

ne pouvaient s'appliquer qu'à des cas particuliers. L'enlèvement d'un pli de peau exige certaines précautions.

Premier temps. — Mesure du lambeau à reséquer. — L'excision d'un repli cutané, quelque simple qu'elle soit, présente cependant une difficulté réelle dans la pratique, du moins chez les jeunes gens, parce que leur peau est épaisse et ferme : c'est de mesurer exactement la portion cutanée à reséquer. On retrouve cette même difficulté dans l'opération en tout point semblable qu'il convient de pratiquer dans la blépharoptose. Bien qu'on puisse assez facilement, selon nous, mesurer la partie exubérante avec une paire de pinces un peu convexes, nous n'en croyons pas moins devoir rappeler que des instruments particuliers, dont quelques uns sont très ingénieux, ont été et sont encore employés par des chirurgiens très recommandables. Les pinces de Beer, de Beyer, de Walther, de Himly, de Graefe et surtout celle d'Adams (cette pince est dessinée plus bas; voyez *Procédé de Janson*, p. 498), nous paraissent devoir être mentionnés.

Au moyen de ces instruments, on saisit un pli de peau d'une grandeur convenable; les lèvres de la plaie sont peut-être plus régulières et la section plus rapide et plus sûre. Cependant, quand on a l'habitude de se servir d'une simple pince convexe fermant à ressort, on n'éprouve pas le besoin de changer cet instrument pour d'autres plus compliqués.

Quoi qu'il en soit, après avoir recommandé au patient de fermer doucement l'œil à opérer, on saisit entre les doigts en le tirant à soi, puis on engage entre les mors d'une pince un lambeau transversal de peau de la grandeur qu'on juge convenable, en comprenant s'il se peut quelques fibres du muscle orbiculaire; puis on fait ouvrir l'œil en suivant, s'il s'agit de la paupière supérieure, les mouvements d'élévation de cet organe. On juge aisément de cette manière, surtout lorsqu'on compare l'œil malade avec l'œil sain, si l'on a compris entre les branches de l'instrument une étendue de peau suffisante pour redresser le bord ciliaire. La lèvre de l'incision qui regarde ce bord doit, en général, en être distante de 2 ou 3 millimètres; au delà, il ne resterait plus une étendue de peau suffisante pour placer les sutures, en deçà le bord libre serait moins complètement redressé. Si l'exubérance de peau s'étend à toute la paupière, c'est au centre de cet organe que la pince devra être appliquée, tandis que ce serait vers l'un des angles si l'entropion était plus complet de ce côté. J'ai opéré un malade chez

lequel la perte de substance fut faite en dehors, près de l'angle externe, bien que l'entropion fût complet, parce que la peau était évidemment très lâche et pendante de ce côté lorsqu'on maintenait la paupière redressée.

Deuxième temps. — Excision du repli saisi entre les mors de la pince. — Lorsqu'une étendue de peau suffisante est saisie entre les mors de la pince que l'opérateur tient de la main gauche, quel que soit l'œil à opérer, il ne s'agit plus que de l'enlever rapidement, et autant que possible d'un seul coup. Des ciseaux convexes, genouillés ou à bec-de-grue, comme le recommande Scarpa, atteignent mieux le but que les ciseaux droits. Le bistouri, dont l'usage est conseillé par Celse, manœuvre mal dans ce cas, quelque tranchant qu'il soit, à cause de la mollesse des tissus et des mouvements de scie qu'il faut lui imprimer. Cet instrument, de même que les ciseaux lorsqu'on porte plusieurs coups, a, en outre, l'inconvénient de laisser une plaie frangée, et dont la réunion par première intention est moins facile.

Lorsque l'entropion est très marqué et que l'on a à craindre que l'excision de la peau soit insuffisante, on excise une portion de l'orbiculaire, comme le recommande Himly. Pour exécuter ce second temps de l'opération, on glisse une plaque derrière la paupière et l'on dissèque avec les pinces et le bistouri. Il n'est pas utile d'aller jusqu'à intéresser la conjonctive, ainsi que le recommande cet auteur.

