbaire. Le symblépharon complet est beaucoup plus rebelle : la difficulté consiste surtout à éviter les récidives. Parmi les dif-

férents procédés opératoires conseillés¹, nous donnons la préférence à celui de TEALE. Il consiste à séparer tout d'abord la paupière du globe oculaire, puis pour combler la perte de substance, on taille dans la conjonctive saine deux lambeaux que l'on fait glisser et que l'on fixe au niveau de la surface cruentée.

Dans ces dernières années, WOLFE a fait la transplantation de la conjonctive d'un lapin. Ce procédé, mis en usage depuis lors par DE WECKER et ABADIE, n'a pas donné tous les résultats que l'on en attendait.

3° DÉVIATION DES CILS EN DEDANS

Bibliographie. — CUNIER, *Division s.-cutan. de l'orbic. des paup. dans l'entrop. et l'ectr. spasmod.*, in *Ann. d'ocul.*, 1841, t. V, p. 264. — WALTON, *Medic. Times and Gaz.*, 1850. — WINN, *Trait. de l'entropion*, in *Ibid.*, juillet 1852. — GAILLARD, *Arch. d'opht.*, t. V, p. 238, 1855. — ARLT, *Wien. Med. Zeitsch.*, 1858. — SNELLEN, *Wien. Med. Woch.*, n° 27, 1860. — WARLOMONT, *Trait. par la ligature*, in *Ann. d'ocul.*, t. XLIII, p. 169. — JÄSCHE, *Petersb. Med. Zeitsch.*, p. 230, 1865. — KNAPP, *Klinik. Monatsbl.*, p. 422, 1871. — SPERINO, *Ann. d'ocul.*, t. LXVIII, p. 281, 1872. — JÄSCHE, *Jäsche's Operat. für Entropium u. Districhiasis*, in *Klinisch. Monatsbl.*, p. 97, 1873, et *Ann. d'ocul.*, 1874. — DE WECKER, *Opérat. de SNELLEN*, in *Gaz. heb.*, n° 26, 1873. — BERLIN, *Ann. d'ocul.*, t. LXXIII, p. 281, 1875. — PANAS, art. PAUPIÈRES, 1878. — GAYET, *Ann. d'ocul.*, 1882. Thèses de Paris. — 1863, GAUTHERIN. — 1867, COURSAYES. — 1868, COVISAGET. — 1873, MERRU. — 1878, GAYE.

A. — TRICHIASIS ET DISTRICHIASIS

Le trichiasis est constitué par le renversement des cils en dedans ; mais, contrairement à ce qui se passe dans l'entropion, les cils seuls sont déviés, la paupière est intacte. Le trichiasis, suivant son étendue, est partiel ou total : si les deux rangées de cils prennent part à la difformité, on dit qu'il y a districhiasis.

Les cils déviés frottent contre la conjonctive et contre la cornée, de là un certain nombre de troubles : conjonctivite, dépolissement de la cornée, ulcérations superficielles. Ces lésions s'accompagnent toujours de blépharospasme, et comme le fait remarquer ABADIE, la contracture augmente le trichiasis, lequel à son tour entretient la contracture ; c'est un véritable cercle vicieux. Il peut résulter de cet ensemble des accidents fort graves, même la perte de la vue.

Traitement. — Il est palliatif ou curatif. Parmi les moyens palliatifs, un des plus employés est l'épilation à l'aide des pinces. Il est nécessaire d'y revenir souvent ; aussi DUVAL (d'Argentan) a-t-il proposé de se servir du sulfure de carbone ; l'épilation ainsi faite est plus complète et les résultats en sont plus durables.

1. Pour la description des divers procédés opératoires, nous renvoyons le lecteur aux ouvrages de médecine opératoire, aux traités spéciaux, en particulier à l'excellent traité de DE WECKER (*Chirurgie oculaire*), O. Doin, éditeur, 1879.

Moyens curatifs. — Lorsque le trichiasis est partiel, on peut tenter le redressement des cils par les ligatures cutanées. Ce procédé, conseillé par GAILLARD (de Poitiers) et SNELLEN, donne des résultats assez satisfaisants ; malheureusement, ils ne sont encore que temporaires ; les cils ainsi ramenés tombent, et ceux qui les remplacent reprennent rapidement leur position vicieuse. Lorsque le trichiasis a une certaine étendue, il nécessite un traitement semblable à celui de l'entropion.

