

peau chroniquement enflammée, et dans ces cas-là, le bord ciliaire, conservé dans les autres formes d'ectropion, disparaît, perd ses cils, de telle sorte qu'il semble que la conjonctive arrive juste sur la limite de la peau, sans en être séparée par autre chose que par une ligne imperceptible, et non par la marge du bord ciliaire.

Les variétés d'ectropion se divisent en deux classes : l'*ectropion traumatique* et l'*ectropion spontané*.

Le premier survient à la suite de brûlures ou d'autres traumatismes.

La seconde variété est souvent la suite d'une cicatrice cutanée (lésions osseuses, ulcères, lupus, etc.), d'autres fois, le *relâchement de l'orbiculaire* avec larmolement, blépharite et conjonctivite, constitue le type connu de l'*ectropion sénile*.

Le traitement général de l'ectropion comprend trois indications fondamentales : rétablir les voies lacrymales, guérir la difformité, et protéger la cornée.

On commencera par inciser le point lacrymal inférieur, si éversé ou si atrophié qu'il puisse être; l'incision sera un peu plus étendue que d'habitude.

La protection définitive de la cornée ne s'obtient qu'en remplaçant, si elles existent, les paupières en situation normale, et en *refaisant* de nouveaux voiles palpébraux, s'ils ont été détruits.

Nous examinerons successivement :

1° Les variétés d'*ectropion non cicatriciel* ;

2° Les variétés d'*ectropion cicatriciel*.

1° *Variétés non cicatricielles*. — L'*ectropion lacrymal* est consécutif à la *blépharo-conjonctivite lacrymale* entraînée par une dacryocystite chronique. Cet état entraîne aussi, en plus de l'hypoexcrétion, une *hypersécrétion* lacrymale qui rétrécit peu à peu la peau de la paupière, et lui donne une action progressivement rétractile. D'autres fois, comme dans l'*ectropion sénile*, et comme on peut l'observer chez les sujets à peau et à orbiculaire languissants, ayant dépassé la quarantaine, en particulier chez les femmes, la paupière inférieure se renverse, le canalicule lacrymal s'oblitére, et le larmolement commence *alors* peu à peu. C'est le mécanisme inverse de l'origine précédemment signalée. La pathogénie de l'ectropion lacrymal n'est donc pas unique.

En tous cas, dans la plupart de ces larmolements chroniques, indéfiniment sondés, l'incision du canalicule et le sondage sont loin de suffire et surtout d'atténuer l'épiphora.

On diminuera donc le relâchement des paupières, en retranchant des portions de la peau environnante. Ce n'est que dans les cas extrêmes qu'il faudrait s'adresser au procédé de Szymanowski et aux résections conjonctivales, si utiles dans l'ectropion sénile.

On pratiquera beaucoup plus tôt des résections cutanées de forme et d'étendue variables, latérales, redressant le bord ciliaire et

l'attirant en dehors, ou en dedans, suivant le cas, *médiatement*, sans que l'incision l'atteigne directement, et en respectant les commissures.

[Arlt, A. Weber (1).]

L'électrisation seule de l'orbiculaire est insuffisante.

Les procédés curatifs des cas plus graves se divisent en trois groupes : ceux par lesquels on intervient sur le milieu de la paupière (Adams, Kühnt), ceux par lesquels on attire latéralement la paupière inférieure de façon à la remonter en allant la suturer à la place d'un lambeau cutané triangulaire préalablement enlevé, enfin les tarsorrhaphies.

Le premier procédé date des chirurgiens de l'antiquité. Antyllus faisait une résection cunéiforme du tarse, que Kühnt a repris récemment, mais qui peut être insuffisante.

En cas d'insuccès ou si l'*ectropion est très accentué*, il vaudra mieux pratiquer l'opération, suivant le procédé de Dieffenbach rendu plus efficace par Szymanowski, qui a conduit les incisions notablement au-dessus de la commissure externe, d'où un relèvement complet et définitif de la paupière.

Le procédé de Szymanowski a l'avantage d'agir sur les parties primitivement malades (peau, orbiculaire) et de pouvoir être exactement dosé. Suivant qu'on enlève un triangle plus ou moins étendu, on corrige plus ou moins le degré de relâchement de la peau doublée du muscle. Il est facile, en saisissant avant l'opération un pli de peau externe, de mesurer un triangle égal à la quantité de peau exubérante.

De plus on rattache *plus* ou *moins haut* la paupière suivant que le bord supérieur du triangle est plus oblique ou quelquefois presque *vertical*.

