

En dehors du traitement rigoureux des lésions originelles (avulsion des dents malades, correction de l'amétropie, etc.), tout *traitement médical*, même par les alcaloïdes et le bromure longtemps prolongés, est généralement illusoire.

La cocaïne, les moxas (Fuchs), la dilatation forcée et le massage (Gayet, Abadie) peuvent rester inefficaces. Dès que l'hystérie sera découverte, et même chez les sujets d'un nervosisme excessif, l'*hypnotisation* est un moyen efficace, qu'on aurait tort de rejeter d'emblée.

Après insuccès des moyens précédents, on est contraint de recourir à des arrachements, élongations et excisions des différentes portions du trijumeau, sus et sous-orbitaire, buccal (1), également utiles contre les *névralgies périoculaires*.

**PARALYSIE DE L'ORBICULAIRE.** — La paralysie de l'orbiculaire est due à la paralysie plus ou moins complète du nerf facial.

On sait quelle est, en pathologie interne, l'importante signification, au point de vue du diagnostic et de l'étiologie, de la paralysie faciale *limitée* à l'orbiculaire, ou paralysie du facial supérieur, cette paralysie étant avant tout centrale, d'origine *nucléaire*, tandis que la paralysie totale est basilaire ou *périphérique*.

En présence d'une paralysie faciale, on devra faire l'examen des antécédents cérébraux et généraux, du système nerveux au complet, et en particulier, une fois toutes les causes connues de paralysies invoquées et éliminées, l'examen des oreilles : des otites, des traumatismes du rocher occasionnent des paralysies faciales, tout comme des paralysies de la sixième paire.

Des paralysies des nerfs moteurs de l'œil et d'autres nerfs crâniens, en particulier du trijumeau (dont on ne confondra pas la kératite neuro-paralytique avec la kératite lagophthalmique) peuvent accompagner la paralysie faciale. Il faudra, dans tous les cas, examiner la sensibilité de la cornée.

L'*épiphora* a été signalé par la plupart des auteurs comme un des signes accompagnant la paralysie de l'orbiculaire, par suite de l'ectropion léger, du défaut de fonctionnement du muscle de Duverney-Horner innervé par le facial, et de l'absence de la légère pression intermittente sur le sac lacrymal (compte-gouttes) du tendon de l'orbiculaire paralysé.

Goldzieher, au contraire, a prétendu qu'un degré plus grand de sécheresse s'observait sur la conjonctive de l'œil paralysé et en a conclu que la glande lacrymale était innervée, non par le trijumeau, mais bien par le facial. Malgré les expériences de Teplyaschine et de Tribondeau, la question n'est pas encore tranchée.

En plus du traitement étiologique, l'électrisation et les injections de strychnine sont les seuls moyens à recommander.

(1) Voy. FARABEUF. Manuel de méd. op. Paris, 1896.

Pour la protection de la cornée, qui finirait par s'ulcérer, malgré des pansements occlusifs avec onctions abondantes de vaseline iodiformée, on est amené, dans les cas de paralysie qui peuvent durer fort longtemps ou même être incurables, à faire la suture des paupières, après ablation de la partie rétrociliaire du rebord palpébral.

Cette tarsorrhaphie ne sera ni angulaire externe ni totale, M. Panas (1) a proposé la tarsorrhaphie médiane (fig. 4) qui ne supprime pas l'usage de l'œil et qui est une opération fort simple. On pourrait aussi, pratiquer dans certains cas, la tarsorrhaphie interne, un peu en dehors des points lacrymaux auxquels il faut se garder de toucher. On laissera en place ces diverses tarsorrhaphies, le temps que durera la paralysie ; néanmoins (Panas), on a pu sectionner la tarsorrhaphie avant la fin de la maladie, sans que l'ectropion se soit reproduit.

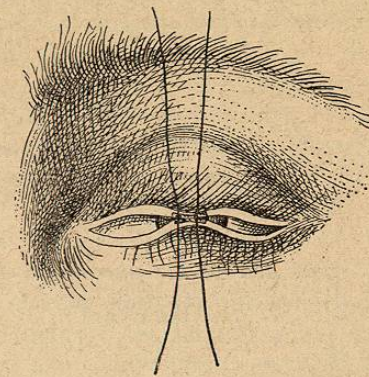


Fig. 4. — Tarsorrhaphie médiane. (Panas.)

