

Destruction des bulbes.	} par cautérisation simple.....	{ Avec crayon de potasse caustique.....	Solera.
		{ Avec épingles chauffées à blanc.....	Carron, Fano.
	} par d'autres agents	{ Inoculation du tartre stibié.....	James Hunter.
		{ Application du sulfure sulfuré de calcium.	Duval.
Excision d'un lambeau transversal cutané de la paupière.....		{ Celse. Anagnostakis.	
Extirpation des bulbes.	} En ménageant la peau du bord libre.....	{ Vacca. Deroubaix.	
		{ Extirpation d'une partie de l'épaisseur du bord palpébral.....	Flarer.
Extirpation de toute l'épaisseur de la marge palpébrale.....			Heister, Jæger.

*Appréciation.* Lorsque le trichiasis est borné à quelques cils seulement, l'arrachement, répété à intervalles, des poils déviés est la méthode la plus simple. La déviation porte-t-elle sur une plus grande étendue, l'excision d'un lambeau cutané transversal, par la méthode de Celse, mérite la préférence. On réservera pour les cas rebelles, soit la cautérisation du bord libre de la paupière, soit l'excision partielle ou même totale de ce bord. L'extirpation des bulbes, en ménageant la peau qui les recouvre, est une opération très-laborieuse et très-longue.

## ARTICLE X.

## Ectropion.

On donne le nom d'ECTROPION au renversement des paupières en dehors; on l'appelle encore *éraiement* des paupières. On ne le confondra pas avec la *lagophthalmie* ou le raccourcissement simple de ces voiles (p. 871).

**Variétés.** L'ectropion atteint le plus souvent la paupière inférieure; plus rarement la supérieure, ou les deux voiles à la fois. Tantôt le renversement occupe toute l'étendue transversale de la paupière (ectropion *général*); tantôt il n'en affecte qu'une portion (ectropion *partiel*). Le voile est plus ou moins renversé en dehors: si le cartilage tarse est seulement déjeté en avant, que le bord libre est un peu écarté du globe, au point de laisser à découvert une partie de la conjonctive palpébrale, l'ectropion est au *premier degré*. Le cartilage tarse est-il devenu horizontal, de vertical qu'il est dans l'état normal; la face postérieure de ce cartilage est-elle tournée en haut, s'il s'agit de la paupière inférieure, et en bas, si c'est la paupière supérieure, l'ectropion existe au *second degré*. Quelquefois le cartilage tarse est entièrement basculé, c'est-à-dire que la face postérieure ou conjonctivale est tournée directement en avant, tandis que le bord libre est tourné en haut, pour la paupière supérieure; en bas, pour la paupière inférieure; l'ectropion est alors au *troisième degré*. On conçoit que les trois degrés peuvent se rencontrer simultanément sur la même paupière.

Toutes les fois qu'il existe un ectropion, on trouve certaines modifications dans la structure de la paupière affectée, subordonnées à la cause qui a donné lieu à la production de la difformité. Si celle-ci a été occa-

sionnée par une lésion du tégument externe, la peau est plus courte, ou présente des brides de tissu inodulaire circonscrites à l'épaisseur de cette membrane, ou adhérentes aux parties subjacentes, aux os du voisinage. La peau peut être saine, pendant que la conjonctive au contraire est considérablement tuméfiée, épaissie, inégale, rouge et même fongueuse. Parfois le cartilage tarse s'est allongé, est devenu plus mou et a perdu son élasticité. Le bord ciliaire de la paupière a conservé ses caractères normaux ou est lui-même déformé, irrégulier, dépourvu de cils.