Le procédé que nous avons proposé récemment et exécuté avec succès chez huit malades (fig. 12), a le même effet curatif, et offre le grand avantage de ne pas *rétrécir* l'ouverture palpébrale, *car il laisse la commissure intacte*. La résection variable de la conjonctive herniée et d'un lambeau cutané permet un dosage approprié à chaque cas particulier. Les résections conjonctivales sont préférables aux cautérisations perpendiculaires au bord ciliaire. (Jocqs.)

De petites tarsorrhaphies *internes* peuvent obvier à des éversions purement internes de la paupière inférieure.

2° *Ectropion cicatriciel*. — L'ectropion cicatriciel nécessite dans la grande majorité des cas la reconstitution de la paupière. C'est dire que le traitement de l'ectropion cicatriciel se confond avec l'étude de la blépharoplastie.

Dans certains cas cependant, lorsque la cicatrice est peu étendue, on pourrait avoir l'idée d'employer le procédé de Sanson repris par Wharton Jones. Mais il expose à la récurrence.

(1) A. WEBER, *Annales d'ocul.*, 1875.

D'autres fois, la *tarsorrhaphie* seule, pratiquée après incisions libératrices, rend des services, mais il faut attendre, avant de pouvoir désunir les paupières, que l'action rétractile du tissu cicatriciel soit terminée, après deux ou trois ans.

BLÉPHAROPLASTIE. — On refait une paupière avec des lambeaux

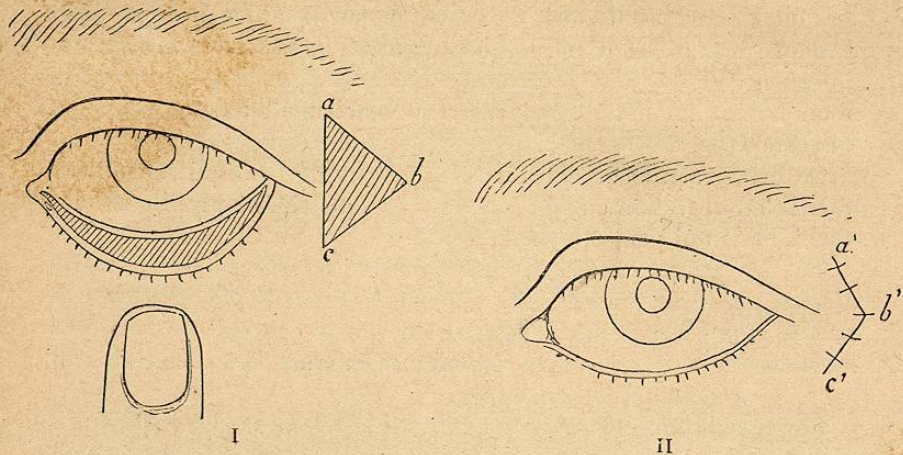


Fig. 12. — Procédé de A. Terson. — I, excision; II, réunion. — *a, b, c*, résection cutanée; *a', b', c'*, sutures.

cutanés pris sur le sujet lui-même (autoplastie), soit (hétéroplastie) sur un autre sujet humain ou animal (grenouille, etc.).

Autoplastie. — L'autoplastie sera exécutée en prenant le lambeau à côté de la *cicatrice* (méthode indienne et méthode française), ou à distance (autoplastie à distance et méthode italienne).

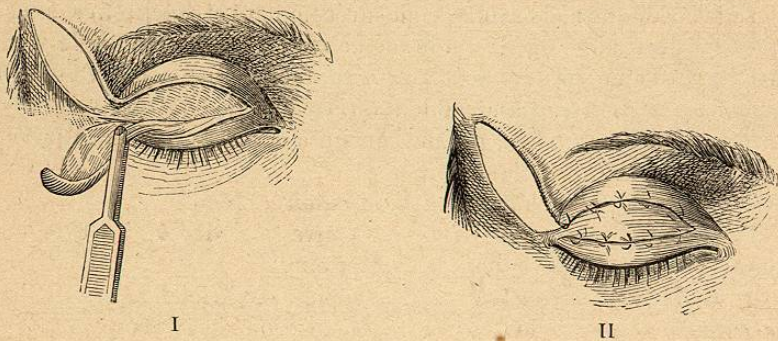


Fig. 13. — Blépharoplastie à pédicule. — I, incision; II, réunion.