B. — ENTROPION

Dans l'entropion, il n'y a plus seulement déviation des cils, mais encore renversement de la paupière. Ce dernier est plus ou moins considérable, quelquefois la paupière enroulée sur elle-même pénètre jusqu'au cul-de-sac conjonctival. La maladie se présente sous deux formes : — à l'état aigu, entropion d'origine musculaire ; — à l'état chronique, entropion d'origine cicatricielle.

1° Entropion musculaire. — La première variété résulte d'un spasme de l'orbiculaire. Elle se rencontre dans presque toutes les kératites superficielles, nous avons indiqué dans le paragraphe précédent son mode de développement. Parfois les causes les plus légères déterminent l'apparition de ce spasme, on le voit survenir par exemple chez les sujets âgés, par suite de la compression exercée par le bandeau appliqué pour maintenir les pansements après les opérations de cataracte. Il suffit alors d'enlever le bandeau pour voir disparaître cette complication. Dans les cas rebelles, VIDAL DE CASSIS, NÉLATON ont employé des serres fines. M. PERRIN, PANAS, se servent aussi avec avantage d'instruments analogues dont les mors sont plats et non garnis de griffes ; le collodion, les bandelettes agglutinatives sont encore très utiles. Si ces moyens ne suffisent pas, on peut encore débrider l'angle externe pour vaincre le spasme. L'entropion de cause musculaire s'observe de préférence à la paupière supérieure.

2° Entropion cicatriciel. — Toutes les lésions traumatiques qui intéressent le cul-de-sac conjonctival peuvent déterminer la formation de cette variété. Dans la plupart des cas, cependant, l'entropion reconnaît pour cause la rétraction du tissu cicatriciel à la suite de granulations anciennes : entropion trachomateux. Le renversement se produit avec d'autant plus de facilité qu'il existe dans ce cas une altération, une sorte de ramollissement du cartilage tarse.

Enfin PANAS signale parmi les causes de l'entropion la fonte du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, *entropion bulbaire*.

Diagnostic. Pronostic. — Le diagnostic est des plus faciles, l'enroulement de la paupière suffira à différencier l'entropion d'avec le trichiasis. Le pronostic dépend du degré de la maladie, mais surtout de la cause qui lui a donné naissance.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, il existe deux cas bien différents : 1° l'entropion intéresse simplement le bord libre, les parties molles de la paupière ; 2° le squelette, c'est-à-dire le tarse, participe lui-même à la déviation. Le premier de nos types cliniques n'est en réalité qu'un trichiasis fortement accentué ; les mêmes opérations doivent donc être mises en usage dans les deux cas ; trois procédés nous semblent particulièrement indiqués.

I. — *Transplantation du sol ciliaire, procédé JÄSCHE, ARLT.* — L'opération comprend trois temps. 1° Le chirurgien plonge un couteau étroit au milieu du bord libre de la paupière et le fait ressortir à 0^m,005 environ sur la face cutanée de l'organe. Promenant l'instrument parallèlement au bord libre, il divise à petits coups, et dédouble la paupière en deux feuillets, dont l'antérieur ou cutané porte les cils. 2° Sur la face cutanée, une deuxième incision de forme ovale, dont les deux extrémités rejoignent celles de la précédente, circonscrit un lambeau de 0^m,004 à 0^m,005 de diamètre en son milieu, on le détache en enlevant la peau et l'orbiculaire. 3° Quatre à cinq points de suture rapprochent les bords de la plaie et transportent le sol ciliaire.

II. — *Procédé d'ANAGNOSTAKIS.* — Cet auteur fait, à 0^m,004 ou 0^m,005 du bord libre, parallèlement à ce bord, une incision qui comprend simplement la peau; il met ainsi à nu les fibres de l'orbiculaire et en fait l'incision au niveau du bord du cartilage tarse; puis, à l'aide de quelques points de suture, il réunit le lambeau cutané ciliaire au bord supérieur du cartilage. Dans ce procédé, plus simple que le précédent, il n'y a pas de dédoublement du sol ciliaire, pas d'ablation de lambeau cutané.