**PARALYSIE DU GRAND SYMPATHIQUE.** — Comme dans les expériences de Pourfour du Petit (1727) et de Claude Bernard, répétées depuis par nombre d'observateurs, la lésion spontanée du grand sympathique cervical produit des troubles oculaires remarquables (2).

La fente palpébrale est rétrécie, l'œil légèrement énoptalme et quelquefois hypotone : il existe un myosis accentué, et, au début, une hyperhémie conjonctivale qui disparaît plus tard (Cl. Bernard, Panas) tout en laissant subsister les autres phénomènes morbides (ptose, myosis).

Il s'agit de la parésie du muscle lisse de Müller, innervé par le grand sympathique et jouant le rôle d'un dilatateur palpébral, et de la parésie du dilatateur de l'iris, démontré par des recherches récentes (3).

Tantôt on trouve une lésion du cou (tumeurs) provoquant mécaniquement la lésion nerveuse, tantôt une affection médullaire, telle que la syringo-myélie (Violet) ayant envahi le centre cilio-spinal, ou des altérations osseuses rachidiennes. D'autres fois, des migraines, l'hystérie, des métrorragies ont été invoquées. Mais quelquefois on ne trouve aucune cause appréciable, surtout chez les femmes.

(1) OLLIVIER, thèse de Paris, 1883.

(2) Consulter : HORNER et NICATI, La paralysie du grand sympathique cervical. Lausanne, 1873. — PANAS, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1868 et *Presse méd.*, 1895.

(3) GABRIELIDÈS, thèse de Paris, 1895.



L'électrisation, les injections de strychnine n'ont qu'une efficacité incertaine. La cocaïne, par la dilatation de la fente palpébrale et de la pupille, donne un effet momentané, utilisable dans certaines circonstances et pouvant précéder l'opération d'une blépharoptose définitive.

**BLÉPHAROPTOSE.** — La blépharoptose est la paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure ou le nerf qui l'innerve.

Le nom de ptosis a été attribué à cet état pathologique, mais, comme les auteurs discutent encore pour savoir si l'on doit dire le ptosis ou la ptosis, ce qui serait plus rationnel, puisque ptosis est un mot féminin (comme iritis, par exemple), il vaut mieux adopter blépharoptose ou *ptose*, à la place du mot *ptosis*, sur lequel il est facile d'ergoter, suivant que l'on veut suivre l'usage erroné ou l'étymologie.

La blépharoptose est *congénitale* ou *acquise*. Elle est *complète* ou *incomplète*. On ne la confondra pas avec le *symlépharon*, qui est une sorte de ptose forcée par adhérence au globe, ni avec celle des *granuleux*.

La *sémiologie* et l'*étiologie* de la blépharoptose ne diffèrent pas de celles des autres *paralysies des muscles moteurs de l'œil*, mais il faut faire une mention spéciale pour celle due à la *paralysie du grand sympathique*, en vérifiant l'état de la pupille, dans tous les cas de ptose. Quelquefois, dans la forme congénitale, certains mouvements de la face *provoquent automatiquement* l'ouverture des paupières. On s'assure exactement du degré de force qu'a pu conserver l'éleveur, en appuyant fortement la peau du sourcil sur le plan osseux, de manière à intercepter l'action du muscle frontal qui suffirait à relever assez fortement la paupière. Si le releveur est entièrement paralysé, la paupière reste immobile, et le front ne se plisse pas, tant que le doigt appuie sur le sourcil.

La ptose peut *rendre service* aux sujets paralysés (troisième paire), en neutralisant leur diplopie (*ptose compensatrice*). Dans les autres cas, en particulier dans ceux de ptose congénitale, le malade prend une attitude caractéristique, renverse la tête en arrière et plisse son front en élevant ses sourcils. Il paraît regarder les astres (attitude d'astronome, Hirschberg). Mais cette position devient à la longue insoutenable.

Des moyens *palliatifs* qui ont été proposés (pince de Sichel), le seul supportable est le port de lunettes spéciales [C. Paul, Masselon (1)],

(1) C. PAUL, *Bull. gén. de thérap.*, 1875. — Une modification très pratique a été faite récemment à ces lunettes par M. Masselon, dans le but de les rendre plus aptes à se conformer à chaque cas particulier. La petite pièce rectangulaire a été remplacée par un T dont la barre transversale est destinée à refouler en haut la paupière affectée de ptosis. L'avantage de cette disposition est que cette figure en T étant formée d'un métal très malléable, le malade peut à son gré la relever, l'abaisser, l'incliner, la tordre, etc., en un mot l'adapter très exactement à sa paupière, de manière à obtenir l'effet voulu avec le moins de gêne possible.

disposées de façon à refouler en arrière la peau de la paupière et à remonter le bord palpébral (fig. 5).

