

blépharites anciennes. On l'observe encore, ainsi que nous le verrons, dans toutes les affections aiguës de la conjonctive (conjonctivites purulentes, blennorragiques, etc.). Le mécanisme de la production de cette complication est des plus simples : l'inflammation détermine un gonflement considérable de la muqueuse qui, pressée de tous côtés par l'orbiculaire violemment contracturé, ne tarde pas à faire hernie et à se renverser (ectropion spasmodique). Au lieu d'être occasionné par la contracture spasmodique de l'orbiculaire, l'ectropion peut au contraire résulter de l'atonie partielle de ce muscle. Dans ce cas, l'ectropion porte toujours sur la paupière inférieure qui se renverse sous l'influence de la pesanteur (ectropion paralytique).

Enfin l'ectropion est habituellement occasionné par la présence de cicatrices résultant de la destruction traumatique ou pathologique des téguments des régions environnantes, ou de leur adhérence vicieuse au squelette. L'importance de cette cause est telle, que PANAS, à l'avis duquel nous nous rangeons entièrement, voudrait que le mot *ectropion* fût exclusivement réservé pour désigner le renversement cicatriciel des paupières, et propose de se servir du mot *éversion* pour désigner tous les cas de renversement qui auraient une origine différente. Mentionnons en dernier lieu l'existence de quelques cas d'ectropion congénital.

C'est à la paupière supérieure que l'on rencontre de préférence l'ectropion spasmodique. La variété paralytique est au contraire spéciale à la paupière inférieure. Pour l'ectropion cicatriciel, son siège varie naturellement suivant les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

**Symptômes.** — L'ectropion entraîne rapidement une déviation des points lacrymaux, d'où un écoulement incessant des larmes sur la joue, qui en irritant la peau, contribue à augmenter le mal. Par suite de son exposition permanente au contact de l'air, la conjonctive s'altère, le corps papillaire s'hypertrophie considérablement (ectropion sarcomateux). Si les deux paupières sont renversées, et qu'en raison de ce renversement le globe oculaire ne puisse plus être recouvert, des troubles sérieux ne tardent pas à se montrer du côté de la cornée; il peut même survenir une perforation de cette membrane et la fonte purulente de l'œil.

**Traitement.** — Le traitement variera avec la cause du mal. Le renversement d'origine inflammatoire disparaîtra de lui-même dès que commencera à s'améliorer l'état de la conjonctive. Si l'orbiculaire est paralysé, on essaiera de s'opposer à la chute de la paupière par l'application de bandelettes collodionnées; on aura soin en outre d'inciser le point lacrymal inférieur. A la suite de cette petite opération, dans les cas légers, la guérison se fait rarement attendre. C'est aussi contre ces cas légers que l'on emploiera, à la paupière inférieure, les sutures de SNELLEN : les deux extrémités d'un fil de soie sont armées d'aiguilles légèrement courbées; on les plonge successivement dans le cul-de-sac conjonctival, à 0<sup>m</sup>,01 de distance; leur pointe dirigée en bas va sortir sur la peau de la joue à 0<sup>m</sup>,01 ou 0<sup>m</sup>,02 du cul-de-sac. De cette façon, une anse de fil est placée dans le fond de la gouttière. En serrant les fils, la muqueuse sera forcément attirée en bas, et la paupière inférieure se redressera. Les fils sont noués sur la joue et laissés en place jusqu'à ce que la

suppuration les élimine. Lorsque la lésion est très prononcée et surtout cicatrisée, il faut avoir recours à l'autoplastie.

Parmi les nombreux procédés conseillés, nous donnons la préférence à ceux de WARTHON JONES, ALPHONSE GUÉRIN et RICHEL.

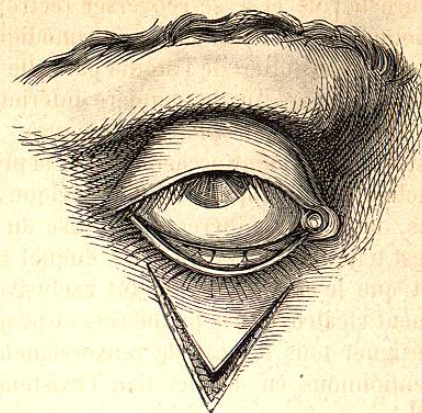


Fig. 52. — Procédé de WARTHON JONES. — Tracé et dissection du lambeau.