III. — PANAS a combiné très avantageusement les deux procédés. Après avoir fait une incision horizontale sur la paupière à 0^m,002 ou 0^m,003 de la rangée des cils, incision qui comprend la peau et l'orbiculaire jusqu'au tarse, le chirurgien dissèque avec soin, lentement, de haut en bas ou de bas en haut, le lambeau marginal, en rasant la face antérieure du tarse. Cette dissection est continuée jusqu'à ce que l'on soit parvenu sous la muqueuse du bord libre, qui doit être laissée intacte. Le fil à suture est passé non plus sur le bord du tarse, mais dans le ligament suspenseur de la paupière, beaucoup plus résistant; puis l'aiguille plonge sous le lambeau cutané, et vient définitivement sortir derrière la rangée des cils (fig. 50).

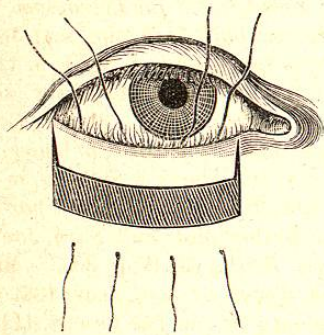


Fig. 50. — Entropion. — Procédé de PANAS.

Ce procédé que nous avons vu souvent employé par PANAS, nous semble supérieur aux précédents. Nous avons revu à l'Hôtel-Dieu des malades opérés jadis par PANAS, à Lariboisière, et après deux ans le succès ne s'était pas démenti. Cette méthode convient parfaitement même aux entropions les plus

compliqués, en particulier à notre deuxième type clinique: entropion avec renversement du tarse.

C'est contre cette forme qu'AMMON puis STREATFIELD et SNELLEN ont proposé de faire subir au tarse une perte de substance, de façon à en faciliter le déroulement. La figure 51 empruntée ainsi que la précédente à la *Chirurgie oculaire*

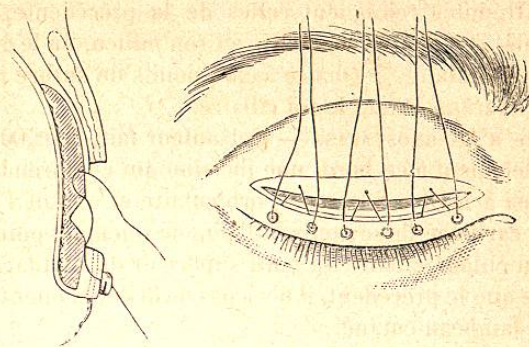


Fig. 51. — Entropion. — Procédé SNELLEN.

laire de DE WECKER, permet facilement de se rendre compte de la méthode employée par SNELLEN.

Enfin, dans ces dernières années, GAYET (de Lyon) a décrit un procédé autoplastique des plus ingénieux qui peut s'appliquer aux cas les plus légers comme aux plus graves.

4° ECTROPION

Bibliographie. — WARTHON JONES, *Oper. for Ectropium*, etc., in *Med. Gaz. London*, 1836, t. XVIII, p. 223. — SICHEL, *Bull. de therap.*, sept. 1851, et *Ann. d'ocul.*, t. XXVI, 1851. — MIRAULT (d'Angers), *Ann. d'ocul.*, t. XXVI, p. 121, 1851. — A. GUÉRIN, *Bull. gén. de therap.*, 1862, p. 118. — A. DE GRÆFE, *Observ. sur l'opérat. de l'entr. et de l'ectropion*, in *Ann. d'ocul.*, 1865, p. 119. — RICHTER, *Ectropion cicatr. de la paup. inférieure; autoplastie par lambeau à effet contraire*, in *Journ. d'Opht.*, février 1872. — G. MARTIN, *Trait. par les sutures de SNELLEN*, in *Ann. d'ocul.*, 1873, t. LXIX, p. 107, 1873. — WADSWORTH, *Trait. de l'ectropion par transplantation d'un large lambeau sans pédicule*, in *Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 déc. 1876. — REUSS, *Eulenb. Real Encycl. d. ges. Heilk.*, Bd. IV, p. 305. — MEYER et CAUDRON, *Ectropion cicatr.*, etc., in *Revue clin. d'ocul. du S.-O.*, nov. 1881. — SNELL, *Ectropion traité avec succès par la transplant.*, etc., in *The Lancet*, t. II, n° 3, 1882. Thèses de Paris. — 1860, CAZELLES. — 1866, CRUVEILHER fils (Th. d'agrég.). — 1876, COTTERET. — 1880, CLÉMENT.

Définition. — Le mot ectropion est employé pour désigner le renversement en dehors de la paupière.

Étiologie. — Les causes de l'ectropion sont nombreuses: nous avons déjà signalé sa présence comme complication de l'eczéma des paupières et des