

traire comme un moyen de favoriser une plus prompte réunion. Aussi l'employons-nous sans aucune hésitation lorsque la plaie a une certaine étendue; on peut toujours, d'ailleurs, enlever les fils si une inflammation trop forte se déclare.

Le troisième ou le quatrième jour au plus tard, on retire les fils, en prenant toutes les précautions convenables pour ne point déchirer la réunion de la plaie, dont la cicatrice se cache dans les plis transversaux naturels de la paupière.

ARTICLE X.

ENTROPION, OU RENVERSEMENT DES PAUPIÈRES EN DEDANS.

Si le renversement des paupières en dedans n'est pas la cause d'une difformité aussi choquante que l'ectropion, il devient plus souvent que lui une cause active de maladies, et même de destruction du globe oculaire, par suite du frottement incessant des cils sur cet organe. Ce peu de mots suffit pour faire comprendre à tout praticien combien il importe de remédier promptement à une difformité dont les conséquences peuvent devenir si graves.

L'entropion est rarement congénial; cependant Ammon a vu une petite fille (atlas, pl. 2, fig. 15) qui en était atteinte aux deux paupières du côté gauche et à la paupière supérieure du côté droit, avec ectropion de la paupière inférieure; Otto a vu l'entropion sur un monstre sans yeux. (Voy. Cornaz.)

L'entropion se présente sous divers aspects, tantôt partiel ou général pour une seule paupière, selon qu'il affecte toute la continuité ou seulement une partie du bord libre, tantôt frappant à la fois les deux paupières d'un même œil, une paupière à chaque œil ou les quatre paupières ensemble; il peut dans tous ces cas revêtir la forme aiguë ou chronique, et, quant à sa durée, être temporaire ou permanent; on pourrait encore admettre, à l'exemple de quelques auteurs, un entropion traumatique.

ÉTILOGIE. — De même que l'ectropion, l'entropion reconnaît un grand nombre de causes que nous passerons succinctement en revue, pour en classer plus aisément les diverses variétés. Les unes proviennent d'une disposition particulière de la peau; les autres, et elles sont des plus communes, de la muqueuse. L'entropion peut survenir dans certaines maladies du tarse ou dans quelques

affections de l'orbiculaire, soit primitives, soit consécutives à des ophthalmies. Enfin quelquefois il est dû à la petitesse extrême du volume de l'œil ou à la présence de tumeurs qui repoussent en dedans le bord palpébral.

A. *Dispositions vicieuses de la peau.* — Le relâchement sénile de la peau (*entropion sénile*), surtout lorsqu'il existe à la paupière supérieure, formant un bourrelet pesant sur son bord libre, finit par la renverser en dedans, en quelque sorte mécaniquement. C'est une cause assez fréquente et qu'il me paraît opportun d'admettre malgré l'autorité de Himly. Le poids de la peau ne suffirait pas certainement pour produire le mal, et le muscle joue là un rôle actif; mais cela n'est que la conséquence de l'état morbide de la peau. Le mal débute donc par une cause mécanique. Il en est de même de l'*hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux*, particulièrement lorsqu'elle est portée à un haut degré, ainsi que de quelques cas exceptionnels de blépharites glandulaires avec épaissement énorme du bord palpébral. Les blessures avec perte de tissu, les cicatrifications vicieuses consécutives, soit à l'enlèvement de certaines tumeurs, soit à des affections charbonneuses, à des caries, des pertes de substance du rebord de l'orbite, à des brûlures, à la gangrène, etc., etc., provoquent aussi le renversement en dedans en diminuant la longueur du bord ciliaire, ou en le tendant transversalement outre mesure. Rien n'est plus facile dans les deux premiers cas (le relâchement sénile et l'hypertrophie du tissu cellulaire) que de ramener pour un moment la paupière déviée à sa direction normale, en saisissant avec les doigts un repli cutané suffisant; dans les autres circonstances, au contraire, des difficultés plus ou moins sérieuses empêchent la réduction. De là des procédés différents pour la guérison d'une maladie en apparence la même.