I. — *Procédé de WARTHON JONES* (fig. 52 et 53). — Deux incisions, formant un V à sommet inférieur circonscrivent la cicatrice, le lambeau est détaché des parties profondes par la dissection : on peut alors relever la paupière inférieure qui déplace le sommet du V dans son ascension. Les parties étant en place, les

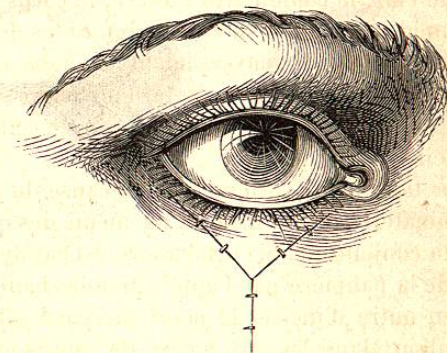


Fig. 53. — Procédé de WARTHON JONES. — Le lambeau est remonté et fixé en place par des points de suture.

lèvres de la plaie sont fixées dans leur nouvelle situation par des points de suture. Le V est transformé ainsi en Y.

II. — *Procédé de A. GUÉRIN.* — On dissèque deux V se touchant par le som-

1. Toutes les figures qui suivent sont empruntées au *Traité des maladies des yeux* du Dr ABADIE.



met de leurs branches internes. La paupière est relevée, les lèvres de la plaie suturées (fig. 54).

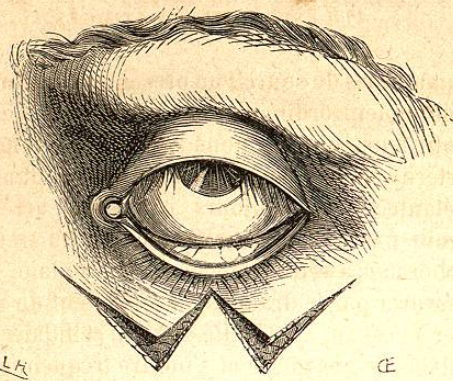


Fig. 54. — Procédé de A. GUÉRIN. — Tracé et dissection des lambeaux.

III. — *Procédé* de RICHET (fig. 55 et 56). — Une première incision est pratiquée parallèlement au bord ciliaire, à 0<sup>m</sup>,002 au-dessous. On mobilise le bord ciliaire qui est redressé, puis tout d'abord on procède à l'occlusion des paupières, après avivement préalable. On fait ensuite une deuxième incision parallèle à la première, et à 0<sup>m</sup>,01 plus bas, elle circonscrit un lambeau cutané en

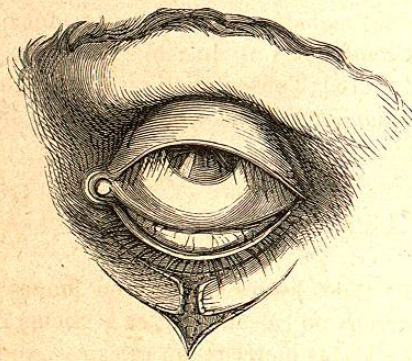


Fig. 55. — Procédé de RICHET. — Tracé et dissection du lambeau.

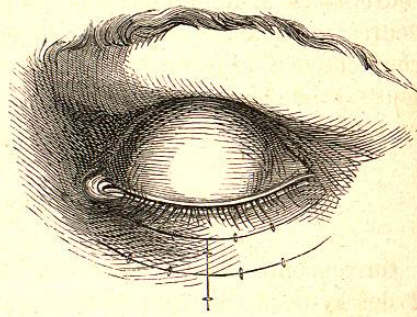


Fig. 56. — Procédé de RICHET. — Lambeau mis en place et suturé.

forme de pont qui est disséqué et remonté. Si ce pont est trop large, on lui fait subir en sa partie médiane une perte de substance. Enfin, une dernière incision longitudinale, qui par l'écartement des tissus donne une plaie triangulaire, contribue encore à mobiliser tout le système : il reste à suturer.