**Causes.** L'ectropion peut être la conséquence d'une inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. La conjonctive tuméfiée repousse la paupière en dehors, à la manière d'un coin. Si la muqueuse revient à son volume primitif, la paupière reprend sa place, après avoir été distendue; mais si les accès se répètent, si surtout la conjonctive demeure boursoufflée, la paupière cesse de se trouver en contact avec l'œil; son bord libre reste plus ou moins éloigné de cet organe. Cette dernière variété d'ectropion a été appelée ectropion *sarcomateux*, en raison de l'hypertrophie, de l'épaississement de la conjonctive qui l'accompagne. On l'observe aussi à la suite de granulations palpébrales volumineuses. Les changements dans la conformation du cartilage tarse, c'est-à-dire l'allongement et l'épaississement de ce cartilage, signalés par Rosas et Reil, occasionnent plus fréquemment l'ectropion que l'ectropion. On a attribué au muscle orbiculaire des paupières la faculté de donner lieu à un ectropion, à la condition toutefois que les fibres soient disposées, par rapport au tarse, de façon que les plus nombreuses et les plus courtes soient placées vers le bord adhérent du cartilage. Phillips a observé l'ectropion spasmodique à la suite de convulsions. Il y a tout lieu de supposer que, dans ces cas, le faisceau *orbitaire* du muscle s'est hypertrophié, à l'inverse de ce qui se passe dans l'ectropion spasmodique, où l'hypertrophie porte sur le faisceau *palpébral*. (Voy. p. 882.)

La *paralysie* de l'orbiculaire produit à son tour un ectropion peu marqué, et caractérisé surtout par le renversement des points lacrymaux en dehors et le larmolement qui en est la conséquence. L'ectropion des sujets avancés en âge, ou ectropion *sénile*, est principalement attribué à cette cause.

Les lésions de toute espèce de la peau des paupières sont une cause fréquente d'ectropion. Une phlegmasie chronique de cette membrane, consécutive à une simple conjonctivite, à une blépharite ciliaire, suffit pour entraîner en bas et en avant le bord libre de la paupière inférieure, pour dévier le point lacrymal correspondant et déterminer du larmolement. Chez les enfants, les phlegmasies oculo-palpébrales peuvent occasionner des ulcérations de la paupière inférieure et de la joue; après la cicatrisation de la plaie, la paupière inférieure demeure parfois raccourcie et attirée en bas. Ce sont surtout les solutions de continuité avec perte de substance de la région palpébrale et des régions voisines qui donnent lieu à l'ectropion. On l'observe notamment à la suite de brûlures à divers degrés; de la pustule maligne; des ulcères syphilitiques; de la variole confluente, alors que les pustules suppurent longtemps; du lupus scrofuleux; du cancer; de



plaies accidentelles ; de fistules symptomatiques de carie de l'orbite, etc. L'ectropion *cicatriciel* est moins fréquent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, parce que, dans la première, la couche cutanée est plus ample et peut par conséquent subir une perte de substance plus considérable, sans que le bord libre soit entraîné vers le bord adhérent au point de se renverser en dehors.

**Symptômes.** L'ectropion est facile à reconnaître, en tenant compte des rapports que présente le bord libre de la paupière par rapport au globe. Dans ce cas, en effet, ce bord libre, au lieu d'être appliqué à la surface du bulbe, s'en éloigne plus ou moins ; la muqueuse palpébrale, cachée dans l'état normal, apparaît dans une plus ou moins grande étendue de sa surface, d'après le degré de la maladie. Dans l'ectropion *sarcomateux*, tantôt la muqueuse palpébrale offre un aspect granulé ; tantôt un bourrelet fongueux, pourvu de végétations de dimensions variables, confluentes ou discrètes. Lorsque l'ectropion occupe à la fois les deux paupières, la conjonctive se présente sous la forme d'un anneau, au centre duquel le bulbe est enchâssé. Dans l'ectropion de la paupière supérieure, le gonflement de la conjonctive atteint quelquefois des proportions telles, que la muqueuse forme une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, s'étendant jusque sur la joue et repoussant la paupière en dehors. Dans l'ectropion par ampleur trop grande du tarse, on reconnaît qu'il existe entre le globe et la face postérieure de la paupière un espace en forme de nid de pigeon ; on peut pincer entre les doigts une portion plus ou moins large de toute l'épaisseur de la paupière, et en diminuant ainsi l'étendue transversale de cette dernière on rétablit les rapports de contiguïté entre la paupière et l'œil. L'ectropion qui résulte d'une paralysie de l'orbiculaire est caractérisé par l'impossibilité qu'éprouve le patient de rapprocher les paupières l'une de l'autre. L'ectropion *cicatriciel* se reconnaît à la présence de brides, de tissu inodulaire dans l'épaisseur de la peau.