B. *Raccourcissement de la muqueuse.* — Le raccourcissement de la conjonctive consécutif à certaines ophthalmies, aux granulations, aux lésions traumatiques de tout genre, comme les blessures, les désorganisations chimiques, les cautérisations mal faites ou trop souvent répétées, les brides tendues entre les deux feuillets de la muqueuse (*symbléphon*), etc., jouent un rôle très important dans la production de la maladie qui nous occupe. Ainsi j'ai vu l'entropion apparaître après la cautérisation de la conjonctive pratiquée, pour la cure de l'ectropion, au moyen de l'acide sulfurique

et du nitrate d'argent ; j'ai observé le même résultat chez un homme à qui l'on avait jeté maladroitement du vinaigre au visage pendant une syncope ; non seulement il y avait chez lui entropion, mais encore symblépharon. Un grand nombre d'auteurs citent des faits semblables. L'entropion est encore le résultat d'opérations pratiquées sur la muqueuse pour l'enlèvement de tumeurs lorsque le chirurgien, trop préoccupé du désir d'aller vite, n'attend pas que le sang ne le gêne plus, et sacrifie de notables portions de conjonctive.

C. *Altérations et dispositions vicieuses du tarse.* — Les ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses du bord libre des paupières, les échancrures profondes du cartilage qui suivent ces maladies, les blépharites glandulaires chroniques, les trajets fistuleux des conduits des glandes de Meibomius, le chalazion, les tumeurs diverses siégeant sous la peau et perforant peu à peu le tarse, les opérations pratiquées pour les enlever, etc., etc., peuvent, en changeant la forme normale du cartilage, en amener le renversement et en diriger le bord libre vers le globe. Une simple incurvation sans ulcération, ou perforation aucune, est souvent provoquée elle-même par la contraction exagérée du muscle orbiculaire, remarque déjà faite par le professeur Rosas (*loc. cit.* t. II, p. 161, § 323). Cette variété d'entropion, selon nos propres observations, est plus fréquente à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, surtout chez les vieillards qui offrent un grand relâchement de la peau, circonstance due sans doute à ce qu'après la résorption du tissu cellulo-graisseux, les fibres de l'orbiculaire, entraînées par leur propre poids vers le bord libre, pressent uniquement sur celui-ci et le font bientôt basculer en arrière.

D. *Dispositions vicieuses de l'orbiculaire.* — Après les ophthalmies qui s'accompagnent d'une photophobie aussi intense que de longue durée, il est très commun de voir survenir l'entropion.

Cette maladie est-elle due plus fréquemment à un état purulent spasmodique de l'orbiculaire qu'à l'irritation de l'œil, qu'augmente souvent encore la déviation de quelques cils pendant les efforts que font les malades pour empêcher la lumière de pénétrer dans les yeux ? Telle est la question que semblent résoudre en sens inverse MM. Velpeau et Chélius. En effet, le professeur français nie que le spasme de l'orbiculaire soit aussi commun qu'on le dit,

tandis que le professeur de clinique chirurgicale de Heidelberg pense qu'il est aussi fréquent que digne d'attention.

Pour nous, il nous semble que tantôt le spasme est primitif, que tantôt, au contraire, il est consécutif à l'irritation chronique du globe oculaire, de sorte qu'il existe un lien commun entre ces deux affections. Ici, en effet, on voit, sur un œil sain la veille, apparaître tout à coup un entropion bientôt suivi d'une inflammation plus ou moins intense, déterminée par la présence des cils, et là, sur un œil photophobique depuis un temps très long, on constate l'existence de la même maladie du jour au lendemain. On voit donc, et cela se conçoit très facilement, que l'entropion est produit par le spasme seul ou par le spasme déterminé lui-même par l'inflammation chronique. Quant à l'irritation photophobique qui le précède ou le suit, elle entretient, en forçant les malades à fermer les paupières avec énergie, un état véritablement spasmodique de l'orbiculaire, état qui, par sa longue durée, peut déterminer la contracture de ce muscle et quelquefois l'incurvation du tarse. Cette dernière variété d'entropion apparaît, en général, chez les scrofuleux, souvent atteints d'ophthalmies compliquées de photophobie, chez quelques opérés de cataracte par abaissement ou par extraction ; tandis que la première attaque des individus exempts jusque-là de toutes les causes probables d'une maladie de cette nature. Nous avons opéré plusieurs cas de l'une et de l'autre espèce ; nous citerons, entre autres, les deux suivants :

Le rédacteur en chef du *Journal de Seine-et-Oise* fut tout à coup atteint, sans cause connue, d'un entropion de la paupière inférieure gauche ; le spasme de l'orbiculaire était tellement énergique, que la paupière enroulée sur elle-même en dedans renfermait complètement les cils, et qu'aucun d'eux ne touchait le globe. L'acide sulfurique, promené une seule fois sur la peau dans une large étendue, guérit complètement ce malade, qui, par pusillanimité, avait refusé l'excision d'un pli cutané.