#### 4. — Maladies du sourcil

##### 1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques du sourcil ne présentent en général aucune gravité ; de plus elles se confondent ordinairement avec celles de la région orbitaire ; pour ce double motif leur étude ne nous arrêtera pas longtemps.

La lésion de l'artère sus-orbitaire a pu donner lieu, dans certains cas, à une hémorragie inquiétante ; on a toujours cependant arrêté assez facilement l'écoulement sanguin par la compression médiate ou immédiate. Autant que possible, on doit chercher à réunir les lèvres de la plaie, mais il faut toutefois avoir bien soin d'assurer par le drainage l'écoulement du pus. En effet, comme le faisait remarquer VELPEAU, « La laxité du tissu cellulaire sous-musculaire fait qu'à la suite des plaies, le pus glisse et s'infiltré fréquemment du côté des paupières. » Aussi ce chirurgien conseillait-il de ne pas réunir lorsque la suppuration était imminente. Avec les ressources de la méthode antiseptique, pareilles craintes sont aujourd'hui chimériques. L'emploi de cette méthode a aussi diminué considérablement les chances d'érysipèle si fréquentes jadis à la suite de ces plaies.

Les blessures de ce genre s'accompagnent souvent de lésions diverses du nerf sus-orbitaire ; nous reviendrons ultérieurement sur les troubles de la vue qu'occasionne cette complication.

Toutes les fois que, pour un motif quelconque, on devra porter l'instrument tranchant sur cette petite région, il faudra s'entourer de toutes les précautions convenables. L'un de nous a perdu un de ses malades dans l'espace de douze heures par phlébite suppurée des veines temporales et du sinus caverneux, consécutive à un furoncle de la queue du sourcil ; l'observation racontée dans tous ses détails par CHARVOT (in *Dict. encyclop.*, art. SOURCILS) prouve que l'on ne saurait être trop circonspect.

##### 2° KYSTES DU SOURCIL

On rencontre dans la région du sourcil : 1° des kystes sébacés ou loupes ; 2° des kystes dermoïdes ; 3° des kystes pierreux ou calcaires (J. et A. SICHEL). Les loupes n'offrent ici rien de spécial ; les kystes pierreux ou calcaires sont encore très mal connus. Les kystes dermoïdes seuls méritent une description à part.

##### KYSTES DERMOÏDES

**Bibliographie.** — VERNEUIL, RICHET, FOLLIN, JARJAVAY, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859. — VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1877. — LE DENTU, in *Ibid.*, 1879. — NICAISE, *Revue de chir.*, t. III, p. 806, 1883.  
Thèses de Paris. — 1869, RÉGNIER. — 1874, LAMPS.



**Anatomie pathologique.** — Mode de développement. Le mode de développement des kystes dermoïdes a déjà été exposé dans le premier volume de cet ouvrage, nous savons que leur origine remonte jusqu'à la période embryonnaire. Ces tumeurs se forment au niveau de la fente branchiale fronto-maxillaire. Au moment de la soudure des deux bords de la fente, survient un arrêt de développement, les bourgeons limitant cette fente se soudent superficiellement sans se réunir dans toute leur étendue; une certaine quantité de peau reste incluse dans les points où la réunion n'a pas eu lieu, formant une petite poche close de toutes parts qui se développe plus tard. Les produits que l'on pourra rencontrer dans son intérieur sont ceux qui se trouvent normalement à la surface de la peau ou qui sont sécrétés par cette membrane; ainsi s'explique la présence de poils, de matière sébacée. Cependant, comme le fait remarquer NICAISE: « La membrane enveloppante d'un kyste dermoïde peut ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse. » Il faudrait donc admettre alors avec cet auteur que, dans certains cas, il y a inclusion non d'un sac de peau, mais d'un simple lambeau cutané. On a rencontré quelques tumeurs de même nature au-dessous du sourcil près du sac lacrymal (kystes prélacrymaux de VERNEUIL). D'autres auteurs, en particulier LE DENTU, en ont signalé près de la racine du nez.