Troisième temps. — Réunion. — Lorsque le lambeau cutané est emporté, et que l'écoulement du sang, qui est toujours faible, s'est tari, la paupière semble dénudée dans une grande étendue... Quelques auteurs, parmi lesquels nous comptons Gendron (1), Wenzel (2), Scarpa (3), pensent que la suture est un mauvais moyen, qu'elle devient une cause d'inflammation des tissus, occasionne des accidents graves, et qu'on peut la remplacer avantageusement par un bandage monocus, par des compresses ou tout simplement par des emplâtres agglutinatifs ordinaires. « La suture, moyen cruel, dit Scarpa, que les anciens associaient à l'excision, est justement abandonnée, ainsi que le vain appareil de leurs instruments... Si les chirurgiens ont cru devoir la pratiquer, c'est sans doute parce que les téguments se rétractent tellement après la déperdition qu'ils viennent d'éprouver, que la paupière semble

(1) Deshais-Gendron, *Traité des malad. des yeux*, t. I, p. 246.

(2) Wenzel, *loc. cit.*, t. II, p. 133.

(3) Scarpa, *loc. cit.*, p. 97, 100 et 101.

être entièrement dénudée. Mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse, parce que le sourcil n'est pas plutôt déprimé à l'aide du bandage et de la compresse dont j'ai parlé, que la paupière se recouvre et que les lèvres de la plaie se mettent en contact immédiat, sans qu'il soit nécessaire de les coudre. »

Malgré l'autorité de ces chirurgiens, la suture est mise en pratique presque généralement aujourd'hui. Des épingles ordinaires ou tout simplement des fils, passés à travers les tissus au moyen d'une aiguille, suffisent pour opérer un rapprochement convenable. Rien n'est plus facile que de traverser avec l'aiguille les lèvres de la plaie, si l'on se sert, pour les maintenir, de la pince que nous avons imaginée, et dont nous avons donné la description en parlant de la blépharoptose et de l'ectropion; le dessin s'en trouve à l'article *Blépharoptose*. On doit serrer médiocrement les fils, qu'on tient écartés l'un de l'autre de 3 à 4 millimètres, et on les enlève du troisième au quatrième jour, temps ordinairement nécessaire pour que la cicatrisation soit complète. On remplace ensuite les fils pendant quelques jours par des emplâtres agglutinatifs légers.

Vers le septième ou le huitième jour au plus, la guérison est complète : cependant il n'est pas rare qu'à ce moment encore, un engorgement, d'ordinaire léger, s'il s'agit de la paupière supérieure, empêche cet organe de s'élever aussi bien que du côté sain. Le temps et l'emploi de quelques résolutifs font bientôt disparaître cet inconvénient. Il est assez fréquent, lorsqu'on a opéré sur la paupière inférieure, que le diamètre vertical de l'œil soit au contraire allongé, bien que la perte de substance ait été mesurée exactement.

Les fils ou les épingles qui doivent servir à l'application de la suture ont quelquefois été placés avant l'excision du lambeau. Dionis (1), Lafaye (2), M. A. Petit (3), Velpeau (4), A. Bérard, Cunier (5), Stiévenart de Mons, etc., saisissent un repli cutané et en traversent la base au moyen de fils ou d'épingles. La seule difficulté d'appliquer les sutures après que le lambeau de peau a été enlevé, difficulté qui n'existe plus pour nous depuis que nous nous

(1) Dionis, *loc. cit.*, p. 433.

(2) Pellier, t. II, p. 147.

(3) M. A. Petit, *loc. cit.*, p. 178.

(4) Velpeau, *loc. cit.*, p. 360.

(5) *Annal. d'oculist.*, t. IV, p. 84 et 85.

servons de pinces dont nous avons parlé plus haut (voy. la fig. 41, p. 479), a déterminé la plupart de ces opérateurs à agir ainsi. Le procédé de Cunier diffère cependant de celui des autres chirurgiens; je l'ai appliqué avec succès dans des cas légers : « Comme dans ma méthode, dit-il (p. 85, *Annal. d'ocul.*, t. IV), M. Stiévenart commence par soulever un pli de peau palpébrale, puis il plante ses aiguilles; mais au lieu de placer comme moi le fil à suture pour produire des cicatrices adhérentes, il enlève le lambeau soulevé, et réunit ensuite en pratiquant la suture entortillée sur les aiguilles placées d'avance. La seule différence qui existe entre le procédé de M. Stiévenart et le mien, c'est que lui produit une perte de substance parallèle au bord palpébral, tandis que moi j'enlève plusieurs petits lambeaux de peau, et que je produis plusieurs adhérences entre les téguments externes et le muscle orbiculaire. »