La blépharoplastie indienne à pédicule (C. Graefe, Dzondi, Fricke) (fig. 13) consiste, après large incision au milieu de la cicatrice et tarsorrhaphie (Mirault, Walther), à faire pivoter un lambeau à pédicule pas trop étroit, *inférieur* s'il s'agit de la paupière supérieure, et *supérieur* s'il s'agit de la paupière inférieure, et à le suturer

à la place restée libre; ce lambeau, qui doit comprendre les tissus jusqu'au-dessous de l'orbiculaire, sera d'un quart plus large que l'espace à remplir; sa forme et son siège varient avec chaque cas particulier (fig. 14) et ne sont que des applications des principes (formes des lambeaux, incisions libératrices, etc.) de la *chirurgie autoplastique générale*. Les sutures seront faites avec de la soie fine.

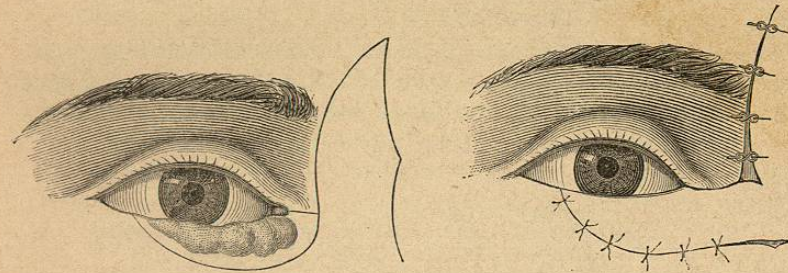
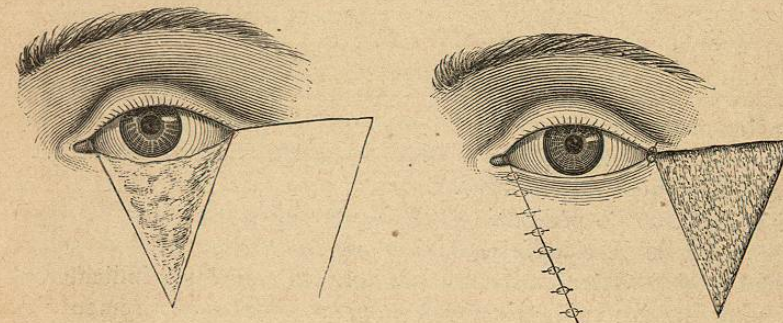


Fig. 14. — Restauration de la paupière inférieure.

On évitera de se servir, pour former le lambeau, de tissu cicatriciel qui n'a pas de solidité ni de vitalité suffisantes. Dans les cas où presque toute la peau de la face est cicatricielle, il faudra donc recourir à l'*autoplastie à distance*. Dans les cas où la paupière est le siège d'un épithélioma, on peut aussi, après ablation de la tumeur,



Tracé du lambeau après excision de la tumeur. Mise en place du lambeau.

Fig. 15. — Procédé par glissement.

pratiquer la méthode de Celse, appelée aussi *française*, par *glissement* (fig. 15), à laquelle on peut quelquefois associer un échange de lambeau (Denonvilliers, fig. 16). On est souvent obligé, si la perte de substance est trop grande, de greffer un lambeau pris au bras, sur l'emplacement qu'occupait le lambeau déplacé. Dans ces conditions, cette méthode donne des résultats excellents, sans la torsion du pédicule qu'entraîne la méthode indienne, et dans des cas (surtout à la paupière inférieure), où elle serait inapplicable.

Lorsqu'une paupière entière, surtout l'inférieure, est détruite, si la méthode par glissement est inapplicable, on pourra utiliser la paupière restante (Denonvilliers) dont on suture le bord avivé, et on fenètre horizontalement le voile tendu au devant de l'œil. Dans les cas où la perte de substance est tellement considérable qu'on ne peut songer à une des autoplasties précédentes dont les lambeaux n'auraient pas la solidité nécessaire, on doit préférer la méthode italienne. (Tagliacozzi, Berger, Abadie.)

Dans l'autoplastie à distance (Le Fort), le lambeau est pris de préférence sur le même sujet à la face interne et inférieure du bras, deux fois plus grand que la place à recouvrir, *dégraissé* soigneusement avec la pince et les ciseaux et fixé par de nombreuses sutures à la

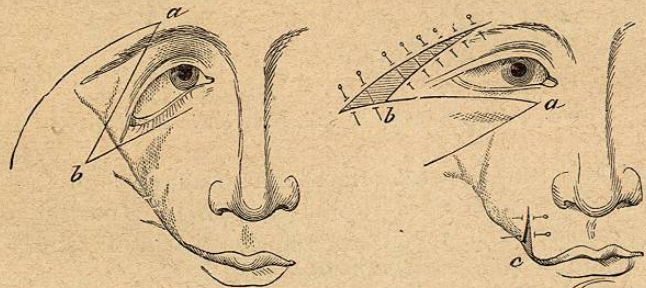


Fig. 16. — Méthode par échange de Denonvilliers: a, angle du lambeau cutané qui doit être placé sur la paupière inférieure; b, angle du lambeau qui doit remplacer le précédent en échange.

soie au niveau de la paupière ectropionnée préalablement suturée par tarsorrhaphie; s'il s'agit, non de refaire une paupière, mais d'épidermiser seulement une surface, les greffes *dermo-épidermiques* (Reverdin, Thiersch) suffiront.