Une personne âgée de soixante-dix à soixante-douze ans fut opérée par moi de la cataracte en présence du docteur de Solaville. Une inflammation peu intense, mais continue, ayant déterminé un peu de photophobie et une sensation de gêne, l'opérée prit l'habitude de fermer énergiquement les yeux à chaque instant, et bientôt survint un entropion gauche inférieur que j'opérai avec succès par l'enlèvement d'un large lambeau de peau, mais qui se reproduisit plus tard.

Dans le premier de ces deux cas, le spasme de l'orbiculaire était primitif, tandis qu'il était secondaire dans le second.

En dehors de ces deux causes, il en est une troisième dont nous parlerons au sujet de l'*ectropion*, et qui mérite d'être rappelée ici : c'est la disposition congéniale ou acquise des fibres de l'orbiculaire par rapport au bord libre de la paupière. Il est facile, en effet, de concevoir que plus un grand nombre de faisceaux musculaires seront rapprochés de ce bord, plus la disposition à l'entropion sera grande, surtout s'il arrive en même temps que l'ouverture des paupières soit petite et que le centre du même bord soit très élevé (en supposant qu'il s'agisse de la paupière inférieure), par rapport à une ligne tendue horizontalement d'un angle à l'autre. Ne peut-on pas admettre que le clignotement énergique fréquemment répété déplace à la longue vers le bord libre de nombreuses parties de l'orbiculaire, et augmente ainsi la force de ces fibres serrées si bien dessinées par Sæmmerring, et qu'Albinus nommait *muscle propre ciliaire* ?

E. *Enfoncement congénial ou acquis du globe dans l'orbite.* — *Atrophie du bulbe.* — Les yeux enfoncés dans l'orbite sont singulièrement prédisposés à la maladie qui nous occupe, très certainement parce que le globe n'offre pas une résistance suffisante à l'orbiculaire, et que la paupière a ainsi une tendance toute naturelle à se porter en arrière. Il est si vrai que cette disposition de l'œil contribue à produire l'entropion, qu'on le voit très souvent suivre de près les phthisies ou les atrophies du globe, et que l'application de l'œil artificiel devient un moyen de guérison aussi sûr que durable.

F. *Tumeurs placées dans le voisinage de la paupière ou sur cet organe.* — L'entropion peut être la conséquence de tumeurs qui pousseraient le bord libre en dedans. Il suffit de signaler cette cause sans entrer dans aucun développement.

CARACTÈRES DE L'ENTROPION. — Le renversement des paupières en dedans est quelquefois *partiel*, c'est-à-dire que dans ce cas le bord palpébral n'est tourné en dedans que dans une étendue plus ou moins grande. C'est ordinairement du côté de l'angle externe qu'a lieu ce renversement. Les cils sont alors dirigés sur le globe, et le tarse présente, dans l'endroit correspondant, une incurvation marquée, symptôme qui différencie l'entropion du trichiasis.

La portion de conjonctive bulbaire incessamment frottée par les cils est rouge, d'ordinaire dans une grande étendue, et présente quelquefois un épaissement notable. Les vaisseaux anormaux de cette membrane s'étendent assez souvent sur la cornée, et s'y terminent dans un épanchement interlamellaire, ou dans une ulcération de grandeur variable.

Au début, et lorsque l'inversion vient d'avoir lieu, le malade accuse une vive douleur dans l'œil, la croit occasionnée par la présence d'un corps étranger, se frotte l'œil sans relâche, exerce incessamment des mouvements de clignotement pour se débarrasser de ce qu'il nomme souvent *un grain de sable*, et finit bientôt, lorsque, par suite de ces mouvements répétés, la sensibilité de l'organe s'est exaltée, par fermer complètement les paupières, en maintenant sur elles la main ou un bandeau.