Toute espèce d'ectropion donne lieu, indépendamment de la difformité qui accompagne le déplacement de la paupière, à des troubles fonctionnels. Les larmes s'écoulent sur la joue ; la muqueuse oculaire, cessant d'être suffisamment abritée, s'enflamme, sécrète un liquide âcre et irritant, qui excorie la peau avoisinante et produit des ulcérations. Celles-ci sont remplacées par de petites cicatrices, qui, en raccourcissant le tégument externe, augmentent encore l'extroversion de la paupière.

Abandonné à lui-même, l'ectropion reste stationnaire ou augmente même, suivant la cause qui a donné lieu à sa production. Ainsi, la paupière a-t-elle été renversée légèrement par suite de la formation d'une bride cicatricielle, la conjonctive, exposée au contact de l'air, ne tarde pas à s'injecter ; puis elle se boursoufle, et ne trouvant plus assez de place pour se loger entre le globe et la paupière, elle augmente le degré de renversement de cette dernière. Il en est le plus souvent de même de l'ectropion produit dans le principe par la tuméfaction de la conjonctive ; la phlegmasie, se propageant à la peau de la paupière, fait rétracter le tégument externe et attire le bord libre du voile plus en dehors.

**Pronostic.** L'ectropion est une difformité d'autant plus choquante, que le renversement de la paupière est plus marqué. Lorsqu'il est arrivé à un certain degré, l'œil n'est plus suffisamment abrité ; la conjonctive bulbaire, la cornée s'enflamment, et la vision est plus ou moins compromise.

**Traitement.** Il varie d'après l'espèce d'ectropion, c'est-à-dire d'après la cause qui a donné lieu au renversement de la paupière.

**1° Ectropion par inflammation aiguë de la conjonctive.** On combat l'état phlegmasique de la muqueuse par l'application de sangsues, les collyres astringents, les dérivatifs sur le canal intestinal, des scarifications sur la conjonctive. Après que le gonflement a diminué, on procède à la réduction de l'ectropion, en saisissant la paupière entre le pouce et l'index de chaque main, pour exprimer le liquide infiltré dans l'épaisseur du voile ; en abaissant brusquement le bord libre vers le globe, et en refoulant en même temps en arrière la conjonctive herniée. Si ces moyens échouent, on extirpe une portion de la conjonctive malade, comme dans l'ectropion sarcomateux. Si on parvient, au contraire, à ramener la paupière à sa situation normale, on l'assujettit par un bandage contentif approprié, afin de prévenir un nouveau déplacement.

**2° Ectropion sarcomateux.** On a proposé divers moyens : le plus simple consiste à scarifier la muqueuse pour en diminuer le boursoufflement. Ou bien on cautérise la muqueuse palpébrale avec le crayon de pierre infernale de manière à faire une escarre superficielle. Ce dernier procédé est insuffisant quand la paupière est fortement déviée, qu'il existe un bourrelet muqueux très-proéminent, dur, et avec des végétations volumineuses. Il faut alors pratiquer l'*excision* d'une portion de la muqueuse, en se servant de pinces à griffes, pour soulever le bourrelet conjonctival, et de ciseaux. L'hémorragie consécutive s'arrête d'elle-même. Le pansement consiste en compresses imbibées d'eau fraîche, appliquées pendant deux ou trois jours, en même temps qu'on recommande au patient de plonger l'œil, plusieurs fois par jour, dans une solution astringente.

Ni la cautérisation de la conjonctive ni l'excision de cette membrane ne suffisent, quand l'ectropion sarcomateux est de date ancienne, et que, par suite de cet état de choses, la paupière a été allongée transversalement. Il faut alors raccourcir le voile dans ce sens ; ce que l'on obtient par l'un des procédés suivants :

**Procédé de W. Adams.** Il consiste à faire une perte de substance, en forme de V, à base correspondant au bord libre de la paupière, à sommet tourné vers le cul-de-sac conjonctival, en comprenant dans l'ablation du lambeau toute l'épaisseur des parties molles du voile. On arrive à ce résultat, soit en se servant du bistouri et des pinces seulement, ce qui nécessite une dissection longue ; soit en employant des pinces et des ciseaux droits ou à bec de grue, ce qui est plus expéditif.