Lorsque le malade n'est point satisfait de cette amélioration intermittente, l'intervention chirurgicale lui assure un résultat permanent.

Les anciens réséquaient un lambeau cutané d'une étendue suffisante pour que l'action des sutures remit le bord ciliaire à la hauteur normale. Mais, si l'on ne retranche pas beaucoup de peau, la ptose n'est pas corrigée et la rechute est fatale. Si l'on excise un vaste lambeau, le patient ne peut refermer ses paupières, état dangereux pour l'intégrité de la cornée, à peu près complètement irrémédiable et pire que la ptose elle-même. De plus, même raccourcie, la paupière n'en a pas plus pour cela des *mouvements* physiologiques, et

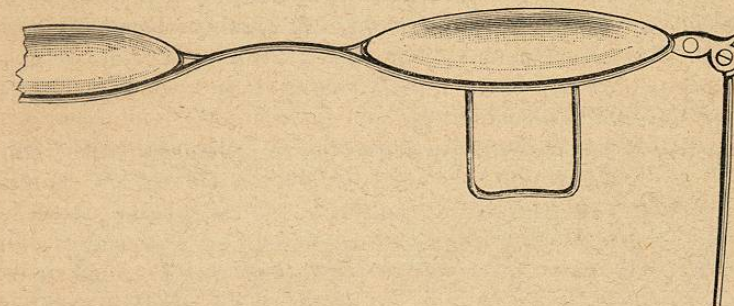


Fig. 5. — Lunettes de Masselon.

il n'y a en général pas trop de peau dans ces cas-là (Dianoux).

Il faut donc en venir (Hunt), avec ou sans excision de peau, à faire agir l'action du muscle frontal, seule force motrice que l'on ait à sa disposition, directement sur la paupière supérieure. Y ajouter (de Graefe) la suppression d'une partie des fibres de l'orbiculaire, pour affaiblir cet antagoniste du releveur, c'est ajouter sans grand profit une faiblesse à une autre faiblesse. C'est plutôt à une sorte d'*avancement* musculaire qu'il faut mieux avoir recours.

Cet *avancement*, basé sur la section cicatricielle sous-cutanée par un fil métallique traversant peu à peu les tissus et arrivant au niveau des insertions du muscle frontal, a été réalisé par Dransart, H. Pagenstecher, et d'autres. Les douleurs vives, la longue durée de la section progressive, la suppuration obligée et l'incertitude des résultats, rendent hasardeuse cette opération que M. Gayet a cependant proposé de faire avec un fil de platine rougi à l'électricité, une fois mis en place.

M. de Wecker combine avec la résection d'un petit lambeau semi-lunaire une suture que l'on resserre (dosage) plus ou moins pendant a durée de la cicatrisation (fig. 6). Bowman, Boucheron, Gillet de



Grandmont s'abstiennent au contraire de toucher à la peau et pratiquent la résection de la plus grande partie du tarse et du tendon releveur, avec réunion immédiate au catgut des surfaces de section. Mais l'insuccès complet est fréquent, et, dans les cas de ptoses incomplètes, peut-être faut-il combiner une excision de peau avec l'excision du tarse pour raccourcir la paupière dans toutes ses parties constituantes. (Galezowski.)

Les résections cutanées ou tarso-cutanées peuvent suffire aussi dans certaines variétés de fausses blépharoptoses, où il s'agit d'un allongement inusité de la peau seule chez des sujets d'un certain âge : il en serait de même dans les ptoses dites adipeuses.

Dans les cas où la ptose est totale et définitive, le procédé recommandé par M. Panas donne de bons résultats, malgré quelques légères cicatrices, qui diminuent si l'on ébarbe les saillies cutanées latérales. Fuchs et d'autres opérateurs ont confirmé les résultats de l'auteur. Il s'agit en somme d'une inosculatation de la paupière avec les insertions inférieures du muscle frontal. C'est une vraie blépharoptexie à résultat immédiat (fig. 7).