L'autoplastie à pédicule est la seule qui donne des résultats immuables, si la cicatrisation s'est effectuée sans encombre; les autres modes d'intervention, qui gardent du reste leurs indications, ne sont que des méthodes d'*exception*, qui n'ont que rarement des résultats suffisants et définitifs: car le lambeau ectopie constitue une sorte de corps étranger qui s'élimine et est absorbé sans cesse. (Garré.)

On se rappellera enfin que dans les cas de lésions osseuses, la *restauration du rebord osseux de l'orbite* est la première indication à remplir pour la réussite de l'opération cutanée.

3° *Symlépharon*. — Le symlépharon est constitué par la soudure anormale de la face profonde des paupières au globe oculaire (fig. 17). On réserve le nom d'*ankyloblépharon* à la soudure des bords palpébraux. Ces adhérences pathologiques sont consécutives soit à de graves ulcérations (diphthérie, pemphigus), soit à des traumatismes

(brûlures). Certaines opérations (ptérygion) peuvent l'entraîner. Pour supprimer pendant la cicatrisation des brûlures la tendance au symlépharon, on pourrait croire *à priori* que les onctions de vaseline et l'application fréquente d'une coque de verre empêchent la bride de se produire. Le tissu cicatriciel se forme progressivement avec une puissance que rien n'arrête à coup sûr. Aussi ne doit-on jamais porter le pronostic d'une brûlure avant d'avoir revu le malade plusieurs mois après.

En présence d'une seule bride, l'incision suffit quelquefois, à condition de la faire suivre immédiatement d'une suture minutieuse au catgut. Le procédé de Fabrice de Hilden, de Himly (passage d'un fil métallique qui coupe peu à peu la bride) est immédiatement suivi de récédive plus cicatricielle encore.

Dans les cas de plusieurs brides, tous ces procédés sont insuffisants, même les autoplasties par glissement de lambeaux conjonctivaux (procédé de Teale). Les greffes de muqueuse humaine ou animale peuvent être entreprises; néanmoins elles échouent presque toujours, si elles ne sont pas pédiculées.

Enfin on a doublé avec de la *peau*, la face cruentée de la paupière, soit avec un lambeau pris à distance, soit par autoplastie à pédicule, passant par un orifice pratiqué en pleine paupière (Samelsohn, Panas, de Laperonne). Tous ces lambeaux de formes différentes peuvent donner un résultat immédiat; mais ils entraînent quelquefois les plus graves ulcérations cornéennes, et il est jusqu'ici permis de douter qu'ils aient un résultat plastique durable. On en est réduit à considérer la cure du symlépharon comme un des problèmes les plus décevants de la chirurgie oculaire.

Anomalies congénitales. — Les anomalies congénitales des paupières sont:

1° La *cryptophtalmie*, occlusion totale des paupières recouvrant le globe, ou quelquefois son emplacement, car l'œil peut être absent.

2° L'*ablépharie*, ou seulement la *brièveté* congénitale des paupières.

3° Le *coloboma* unilatéral ou bilatéral, quelquefois affectant les deux paupières d'un même œil; explicable par l'interposition ou les adhérences de brides amniotiques pendant la vie intra-utérine.

4° L'*ankyloblépharon*, l'*entropion* et l'*ectropion congénital* avec déviation totale ou partielle du bord ciliaire et des cils.

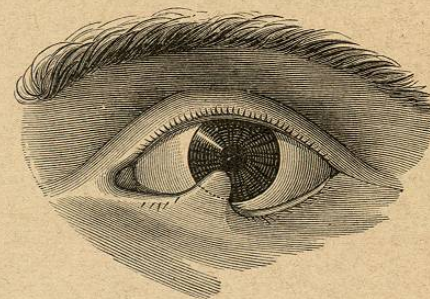


Fig. 17. — Symlépharon.