Si le malade n'a pas immédiatement recours aux soins du chirurgien, l'entropion *aigu* qu'il était d'abord, passe bientôt à l'état *chronique*, l'œil s'habitue au contact des poils, et à part une rougeur et un larmolement qui ne sont pas toujours très gênants, l'organe semble retrouver un repos que l'inflammation de la cornée viendra troubler de temps à autre, jusqu'au moment où se déclarera une violente ophthalmie qui pourra compromettre l'organe tout entier.

L'entropion *général*, beaucoup plus fréquent que l'entropion partiel, se caractérise par le renversement complet en dedans de toute la paupière. Comme le premier il survient brusquement et détermine le plus souvent le cortège de symptômes que nous avons décrits. Quelquefois cependant, de même que dans le cas rapporté plus haut, le malade ne s'en aperçoit point, parce que la paupière est tellement enroulée sur elle-même, que les cils, ne touchant point la muqueuse scléroticale qui se trouve en rapport immédiat avec la peau, ne déterminent aucune irritation du globe. Le malade cependant éprouve dans quelques uns de ces cas une certaine gêne à regarder les objets situés en haut ou en bas, selon que l'entropion est supérieur ou inférieur, probablement parce que le globe, exerçant sur la muqueuse un tiraillement assez grand en se tournant dans cette direction, déroule la paupière et met quelques cils en rapport avec la conjonctive bulbaire.

Dans tout entropion général, le diamètre vertical de l'ouverture palpébrale est notablement agrandi; c'est là une véritable difformité qui engage souvent les malades qui n'en souffrent pas à re-

courir au chirurgien. J'ai opéré tout récemment une jeune fille qui se trouvait dans ce cas : l'ouverture verticale de l'œil était très agrandie chez elle, parce que la paupière était complètement roulée sur elle-même, et que les cils ne touchaient nullement le globe.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — La marche de l'entropion n'a rien de déterminé : tantôt, surtout lorsqu'il est partiel et peu étendu, il demeure stationnaire pendant un temps fort long ; tantôt, au contraire, il atteint d'emblée son plus haut degré de développement du jour au lendemain, phénomène qu'on remarque surtout dans l'entropion spasmodique.

Lorsqu'il est développé, l'entropion ne se réduit point spontanément ; le secours de la chirurgie devient donc utile dans tous les cas. Nous ne parlons pas, bien entendu, de cet entropion occasionné par une ophthalmie avec photophobie de peu de durée qu'un traitement convenable fait bientôt disparaître.

Dès que la paupière est complètement renversée, l'entropion est arrivé à sa terminaison ; tout se bornerait donc là s'il ne devenait la cause de maladies très graves du globe oculaire. La conjonctivite et la kératite vasculaire d'abord, puis le pannus ; des épanchements interlamellaires, des ulcérations, la proci-dence de l'iris, l'oblitération partielle ou totale de la pupille, le staphylôme, la fonte purulente de l'organe en entier, sont autant d'affections que le contact des cils sur le globe peut produire et que j'ai vues. L'entropion peut donc être assimilé sous ce rapport au trichiasis.

PRONOSTIC. — Il est favorable ou grave, selon la cause, la durée, les complications diverses de la maladie. Ce n'est donc qu'au moyen de leur étude qu'on peut l'asseoir d'une manière solide.

TRAITEMENT. — Il est presque toujours chirurgical. Selon les diverses variétés d'entropion que nous avons décrites, on emploie : 1° les *antispasmodiques* ; 2° les *bandelettes agglutinatives* ; 3° les *ligatures* ; 4° la *compression* ; 5° la *cautérisation de la peau* avec le fer rouge ou l'acide sulfurique ; 6° l'*excision verticale ou transversale de la peau*, ou ces deux modes d'excision combinés ; 7° l'*excision de brides* fixant le bord de la paupière sur le globe ; 8° la *résection* d'une partie du tarse seul ou d'une portion de peau en même temps ; 9° l'*enlèvement d'une portion triangulaire* de

toute l'épaisseur de la paupière ; 10° la *section de l'orbiculaire* avec ou sans perte de substance ; 11° l'*enlèvement de certaines tumeurs* ; 12° l'*application d'un cil d'émail*, etc., etc. Tous ces moyens se rattachant aux diverses variétés d'entropion que nous avons décrites, nous nous occuperons des principaux dans le même ordre.