Le petit cul-de-sac formé par le passage de la lanière cutanée sous

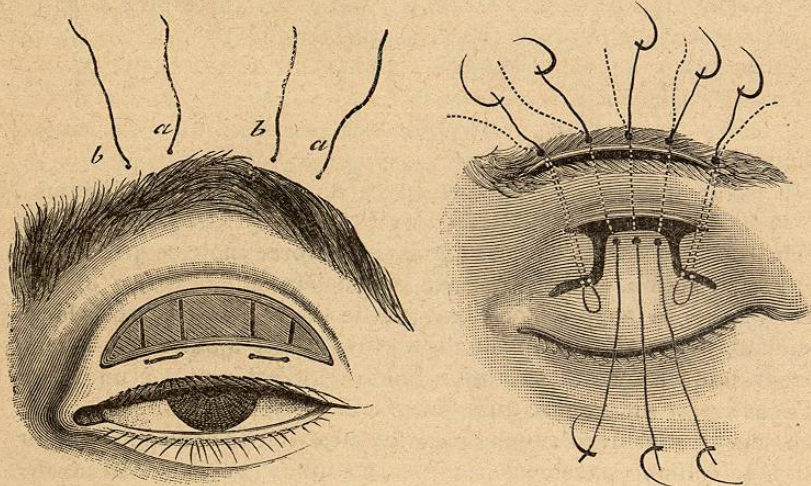


Fig. 6. — Procédé de Wecker, a, b, anse de fil.

Fig. 7. — Procédé de Panas.

le pont cruenté du sourcil n'entraîne pas les accidents primitifs ou secondaires qu'on pourrait supposer, et se rétrécit peu à peu au point de disparaître presque complètement (1).

(1) Consulter : BEAUVAIS, De l'opération du ptosis, thèse de Paris, 1884 (opération de Dransart). — MASSELOU, Du traitement chirurgical du ptosis (Arch. d'opht., 1893). — BRUN, Traitement du ptosis par le procédé de Gillet de Grandmont, thèse

**Déviations du bord ciliaire.** — La présence des cils donne un caractère particulier de gravité aux déviations du bord libre. On nomme *trichiasis total* ou *partiel* la déviation totale ou partielle des cils vers le globe. On peut voir aussi le *districhiasis* (double rangée de cils) et même le *tristrichiasis* (triple rangée), lésions plus souvent congénitales. Le trichiasis total est engendré par l'*entropion*, c'est-à-dire par l'inversion en dedans du bord ciliaire : il a les mêmes causes, les mêmes symptômes et la même thérapeutique chirurgicale. Le trichiasis partiel peut, au contraire se produire sur un bord ciliaire parfaitement disposé, à la suite de petits traumatismes (brûlures, pustules varioliques, etc.). D'autres fois, la même cause générale (trachome, chalazion) ne provoque cependant qu'un trichiasis partiel.

Le traitement du trichiasis *partiel* ne diffère pas essentiellement de celui du trichiasis total. On se propose, ou d'*attirer en dehors* les quelques cils déviés, ou bien de détruire les bulbes sur place, ou de supprimer leur point d'implantation (excision de peau).

L'électrolyse faite comme pour les poils (Brocq) est quelquefois utile, mais elle n'arrive à son but qu'après de longues séances et compte de nombreux insuccès, de même que l'excision.

Mieux vaut, pour les quelques cils déviés, faire une opération identique à celle du trichiasis total, mais limitée à la région malade.

**ENTROPION ET TRICHIASIS.** — L'*entropion* est de nature *spasmodique* ou *organique*.

L'*entropion spasmodique* est dû à un enroulement de la paupière inférieure, à la suite d'un léger œdème sous-cutané, enroulement dû à la contraction de l'orbiculaire qui fait tourner le bord ciliaire en dedans autour de l'axe horizontal constitué par les ligaments palpébraux interne et externe.

On s'abstiendra en général, pour le guérir, des diverses ligatures cutanées et sous-cutanées si douloureuses connues sous le nom de sutures de Gaillard, de Graefe, de Gillet de Grandmont. Le seul remède simple et efficace, surtout s'il y a du phimosis, consiste à faire une large *canthoplastie* (fig. 8)

(von Ammon) ou avec ou sans interposition de lambeau (Cusco). La *canthoplastie oblique* (Stelwag) expose à des difformités.

de Paris, 1892. — PERTAT, Traitement du ptosis par le procédé de Panas, thèse de Paris, 1893.