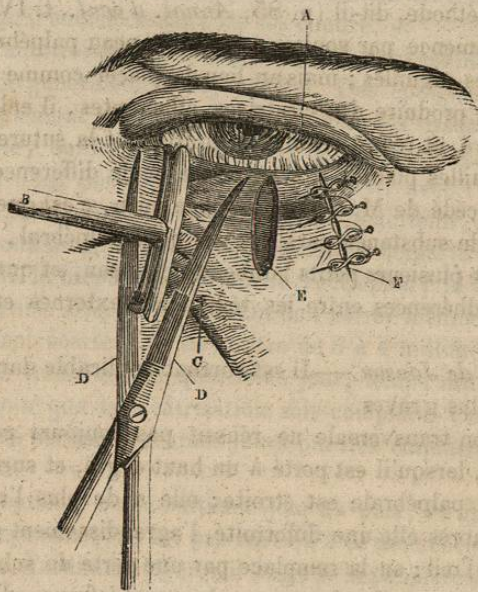
Procédé de Janson. — Il est surtout applicable dans les entropions les plus graves.

L'excision transversale ne réussit pas toujours pour réduire l'entropion, lorsqu'il est porté à un haut degré, et surtout lorsque l'ouverture palpébrale est étroite; elle a de plus l'inconvénient de laisser après elle une difformité, l'agrandissement du diamètre vertical de l'œil; on la remplace par une perte de substance verticale, moyen employé avec succès par Lisfranc, d'après Janson (de Lyon), et beaucoup vanté par M. Carron du Villards. Il a sur l'excision transversale le double avantage d'agir plus énergiquement sur la paupière renversée, et, lorsqu'on a obtenu la guérison, de ne point agrandir le diamètre vertical de l'ouverture palpébrale.

Pour exécuter l'opération d'entropion selon le procédé de Janson (voy. fig. 42), on saisit un pli cutané entre les doigts, ou, ce qui est préférable, entre les mors de la pince d'Adams B, et l'on fait la section avec des ciseaux courbes DD de la même manière que pour l'excision en travers, en ayant soin d'enlever la peau jusque près des cils. On réunit la plaie au moyen de la suture simple. Il est mieux, toutefois, à l'exemple de Lisfranc, de préférer la suture entortillée. On la pratique avec trois ou quatre épingles F, qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elles tombent d'elles-mêmes : on a ainsi trois ou quatre petites plaies transversales qui contribuent, en se cicatrisant en même temps que la section verticale, à porter le bord libre dans la direction convenable.

On peut, dans quelques cas très graves, mais seulement sur les vieillards dont la peau est flasque, pratiquer plusieurs incisions

Fig. 42.



verticales à quelque distance l'une de l'autre, comme cela est représenté dans la figure, ou même, comme le conseillait Lisfranc, dénuder presque entièrement la paupière.

On pourrait encore, à l'exemple du docteur Segond, chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Cayenne (1), faire une plaie cruciale étendue sur la surface cutanée de la paupière, c'est-à-dire combiner le procédé de Celse avec celui de Janson. Mais je n'ai jamais reconnu la nécessité de mettre ce moyen en pratique.

La figure 42 donne une idée exacte de ce qu'il convient de faire pour exécuter le procédé de Janson. A, cils renversés; B, pince d'Adams ayant saisi la peau; C, plis formés par la peau entre les mors de la pince; D, branches des ciseaux courbes glissées sous la pince pour l'excision d'un lambeau de peau vertical; E, forme de la plaie après l'excision; F, autre plaie réunie par la suture entortillée.

J'ai à peu près complètement abandonné depuis plusieurs années

(1) *Cliniq. des hôpit. de Cayenne (Revue médic., 1836)*, d'après Carron.

l'usage de la pince à bécquilles, et je la remplace très avantageusement au moyen d'un fil que je passe avec une aiguille à travers la peau. Cette piqûre est mieux supportée que la pince, dont l'effet est toujours fort douloureux.

Au moyen du fil, la peau est convenablement soulevée et facilement emportée à l'aide de ciseaux forts et droits.

J'ai aussi abandonné la perte de substance ovale, surtout chez les vieillards; je la préfère en forme de triangle, dont la base doit toujours être tournée vers le bord palpébral et à 2 millimètres environ des cils. Deux coups de ciseaux suffisent pour l'opération: le premier, dans le sens vertical pour les deux côtés du triangle; le deuxième, dans le sens transversal pour la base. Une seule suture est placée vers le sommet du triangle. Rien n'est plus rapide que cette manœuvre, et, sur un très grand nombre d'opérations, je n'ai pas eu à regretter une seule récurrence, ce qui est dû certainement à ce que la perte de substance est plus large tout près de la marge palpébrale. J'évite aussi, de cette manière, l'agrandissement vertical de l'ouverture des paupières.