Supposons un ectropion de la paupière inférieure (fig. 168, p. 896). Avec les pinces tenues de la main gauche, le chirurgien saisit le bord de la paupière renversée et l'attire en avant. De la main droite, il prend les ciseaux, en



engage une lame entre le voile et l'œil jusqu'au cul-de-sac conjonctival, pendant que l'autre lame est mise en rapport avec la peau ; il exécute alors de haut en bas, et de droite à gauche, la section suivant la ligne *cb* (fig. 168), qui comprend du même coup toute l'épaisseur de la paupière, en tombant sur la conjonctive d'après la ligne *cf*. Une autre section est faite de la même manière, soit de haut en bas, soit de bas en haut, suivant la ligne *ba* et *ea*.

L'essentiel est que les deux incisions se rencontrent toujours, de façon à former un angle aigu à base correspondant au bord libre de la paupière, à sommet tourné vers

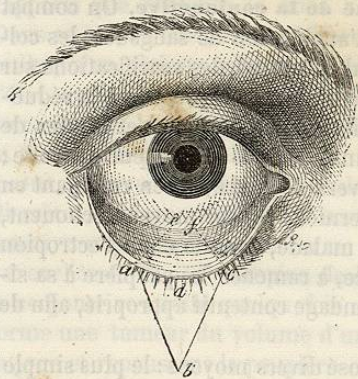


Fig. 168.

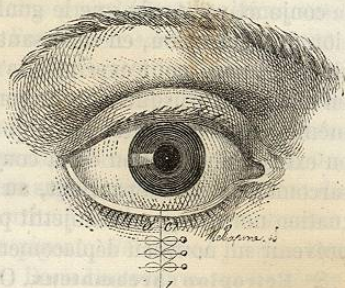


Fig. 169.

le cul-de-sac conjonctival. Les lèvres de la perte de substance sont réunies par la suture entortillée (fig. 169). Le procédé d'Adams est bien préférable à celui de Dieffenbach, qui consiste à faire une perte de substance triangulaire aux téguments de la région temporale au voisinage de la commissure externe. (Voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 418.)

3° **Ectropion par maladies de l'orbiculaire.** Si l'orbiculaire est paralysé, on fait pratiquer, sur la peau de la paupière, des onctions avec des substances stimulantes ; on peut aussi essayer l'électrisation. Lorsque ces moyens échouent, il faut se borner à un traitement palliatif, consistant à préserver l'œil du contact des particules en suspension dans l'atmosphère, en faisant porter constamment des lunettes appropriées, et à combattre l'hyperhémie conjonctivale par des topiques astringents. J.-F. France a pratiqué, dans ces cas, une opération qui lui a fourni deux succès, et qui consiste à rafraîchir le bord libre des deux paupières, dans le sixième externe de leur étendue, pour réunir ensuite les plaies. Si l'ectropion est la conséquence d'un spasme de l'orbiculaire, on administre à l'intérieur des antispasmodiques, en même temps qu'on fait sur la paupière des applications locales de morphine ; Cunier a conseillé de pratiquer la *section sous-cutanée* des fibres de l'orbiculaire placées au delà du bord adhérent du tarse.

4° **Ectropion par raccourcissement de la paroi externe de la paupière.** Si l'ectropion est occasionné par une inflammation chronique de la paupière, on combat celle-ci par des topiques émollients, en même temps qu'on institue une médication appropriée aux lésions concomitantes de la conjonctive ou des glandes palpébrales. Lorsque l'éversion de la paupière

est le résultat d'une cicatrice de la peau, et que la déviation est légère, on arrive parfois à la faire disparaître, en pratiquant l'excision d'une portion de la conjonctive palpébrale, qui, dans ce cas, est généralement boursoufflée (Bordenave). Lorsqu'il existe une bride cicatricielle, l'*incision transversale* de celle-ci (Celse) avec dissection même des lèvres de la plaie est insuffisante ; à mesure que la cicatrice se fait, la paupière est de nouveau attirée en bas. On a plus de chance de réussir, en maintenant écartées les lèvres de la plaie, soit avec de la charpie, soit avec un petit cylindre de plomb, ou tout autre corps étranger, en même temps que l'on tend les paupières avec des bandelettes agglutinatives appliquées sur le front ou sur la joue, selon que l'on veut agir sur la paupière inférieure ou sur la supérieure. Sédillot, pour obtenir une cicatrice large, recommande de chercher à provoquer la formation de bourgeons charnus, nombreux et épais, par des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, et particulièrement la teinture de cantharides.