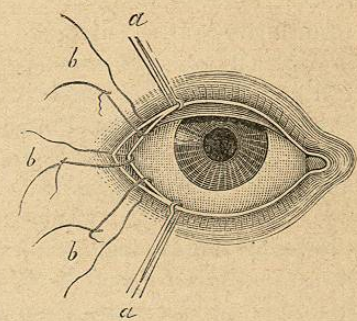


Fig. 8. — Canthoplastie ; a, pinces qui écartent les paupières ; b, aiguilles avec fils à suture.



Le procédé de Chalot (1) avec incision horizontale en T, a un effet plus définitif. Dans le cas où la canthoplastie échouerait, il faudra en venir aux opérations de l'entropion par résection d'un petit lambeau cutané et *suture immédiate*. Les procédés de ligature médiate qui sont destinés à couper progressivement les tissus, après des semaines, des mois de suppuration et de douleur, sont des procédés d'un autre âge, exposant à de graves complications.

L'entropion organique, accompagné de trichiasis définitif, et non temporaire comme le précédent, est dû à l'atrophie, à l'incurvation du tarse, squelette fibreux de la paupière, à la suite d'inflammations spontanées ou traumatiques, aiguës ou chroniques, de la conjonctive et des paupières. Dans l'immense majorité de cas, il succède au trachome, et le trichiasis qu'il entraîne constitue le plus grave danger pour la cornée, déjà si malade.

Puisque le trichiasis est avant tout produit par l'incurvation du tarse, c'est au tarse qu'il faudra s'attaquer dans les procédés opératoires à opposer à la maladie. Les récurrences souvent observées dans le vieux procédé décrit par Aétius, repris sous le nom de *transplantation* du bord ciliaire par Jæsche et Arlt, sont dues à ce qu'on ne s'y attaque qu'à la peau : cela équivaut à vouloir redresser un os incurvé par des excisions ou des transplantations cutanées.

Savoir avant tout quel est le terrain sur lequel on doit agir, et quelles sont les conditions de succès des opérations contre l'entropion suffira à faire éliminer un grand nombre de procédés qui encombrant encore les livres et les périodiques, et au milieu desquels sont noyées les descriptions des procédés logiques et vraiment utiles.

Pour lutter contre l'entropion compliqué de trichiasis, les méthodes principales qui ont été proposées sont les suivantes :

1° L'ablation pure et simple du bord ciliaire jusqu'au delà des bulbes des cils (Bartisch, Beer, Flarer). Procédé brutal et peu recommandable.

2° La destruction des bulbes ciliaires, par une dissection prolongée (Vacca Berlinghieri), par l'électrolyse, par la cautérisation ignée, est inadmissible dans le trichiasis total.

3° Le raccourcissement de la peau, destiné à renverser les cils en dehors, par des excisions cutanées ou par des cautérisations ignées (les unes, dans le sens transversal, comme les chirurgiens arabes le faisaient, probablement à l'imitation des Grecs, les autres dans le sens vertical [Vieusse]) ou par des sutures qui coupent lentement (Gaillard). Tous procédés aveugles, douloureux, et soumis à toutes les éventualités de la suppuration.

4° La transplantation simple du bord ciliaire. Il s'agit, dans cette

(1) CHALOT, Chir. opér. Paris, 1893.

opération, de déplacer toute la lèvre antérieure de la paupière (fig. 9), et d'aller greffer ce bord ciliaire à une certaine hauteur pour éviter que les cils ne touchent la cornée. (Aétius, Jæsche et Arlt.)

On comprend le défaut de tous ces procédés, qui donnent cependant quelquefois des succès, ordinairement temporaires. Le tarse bossué reste intact, et constitue toujours la colline sur laquelle redescendra peu à peu le bord ciliaire greffé : les cils, attirés de nouveau en bas par la cicatrisation et la rétraction de leur ancien emplacement, quand on ne greffe pas à ce niveau un lambeau cutané, souvent le même qu'on a enlevé pour permettre la greffe nouvelle du bord ciliaire (et si on pratique cette petite autoplastie,