I. PROCÉDÉS APPLICABLES A L'ENTROPION PRODUIT PAR DIVERSES DISPOSITIONS VICIEUSES DE LA PEAU. — *Topiques astringents*. — *Bandelettes agglutinatives*. — *Compression*. Si le relâchement peu étendu de la peau a produit l'entropion, on ne doit pas perdre de vue que la maladie peut être entretenue par une disposition vicieuse des fibres de l'orbiculaire qui se rapprochent du bord libre et demeurent contractées de manière à le faire basculer en dedans. Si l'on essaie de réduire l'entropion en plaçant le doigt sur la paupière, on reconnaît que la plus légère pression suffit pour obtenir le redressement. On pourra essayer dans ce cas léger de faire disparaître le relâchement cutané par des fomentations souvent répétées de topiques astringents, tels que les solutions d'alun, de sulfate de cuivre, de zinc, de tannin, etc. Mais il conviendra d'aider ces moyens, pour les rendre plus sûrement efficaces, de l'application de bandelettes agglutinatives de diachylon gommé ou de taf-fetas d'Angleterre, qui auront pour effet de contre-balancer l'action des fibres de l'orbiculaire et de maintenir le tarse dans sa rectitude normale, en même temps qu'elles empêcheront l'œil de s'irriter par la présence des cils.

Il ne faudrait pas trop compter sur la seule application des bandelettes agglutinatives longtemps continuée dans le but d'éloigner les paupières du globe, malgré les succès rapportés par Fabrice d'Aquapendente, Scultet, Janin et Demours. Ce dernier auteur (1) cite un cas de guérison d'un entropion datant de quatre années, obtenue après vingt jours d'application de bandelettes gommées, et raconte qu'il eut occasion de revoir ce malade dix ans après, et qu'aucune rechute ne s'était manifestée. Il ajoute qu'un autre moyen imaginé par lui, dépendant du malade seul, et qui nous semble, à nous, mettre à une rude épreuve la volonté du patient, a quelquefois été suivi de succès. « Il faut, dit-il, que le malade consacre à cet essai trois jours et trois nuits, après lesquels on

(1) Demours, *Traité des malad. des yeux*, vol. I, p. 106.

l'abandonne s'il n'a pas réussi. Ordinairement il faut moins de temps. Le malade, en se plaçant en face d'une glace, écarte avec un de ses doigts la paupière affectée, en ayant soin de ne pas la laisser rentrer lorsqu'il est obligé de changer de position; car cet échec ferait perdre en grande partie le fruit du temps précédemment employé. Il faut qu'il reste la nuit assis dans son lit, ayant toujours son miroir devant lui, et qu'à son réveil, s'il a été obligé de céder au sommeil, il reprenne sa paupière. Je ne crois point que personne ait indiqué avant moi ce procédé, qui m'a souvent réussi. J'ai vu son succès dépendre de l'intelligence du malade et de son envie de guérir. J'en ai vu qui, pour ne pas lâcher leur paupière, ne prenaient que des aliments liquides. Au milieu de beaucoup d'autres exemples, je trouve dans mon journal celui d'une dame de soixante-dix ans qui était affligée de cette incommodité depuis quatorze ans, et qui en fut délivrée par ce procédé en deux jours et une nuit. Dans cet intervalle, elle ne se laissa aller au sommeil qu'une seule fois et ne dormit que deux heures (!) »

L'application des bandelettes est encore conseillée par Lawrence (1), Stœber (2) et Sanson (3); c'est un moyen la plupart du temps infidèle, et qui, de l'aveu des auteurs qui l'ont mis en pratique, n'est applicable que dans des cas très légers. Je l'ai vu souvent occasionner l'érysipèle.

On a encore essayé du redressement forcé de la paupière, soit au moyen de lunettes (Lawrence, *loc. cit.*, p. 275 et 276; Middlemore, p. 795) dont la monture exerce une compression suffisante sur l'organe malade, soit au moyen de fils traversant la peau (Wardrop, Kœhler selon Chélius, p. 132); mais cette pratique nous paraît tout au plus applicable dans des cas d'entropion léger et temporaire, et peut être avantageusement remplacée par le collodion, des bandelettes agglutinatives, ou par l'excision d'un pli de la peau.

J'ai réussi souvent à guérir l'entropion léger en traversant avec une épingle un pli vertical de la peau près des cils. Après avoir appliqué une ligature peu serrée, j'accroche un fil sur l'épingle de manière à abaisser convenablement la paupière, et je fixe l'autre extrémité à l'oreille du côté opposé en passant sous la mâchoire. J'ai trouvé ce moyen bien utile dans quelques cas d'extraction de

(1) Lawrence, *Traité pratiq. des malad. des yeux*, 1830, p. 275.