Lorsque l'ectropion est plus prononcé, que la paupière est devenue plus large, on peut appliquer le procédé de W. Adams (p. 895), ou bien encore ajouter, à l'excision d'un fragment en V de la paupière, la division de la peau de la joue dans l'étendue de 4 centimètres, par une incision concentrique au bord de l'orbite. Si on agit sur la paupière inférieure, après avoir réuni les bords de la perte de substance en V par la suture entortillée, on attire en haut le fil de cette suture, et on le fixe sur le front par des bandelettes agglutinatives. Les bords de la plaie de la joue sont maintenus écartés par une lame de plomb (Græfe). On conçoit également qu'on peut combiner la méthode de Celse avec celle de Bordenave.

**Procédé de Warthon Jones. Autoplastie par glissement.** On fait partir de chacune des commissures une incision (*ac, bc*, fig. 170) ; les deux se

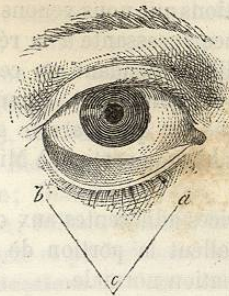


Fig. 170.

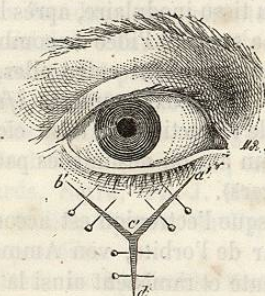


Fig. 171.

réunissent en V, à 1 centimètre environ au-dessous ou au-dessus du bord libre de la paupière, suivant qu'on opère un ectropion de la paupière inférieure (fig. 170) ou de la supérieure. L'incision ne comprend que la peau et le tissu cellulaire subjacent. On dissèque le lambeau triangulaire *acb* à un degré suffisant pour obtenir le retour de la paupière à sa situation nor-



male. Lorsque le voile a repris sa place (fig. 174), il existe à la place même qu'occupait le lambeau une perte de substance en forme d'Y. On réunit par la suture la branche *c'd* et les deux branches obliques *b'c'*, *a'c'* (fig. 174) de cette plaie.

Dans l'impossibilité où nous sommes, en raison des limites imposées à ce traité, de rapporter en détail les autres procédés, que l'on trouvera exposés longuement dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 424 et suiv., nous nous contenterons de mentionner le procédé de Walther (de Munich) et de Ledran, applicable à l'*ectropion simultané* des deux paupières, au niveau de la commissure seulement : il consiste à aviver le bord correspondant des cartilages tarse pour réunir ensuite les lèvres cruentes par la suture; le procédé de Gensoul consistant à exciser un lambeau losangique à grand diamètre vertical, aux dépens des téguments de la paupière, pour réunir ensuite les lèvres de la plaie par une suture *verticale*. Dieffenbach va chercher, à travers une incision de la base de la paupière, le bord adhérent du cartilage tarse; il le ramène dans la plaie où il le fixe par la suture entortillée; il espère ainsi obtenir le redressement de la paupière. C'est une illusion : le redressement du cartilage tarse n'est que temporaire, et le tissu inodulaire, se rétractant de nouveau, entraîne bientôt en bas le bord libre de la paupière.

Lorsque l'*ectropion* a succédé à une perte de substance tellement considérable que le bord libre est bridé contre le rebord osseux de l'orbite, Jøger veut qu'on allonge le diamètre vertical de la paupière devenu trop court et qu'on diminue l'étendue du bord ciliaire devenu trop long. On remplit la première indication, en *décollant les parties molles des surfaces osseuses subjacentes*; la seconde, en *excisant un lambeau de la paupière en forme de V*.