5° Les *kystes dermoïdes*, plus fréquents au niveau de la *queue du sourcil*, mais pouvant exister aussi sur divers points du territoire palpébral et prélacrymal. Ces kystes, ayant la structure classique avec contenu mastique et inclusion de poils, ou même un contenu *huileux*, passent souvent inaperçus jusqu'à l'époque de la puberté. Il faut se garder de confondre ces kystes sous-cutanés avec des kystes dermoïdes franchement orbitaires. Le seul traitement est l'extirpation totale, toujours un peu laborieuse à cause des adhérences profondes; cette opération, si simple en apparence, est plus particulièrement de celles qu'on ne doit pas faire à la légère et sans une assistance suffisante. M. Valude a proposé de crever et vider le kyste, pour faciliter la dissection de la poche.

6° Les *paupières supplémentaires*, simulant des replis semi-lunaires, ordinairement externes et rappelant les inclusions dermoïdales des lipomes conjonctivaux.

7° L'*épicanthus*, existant à l'état physiologique, dans certaines races (Mongols), et que des ostéites syphilitiques créent chez l'adulte, d'où une variété acquise. La lésion est presque toujours bilatérale, excepté dans le cas de von Ammon.

8° La *blépharoptose congénitale*.

Le traitement est le même que pour les lésions acquises (entropion,

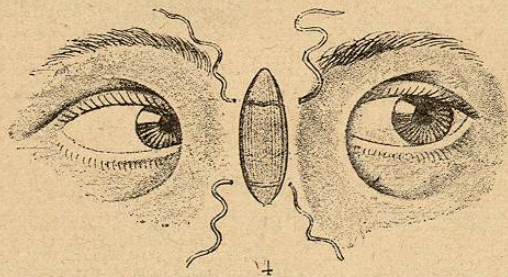


Fig. 18. — Opération de l'épicanthus congénital.

ectropion, blépharoptose, colobomes artificiels, etc.). Pour l'épicanthus, la *rhinorrhaphie* (von Ammon) (fig. 18) aura raison de cette difformité, sans qu'on soit obligé d'en venir à l'excision des replis eux-mêmes (Arlt). On attendra après quinze ans pour faire l'opération, le développement du nez pouvant diminuer spontanément l'étendue de la lésion.

AFFECTIONS DE LA CARONCULE.

La caroncule n'étant, comme nous avons essayé de le démontrer (1), qu'un débris atrophié du *bord ciliaire*, on doit décrire ses affections,

(1) A. TERSON, *Arch. d'opt.*, 1893.

non point avec la conjonctive, mais, après celles du bord ciliaire dont elle n'est qu'une partie isolée par la fourche des canalicules lacrymaux. La présence d'une ou plusieurs glandes lacrymales (Krause, Stieda, A. Terson), analogues aux glandes acino-tarsales, peut donner à sa pathologie une physionomie spéciale.

Ces glandes lacrymales sont l'origine d'adénomes kystiques, quelquefois du volume d'un pois (Schirmer). On observe aussi, dans la région de la caroncule et du pli semi-lunaire, des dermoïdes, des fibro-lipomes, des papillomes, des sarcomes et des épithéliomes, quelquefois mélaniques, des angiomes envahissants, et, à côté de ces tumeurs primitives, l'épithélioma des paupières atteint souvent secondairement la caroncule.

Leur traitement est celui des tumeurs conjonctivales et palpébrales.

Les glandes pilo-sébacées de la caroncule peuvent devenir le siège de *furoncles*. L'encanthis inflammatoire (Arlt, de Wecker, Galezowski, A. Terson), n'est que l'*orgelet* de la caroncule, qui, plus ou moins développé et entraînant du chémosis, peut succéder à un orgelet ciliaire par inoculation de voisinage et être causé comme lui par le *Staphylococcus albus*. Il y a là une preuve de plus pour la similitude de la caroncule et du bord ciliaire.

L'ouverture au bistouri entraîne la guérison rapide de l'orgelet caronculaire.

Le chancre syphilitique a été observé dans cette région. Il en est de même de *calculs* analogues aux infarctus méibomiens.

On traitera le *trichiasis caronculaire*, par ablation de la caroncule, cette ablation est sans danger, et on peut la pratiquer toutes les fois que la région est envahie par des processus où l'infection peut s'éterniser (trachome) ou si elle est hypertrophiée au cours des dacryocystites chroniques.

II

MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

L'appareil lacrymal comprend un appareil de sécrétion, une cavité de réception, un appareil d'excrétion. Les maladies de la cavité de réception sont celles de la conjonctive. Nous examinerons d'abord les affections portant sur les glandes lacrymales.

GLANDES LACRYMALES.

Les glandes lacrymales se divisent en trois groupes susceptibles d'altérations diverses ayant la plus grande ressemblance avec les affections des glandes salivaires : la *glande orbitaire*, la *glande palpé-*