(2) *Manuel d'ophthalmologie*, 1834, p. 106.

(3) *Dictionn. en 15 vol.*, art. ENTROPION, p. 376.

cataracte dont le résultat se trouvait compromis par l'entropion.

Lorsque le relâchement de la peau est considérable, les moyens que nous venons d'indiquer sont insuffisants. Il devient nécessaire alors de produire une perte de substance dans les téguments, qui ne présentent plus aux fibres de l'orbiculaire les plus éloignées du bord libre un point d'appui suffisant pour contre-balancer l'action des fibres plus nombreuses et plus fortes qui avoisinent la marge des paupières. On obtient ce résultat de deux manières : dans les cas récents et peu graves, on emploie le *vésicatoire* et la *cautérisation*; pour d'autres plus anciens et où le relâchement est plus grand, on a recours à l'*excision* d'une portion plus ou moins large des téguments palpébraux.

Vésicatoire. Procédé de Carron du Villards. — Il est applicable dans les cas peu graves et sur les sujets pusillanimes; son auteur le décrit ainsi (*loc. cit.*, p. 317): « Ayant été consulté par une jeune dame blonde, scrofuleuse, atteinte d'un renversement très léger de la paupière supérieure, je regrettais d'être obligé d'y opposer des moyens en général assez douloureux. Pour l'y soustraire, je lui conseillai donc de se soumettre à l'application d'un vésicatoire ayant la forme de la paupière, et que je me proposais d'entretenir en suppuration pendant assez longtemps. Ma jeune malade se soumit volontiers à cette tentative : le vésicant fut placé; aussitôt après qu'il eut produit son effet, j'enlevai complètement l'épiderme soulevé, et pansai avec de la pommade de Lausanne. Désireux d'entretenir dans la dénudation du derme une activité constante, j'eus recours à des applications de teinture de cantharides, moyen excellent dont M. Dieffenbach a obtenu de grands résultats pour activer l'accroissement des bourgeons charnus dans la restauration des parties mutilées.

« Ce succès m'engagea à tenter de nouveau ce moyen dans des cas analogues et même plus complexes; je compte déjà six guérisons. »

Cautérisation. — On la pratique de deux manières : 1° par l'application d'un *fer rouge* sur la surface externe de la paupière renversée; 2° en formant une escarre superficielle avec un pinceau d'amiante ou avec une baguette de verre chargée d'*acide sulfurique concentré*.

La cautérisation par le fer rouge, recommandée par Celse (liv. VII, chap. 7, 8), Albukasem (*Chirurgia*, p. 1, liv. I,

cap. 16), Ambroise Paré et par d'autres encore, n'est plus guère employée aujourd'hui. Cependant nous avons vu le baron Larrey, le père, y avoir recours et obtenir de bons effets dans quelques cas, du reste assez légers. Delpech et M. Jobert l'ont essayée avec succès il y a quelques années.

On la pratique en promenant sur la partie relâchée de la paupière renversée un petit cautère ovalaire ou myrtiliforme, comme le voulait Albucazem, ou tout simplement une spatule, comme le faisait Delpech, après avoir pris la précaution de couvrir la fente palpébrale d'une compresse humide, afin de protéger l'œil contre l'action de la chaleur. Lorsqu'on opère sur la paupière supérieure, cette dernière précaution devient insuffisante; il faut placer une plaque de Beer sous cet organe, pendant l'application du fer chaud et éloigner du globe la paupière renversée, en tirant l'instrument en avant, de manière à laisser l'œil parfaitement isolé de la paupière. Lorsqu'on a obtenu une escarre suffisante, on abandonne les choses à elles-mêmes, et l'on se borne à appliquer sur l'œil des compresses d'eau froide, jusqu'à disparition de la douleur. Après la chute de l'escarre, on panse la plaie avec une boulette de charpie enduite de cérat, jusqu'à cicatrisation complète. Le redressement doit alors être parfait, autrement il conviendrait de recourir à une seconde application du cautère actuel.

Cette méthode est des plus mauvaises à tous les points de vue; douloureuse, longue, infidèle, elle doit toujours être remplacée par l'excision.