La difficulté de s'opposer, dans les cas de cicatrices étendues, à la rétraction du tissu inodulaire, après les diverses opérations que nous venons d'exposer, a suggéré l'idée de combattre cette tendance incessante à la rétraction, en réunissant entre elles, par leur bord libre, pendant un certain temps, les deux paupières (*fusion temporaire des paupières*). Quand la force de rétraction du tissu cicatriciel est épuisée, ce qui n'arrive guère avant un an, on désunit les paupières. Cette méthode appartient à Mirault (d'Angers).

Lorsque l'*ectropion* est accompagné de cicatrices adhérentes aux os du contour de l'orbite, von Ammon et Wilde décollent la portion de peau adhérente et ramènent ainsi la paupière à sa situation normale.

Lorsque la cicatrice n'est pas très-étendue, on circonscrit, par une incision, la cicatrice profondément enfoncée; on la laisse adhérente à l'os, et on détache les téguments tout autour, afin de mettre la paupière en liberté et de permettre au malade de fermer l'œil. On réunit la plaie par-dessus l'ancienne cicatrice. De cette façon, on allonge la paupière. Il ne reste qu'une cicatrice à peine apparente, et la dépression désagréable du contour de l'orbite est cachée (von Ammon).

Enfin, dans quelques cas, la paupière est détruite dans une hauteur et

dans une largeur telles, qu'on ne peut la reconstituer qu'aux dépens des tissus avoisinants, c'est-à-dire par la *blépharoplastie*.

Le tableau suivant donne une idée générale des diverses méthodes imaginées contre l'*ectropion* :

Ectropion sarcomateux.	{	Scarification.			
		Cautérisation de la muqueuse.			
		Excision de la conjonctive .....	Bordenave.		
	{	Perte de substance triangulaire de la paupière..	W. Adams.		
		Perte de substance triangulaire en dehors de la commissure.....	Dieffenbach.		
Ectropion par maladies de l'orbiculaire.....	{	Ankyloblépharon partiel.....	France.		
		Section sous-cutanée de l'orbiculaire.....	Cunier.		
Ectropion par raccourcissement de la paroi externe de la paupière.	{	Incision transversale de la bride cutanée.....	Celse.		
		Procédé d'Adams (voy. plus haut).			
		Procédé d'Adams et incision de la peau au bord de l'orbite.....	Græfe.		
		Autoplastie par glissement.....	Warthon Jones.		
		Tarsoraphie partielle.....	Walther.		
		Perte de substance losangique de la peau de la paupière.....	{		Ledran.
					Gensoul.
		Suture du cartilage tarse avec la peau.....	{		Dieffenbach.
					Jøger.
		Fusion temporaire des paupières.....	{		Mirault.
Décollement de la portion de peau de la paupière adhérente au pourtour de l'orbite.....	Von Ammon. Wilde.				

## ARTICLE XI.

## Blépharoplastie.

La blépharoplastie est l'art de restaurer les paupières, c'est-à-dire de remédier aux pertes de substance plus ou moins étendues que présentent ces voiles. Ce n'est guère que depuis une cinquantaine d'années qu'il en est question. Les premières opérations de ce genre ont été pratiquées, en 1817 et 1818, par Græfe et Dzondi. Un peu plus tard, en 1829, Fricke (de Hambourg), et Jüngken inventèrent des procédés particuliers. Langenbeck, Rust, Blasius, Dreyer, Staub, Peters, Dieffenbach et d'Ammon, en Allemagne; Blandin, Jobert, Carron du Villards, Serre, Ph.-J. Roux, en France; Riberi, Rizzoli, Regnoli, Alessi, en Italie; Hysern, en Espagne, ont varié et perfectionné les méthodes et les procédés.

**Indications de l'opération.** La blépharoplastie est applicable toutes les fois que les paupières ont été détruites en partie ou en totalité, à la suite de lésions de diverse nature. Elle convient, dans beaucoup de cas, dans le traitement de l'*ectropion* (voy. plus haut). On peut dire, d'une manière générale, que le succès est d'autant plus certain, que les difformités à réparer sont plus superficielles, c'est-à-dire que la destruction a ménagé une plus grande quantité de tissus profonds de la paupière. Lorsque le bord ciliaire existe, que le muscle orbiculaire, le cartilage tarse et la conjonctive sont restés intacts, on a de grandes chances pour rendre au voile sa forme