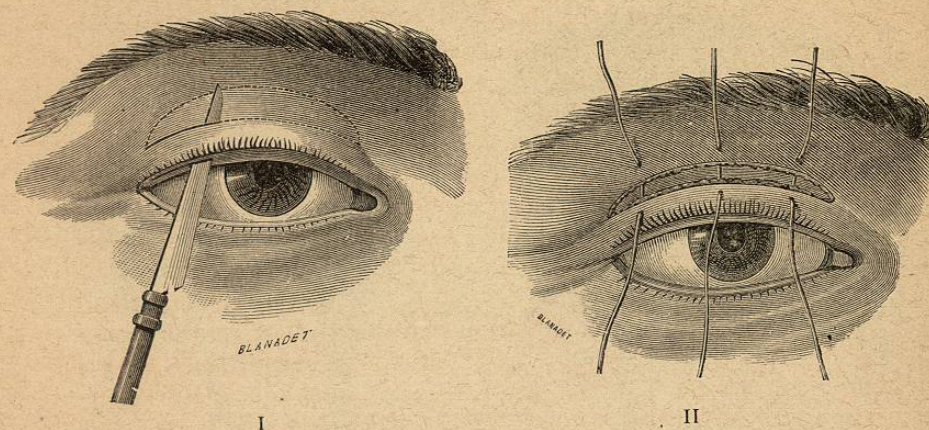


Fig. 9. — Transplantation du sol ciliaire ; I, incision ; II, réunion.

on peut créer un bourrelet disgracieux au niveau du bord palpébral), reprendront presque toujours tôt ou tard leur fâcheuse situation.

Comme Anagnostakis, Hotz et Panas l'ont fait remarquer, il faut donc fixer le bord supérieur du lambeau ciliaire à un point immuable de la paupière. Ce point solide n'est ni la peau, extensible et glissante, ni le tarse atrophié et déformé : la seule partie, à laquelle on puisse s'adresser, est donc le ligament suspenseur. (Anagnostakis.)

Néanmoins, le fait de laisser intact le tarse incurvé peut faire échouer le procédé. Aussi s'agit-il de mettre en œuvre une opération qui réunisse l'idée mère du procédé d'Anagnostakis, c'est-à-dire la fixation au ligament suspenseur, et qui supprime la disposition anormale du tarse.

5° Déviation orthopédique du bord ciliaire avec tarsotomie. — Un certain nombre d'opérateurs n'ont pas craint d'extirper une partie ou la totalité du tarse ; mais la rétraction considérable qui suit l'ablation, ramène les cils vers l'œil et enlève à la paupière sa forme et ses dimensions physiologiques.



D'autres opérateurs, plus avisés, ont simplement excisé une lanière cunéiforme du tarse, l'excision n'arrivant pas jusqu'à la conjonctive (Streatfield, Snellen, Masselon). Puisqu'une simple section horizontale, donne un effet égal ou supérieur à celui de cette opération, à excision et à sutures compliquées, on choisira l'opération la plus simple et la plus sûre. Cette *tarsotomie* a été préconisée par Aétius (Hirschberg), Richter, von Ammon, Burow.

Le procédé combiné que M. Panas emploie systématiquement, réussit là où tous les autres ont échoué, et n'entraîne aucune difformité persistante. C'est un redressement méthodique du bord ciliaire,

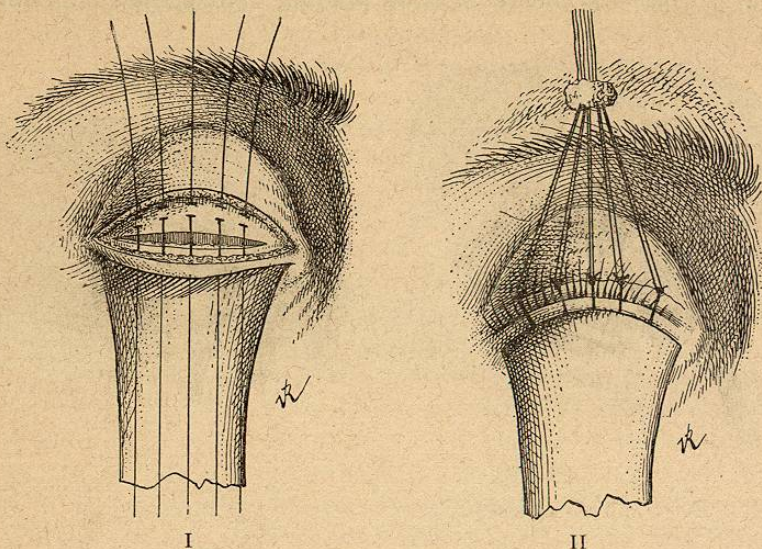


Fig. 10. — Procédé de Panas: I, incision; II, réunion.

qui vient se couder à angle droit sur son ancien emplacement: l'opération se pratique sous l'anesthésie générale, préférable, ou avec les injections sous-cutanées de cocaïne, mais ces dernières déforment souvent la région à opérer. On opère facilement les deux yeux dans la même séance.