Méthode d'Helling. — La cautérisation par l'acide sulfurique a été recommandée par Helling (1) et par Quadri (2); elle nous paraît, comme à Chélius (3), de beaucoup préférable au fer rouge, mais elle laisse aussi une cicatrice dont l'étendue et les effets ne peuvent pas être toujours calculés.

Elle est applicable surtout aux cas récents et peu étendus, et en particulier à l'entropion partiel. Elle réussit également bien dans le renversement de la paupière inférieure et dans celui de la paupière supérieure, et nous n'avons rien vu dans notre pratique personnelle ni dans celle des autres qui pût justifier l'idée émise par le professeur de Heidelberg, que la cautérisation par l'acide

(1) Helling, *Hufeland's Journal*, 1815, st. IV, § 115.

(2) Quadri, *Annotazioni pratiche sulle malattie degli occhi*. Napoli, 1818, p. 97.

(3) Chélius, *loc. cit.*, p. 133.

sulfurique réussit mieux dans le second cas que dans le premier.

On la pratique de la manière suivante : Le malade étant assis en face d'une fenêtre, la tête soutenue par un aide, on appuie légèrement à plusieurs reprises le doigt indicateur sur la paupière malade, de façon à en produire le redressement. On reconnaît assez facilement de cette manière l'endroit de la paupière où le relâchement est le plus considérable.

Il est encore plus facile d'arriver au même but en saisissant doucement la peau entre les mors d'une pince ordinaire, préalablement garnie de coton cardé maintenu en place par des ligatures de fil; on n'occasionne de cette manière aucune douleur au malade, et l'on peut mettre tout le temps nécessaire à cette recherche, souvent aussi minutieuse qu'elle est toujours indispensable.

Cet endroit étant reconnu, on peut le marquer avec une ligne d'encre pour que la cautérisation soit appliquée où il convient et non ailleurs : alors, soit au moyen d'un pinceau d'amiante, soit au moyen d'une baguette de verre trempée dans l'acide sulfurique, on porte une goutte de celui-ci sur le centre de la partie relâchée, et on l'étend rapidement sur elle dans une surface variable en rapport avec la gravité du renversement, en soutenant la paupière pour qu'elle ne se retourne pas sur l'œil au moment où elle est chargée de caustique. La partie cautérisée doit toujours, surtout quand il s'agit de la paupière inférieure, avoir un diamètre vertical double du transversal; de cette manière la cicatrice résultant de la perte de substance agit sur une étendue plus grande du bord libre, qu'elle tend à maintenir dans sa rectitude normale.

On peut, si on le juge convenable, répéter après quelques minutes l'application du caustique, ou, ce qui est mieux, attendre quelque temps. Il n'est pas rare, en effet, qu'une première cautérisation produise un redressement suffisant, lorsque vingt-quatre heures se sont écoulées.

Si après la première ou même la seconde application du caustique, applications que l'on ne doit faire qu'à une assez grande distance l'une de l'autre, le redressement n'a pas encore eu lieu (ce qui est rare, lorsqu'on a employé ce moyen dans un cas convenable), et s'il est urgent d'éloigner les cils du globe, on maintient la paupière au moyen de bandelettes agglutinatives, ou bien on place une épingle comme nous l'avons dit plus haut, ou bien on lie les cils en plusieurs paquets au moyen de fils de soie, ainsi que

l'a conseillé Quadri, et l'on fixe ceux-ci sur le front ou sur la joue. On peut encore, et cette méthode est la plus simple, les engluier en les enveloppant de petites boulettes de cire.

On a soin, après chaque cautérisation, d'essuyer la plaie à plusieurs reprises avec un linge fin, puis de recommander au malade de baigner la partie dans l'eau froide. Il est inutile de recouvrir l'escarre de linge ou de cataplasmes; elle tombe bientôt d'elle-même, laissant à sa place une cicatrice toute formée qui maintient le bord ciliaire dans sa rectitude normale.

On n'oubliera pas que cette cicatrice est toujours apparente, et que, sous ce rapport, l'excision d'un pli cutané est toujours préférable: elle est d'ailleurs plus sûre et infiniment moins douloureuse.

Procédé de Celse. — Excision de la peau. — Cette petite opération est applicable aux entropions légers; on la pratique en trois temps: 1° mesurer le lambeau à enlever; 2° l'exciser; 3° réunir les lèvres de la solution de continuité.