La tumeur est naturellement recouverte par la peau, le tissu sous-cutané et le muscle sourcilier. Sa base adhère au périoste et même aux os sous-jacents qui sont parfois comme creusés d'une dépression. Son volume est d'ordinaire celui d'une noisette, rarement celui d'une noix; quelquefois cependant on en a vu qui avaient le volume d'une mandarine.

**Symptômes. Marche.** — Ces kystes se présentent sous forme d'une petite masse indolente, régulièrement arrondie, de consistance molle. La peau glisse facilement sur eux et lorsqu'on essaie de les mobiliser, on sent qu'ils sont comme appendus, implantés sur l'apophyse orbitaire externe. Les parents ne manquent pas de raconter que cette petite tumeur remonte à la première enfance. — Généralement, vers l'âge de sept à huit ans, le volume du kyste augmente assez vite, puis reste ensuite stationnaire.

**Traitement.** — L'énucléation est la seule intervention chirurgicale rationnelle. Pour éviter les difformités, on aura soin de raser la région couverte de poils, de la dévier jusqu'au niveau de la production et de faire porter l'incision sur la partie rasée, plus tard les poils en repoussant masqueront la cicatrice. Le chirurgien doit s'efforcer d'énucléer la production aussi complètement que possible, sous peine de voir survenir une récidive ou s'établir une fistule. Les adhérences profondes rendent souvent cette énucléation difficile; si l'on craint de dénuder l'os sur une trop grande étendue, mieux vaut réséquer la masse morbide dont on détruira ensuite le pédicule par les caustiques.

## CHAPITRE IV

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE

§ 1<sup>er</sup>. — Inflammations simples de la conjonctive1<sup>o</sup> HYPERÉMIE DE LA CONJONCTIVE. — CATARRHE SEC

On désigne sous ce nom l'injection anormale de la conjonctive; elle peut être étendue à la totalité de la membrane, ou au contraire limitée à certaines régions. En général, cet état n'occasionne aucun trouble de sécrétion, c'est à peine si le matin les paupières sont un peu humides. De là le nom de catarrhe sec, sous lequel on désigne la maladie.

**Symptômes.** — Cet état détermine des picotements, des démangeaisons, une sensation spéciale de corps étranger. Les paupières semblent lourdes, le malade éprouve une sorte de somnolence; tout travail soutenu lui est absolument impossible. Les phénomènes douloureux augmentent le soir, à la lumière artificielle.

**Étiologie.** — Parmi les causes qui favorisent le développement de cette affection, signalons tout d'abord le séjour dans un milieu rempli de poussière. Cela nous explique la fréquence de la maladie chez les ouvriers qui se livrent à certains travaux. A ce facteur il faut ajouter les lésions de l'appareil lacrymal, puis quelques troubles de réfraction: hypermétropie, astigmatisme.

**Traitement.** — La thérapeutique variera naturellement avec la cause même du mal. Souvent quelques injections dans les voies lacrymales amèneront une amélioration sensible; dans d'autres cas, il suffira de corriger la réfraction du malade. Lorsque la lésion est produite par une cause inhérente à la profession du sujet, il se trouvera bien de porter des lunettes protectrices; en même temps on prescrira des lavages ou des pulvérisations à l'eau chaude et l'usage d'un collyre légèrement astringent.

2<sup>o</sup> CONJONCTIVITE CATARRHALE

**Bibliographie.** — Le lecteur trouvera dans le traité de DE WECKER et LANDOLT, une bibliographie très complète pour toutes les maladies de la conjonctive; elle se termine en 1876. — GALEZOWSKI, *Essai sur la conj. lacrym.*, in *Gaz. des Hôp.*, 1868. — GOSSE-LIN, *Mém. sur l'origine par contagion des conj. cat.*, in *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 385, 1869. — DE WECKER, *Origine des conj. cat.*, in *Gaz. hebdom.*, 1869. — GUENEAU DE MUSSY, *Conj. épidém. dite des foins*, in *Recueil d'opht.*, 1874. — CUIGNET,