L'instrument destiné à tendre la paupière sera la plaque de corne ou d'aluminium; si l'on est insuffisamment aidé, une pince hémostatique en fourche (Terson père), qui, à l'encontre de celles de Desmarres, de Knapp et Snellen, absolument imparfaites ici, laisse libre tout le champ cutané *supérieur*, peut rendre ce service.

Voici le procédé de M. Panas pour la paupière supérieure (fig. 10):

La plaque de corne distendant la paupière de façon à éviter toute hémorragie gênante, une incision horizontale à 2 millimètres au-dessus du bord ciliaire est pratiquée: puis on dissèque l'orbiculaire que l'on fait récliner en haut par un crochet, jusqu'à ce qu'on

aperçoive le ligament suspenseur. Le lambeau inférieur est disséqué jusqu'à ce que l'on voie le piqueté noir des bulbes ciliaires.

Ensuite on pratique l'incision du tarse, au niveau de son incurvation anormale, traversant même la conjonctive. On évitera de placer *trop bas* la tarsotomie pour éviter le chevauchement du lambeau ciliaire. On n'excise quelques faisceaux d'orbiculaire que s'il y a coexistence d'un phimosis palpébral extrême. Cinq sutures de soie sont passées en haut, dans le ligament suspenseur et le sommet du tarse, en bas dans le lambeau inférieur, de façon à ressortir en *arrière* des bulbes ciliaires. Aucune suture cutanée n'est nécessaire. Les fils sont noués, collés au front avec de l'ouate collodionnée et laissés cinq jours en place. Pansement occlusif avec vaseline iodofornée ou boriquée.

Nous n'avons jamais vu, sur de très nombreux cas opérés par notre maître ou par nous-même, d'accidents consécutifs autres que, très rarement, de petits chalazions poly-poides développés au niveau des glandes de Meibomius, et facilement curables. Le résultat esthétique et curatif est presque toujours d'emblée parfait et définitif.

Pour la paupière inférieure, le procédé est modifié par l'étroitesse du tarse; aussi la contraction de l'orbiculaire et les causes primitives peuvent quelquefois reproduire le mal et rendre une deuxième intervention nécessaire. On pratiquera un volet cutané (fig. 11) que l'on disséquera jusque près du bord ciliaire. Il sera souvent utile de réséquer des fibres de l'orbiculaire et de pratiquer une *tarsotomie* comme pour la paupière supérieure. On retranche ensuite un lambeau cutané, variable d'étendue, sur le bord libre du volet, et on fait des sutures exclusivement cutanées.

6° La *marginoplastie* (Spencer Watson, Gayet), par pivotement du sol ciliaire et remplacement par un lambeau cutané autoplastique à pédicule, expose à des déformations et ne doit être tentée qu'après *insuccès de toutes les autres méthodes, comme dernière ressource*.

ECTROPION. — L'éversion des paupières, avec hernie et hypertrophie consécutive du cul-de-sac conjonctival, siège le plus ordinairement, hors les cas de traumatisme et de brûlure, à la paupière inférieure, et entraîne des ulcères cornéens, par le mécanisme des kératites lagophthalmiques, et un larmoiement incessant, par éversion et atrophie du canalicule. Il se développe une vraie *sténodermie* (Panas) de la

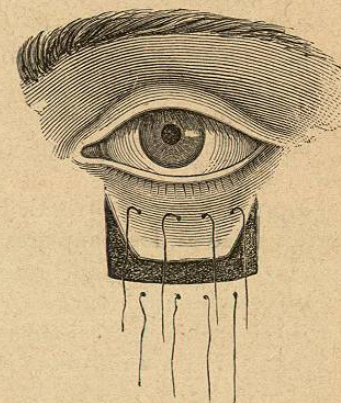


Fig. 11. — Procédé de Panas pour la paupière inférieure.