Celse (lib. VII), en décrivant le premier l'entropion, a aussi indiqué le premier l'excision d'un lambeau cutané comme moyen curatif, et a été imité depuis par un grand nombre d'auteurs anciens ou modernes, parmi lesquels figurent Aétius (1), Paul d'Égine (2), Acrel (3), Saint-Yves (4), Dionis (5), Janin (6), Scarpa (7), Wenzel (8), Bordenave, Louis et beaucoup d'autres encore, qui ont apporté au procédé principal des modifications en général peu importantes. Celse décrit son procédé dans les termes suivants (édition de l'*Encycl. des scienc. méd.*, p. 320):

..... « Il n'en est pas de même de l'opération que l'on pratique lorsque le dérangement des cils provient du relâchement de la paupière; elle ne présente aucune incertitude. Voici comment on procède: Après avoir recouvert l'œil avec la paupière, que ce soit la supérieure ou l'inférieure, on la saisit par le milieu avec les doigts, et on la soulève pour examiner combien il faut en ôter, afin de la remettre dans son état naturel.

(1) Aétius, *tertr.* II, serm. III, cap. 25.

(2) Paul d'Égine, *liv.* VI, cap. 6, 20.

(3) Acrel, *Chirurg. Vorsalle*. Gottingen, 1777, bel. I, § 70.

(4) Saint-Yves, *Nouveau traité des malad. des yeux*. Paris, 1722, p. 102.

(5) Dionis, *Cours d'opérations*, p. 432 et 433. Paris, 1777.

(6) Janin, *Malad. de l'œil*. Paris, 1772.

(7) Scarpa, *loc. cit.*, p. 96.

(8) Wenzel, *Manuel de l'oculiste*, p. 134. Paris, 1808.

« On a en cela deux inconvénients à éviter: le premier, de trop couper, de peur que la paupière ne puisse plus recouvrir l'œil entièrement; le second, de ne pas couper assez, de sorte qu'on n'en serait pas plus avancé et que le malade aurait supporté une excision inutile. On trace avec de l'encre deux lignes qui comprennent ce que l'on doit retrancher; on laisse, entre le bord occupé par les cils et la ligne qui en est le plus proche, un peu de distance, afin de pouvoir y faire les points d'aiguille nécessaires.

« Les choses étant ainsi disposées, on coupe avec le bistouri ce qui est enfermé entre les deux lignes: si c'est la paupière supérieure qui est affectée, on fait l'incision un peu au-dessus des cils; si c'est l'inférieure, on la fait au-dessous et plus près des cils. On commence par couper par le petit angle si c'est à l'œil gauche, et par le grand si c'est à l'œil droit qu'on fait l'opération. On réunit ensuite les bords de la plaie par une simple suture, et l'on fait fermer l'œil. Si la paupière ne descend pas assez, on tient la suture un peu plus lâche; si elle descend trop, on la tient plus serrée, ou bien on coupe encore une petite bandelette au bord qui est en dessus. Lorsqu'on a coupé tout ce qui convient, on ajoute de nouveaux points de suture; il ne faut pas en faire plus de trois. De plus, si le mal est à la paupière supérieure, il faut faire une incision tout le long des cils, afin que, se trouvant écartés du globe de l'œil, ils se dirigent dorénavant en dehors, souvent même, si la paupière n'est pas fort renversée en dedans, cette seule incision suffit; il n'est pas nécessaire d'en faire à la paupière inférieure.

« Ces choses étant terminées, on applique sur l'œil une éponge trempée dans de l'eau froide, et on la maintient en place par le moyen d'un bandage. Le lendemain, on met un emplâtre agglutinatif; le quatrième jour, on enlève les points de suture, et l'on oint les paupières avec un liniment propre à calmer l'inflammation. »

Réflexions sur l'excision de la peau. — Ce procédé de Celse, que nous avons rapporté en entier, a été, ainsi que nous l'avons dit plus haut, modifié de plusieurs manières, non parce qu'il est insuffisant dans les cas d'entropion par simple relâchement de la peau, mais parce que beaucoup de chirurgiens, n'ayant pas recherché la cause de la maladie qu'ils avaient à traiter, en ont fait l'application à des cas qui, en réalité, n'en réclamaient pas l'emploi, et ont ensuite imaginé des moyens qui, comme celui de Celse,