II. PROCÉDÉS APPLICABLES A L'ENTROPION PAR DISPOSITIONS VICIEUSES DE LA MUQUEUSE. — Lorsque des cicatrices de la muqueuse très étendues, très courtes et très résistantes produisent l'entropion, cette maladie est compliquée d'un symblépharon grave (voy. ce mot); on devra donc d'abord s'occuper de cette dernière affection. Lorsqu'au contraire les brides sont lâches, peu étendues, dirigées du bord libre de la paupière vers le cul-de-sac conjonctival et sans adhérence avec le bulbe, l'entropion ne présente aucune gravité, et peut être facilement guéri par l'enlèvement des cicatrices, qui seront coupées ras sur la conjonctive palpébrale et sur la conjonctive bulbaire. On aura soin ensuite de cautériser l'une des surfaces saignantes avec un crayon de nitrate d'argent, pour empêcher la réunion par première intention, ou bien, si on le juge nécessaire, on maintiendra ces surfaces éloignées au moyen de bandelettes agglutinatives.

Lorsque les cicatrices sont adhérentes à leurs extrémités et sur l'un de leurs côtés, ce qui est le cas le plus ordinaire, on pourra espérer de guérir l'entropion en excisant, selon l'un des procédés que nous avons décrits dans le paragraphe qui précède, un lambeau plus ou moins grand des téguments, en y comprenant au besoin une portion des fibres de l'orbiculaire; mais seulement s'il est

facile de le réduire, en exerçant une traction légère sur la peau. Dans quelques cas graves, le procédé de W. Adams pourrait encore recevoir quelques applications heureuses.

III. PROCÉDÉS APPLICABLES A L'ENTROPION PAR DISPOSITIONS VICIEUSES DU TARSE. — Lorsque l'excision de la peau ne peut pas réussir, et qu'on s'est assuré que le tarse est altéré et contourné en dedans sur lui-même, le procédé suivant de Crampton, modifié par Guthrie et W. Adams, employé avec succès par Rosas et Jaeger, doit être recommandé.

Procédé de Crampton modifié par Guthrie et W. Adams. — Le malade étant placé en face d'une fenêtre comme pour l'opération de la cataracte, le chirurgien saisit avec une forte pince la paupière renversée à 2 millimètres environ du point lacrymal, et l'incise d'un seul coup, selon le diamètre vertical, au moyen de forts ciseaux droits, et dans l'étendue de 5 à 6 millimètres. Une incision semblable est aussitôt faite du côté externe et très près du petit angle. L'opérateur saisit ensuite avec les mors de la pince d'Adams la partie comprise entre la double incision, de manière que la branche transversale de cet instrument s'élève juste à la même hauteur que les deux incisions verticales. La paupière malade est alors retournée en dehors au moyen de cette pince que l'opérateur tient de la main gauche, et une incision transversale, pratiquée sur la face muqueuse assez profondément pour diviser en entier le tarse lui-même, est conduite d'une incision verticale à l'autre. Cela fait, on enlève, de la manière indiquée par Celse un repli transversal cutané d'une étendue suffisante pour maintenir la paupière redressée. Les lèvres de cette plaie cutanée sont réunies immédiatement par plusieurs points de suture, tandis que les incisions verticales sont abandonnées à elles-mêmes ou pansées simplement avec de la charpie destinée à maintenir l'écartement de leurs lèvres. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur l'œil, pour empêcher le gonflement inflammatoire des parties.

Procédé de Saunders. — Lorsque la déformation du tarse est portée à un point tel que le procédé de Crampton ne puisse plus être raisonnablement appliqué, Saunders conseille d'enlever complètement le cartilage. L'opérateur, après avoir engagé une plaque de Beer sous la paupière, incise la peau très près des cils, et d'un angle à l'autre. La face antérieure du tarse ayant été mise à nu, ses attaches à la conjonctive sont détruites.

Appréciation. — Il ne faudrait pas se dissimuler les chances d'insuccès que présentent ces deux procédés, particulièrement le dernier. Quelque ingénieux qu'il soit, celui de Crampton, modifié par Adams, laisse beaucoup à désirer. Les deux incisions verticales, à peine utiles pour opérer la réduction au moment même de l'opération, perdent en se cicatrisant la valeur qu'elles paraissent avoir d'abord. Elles ont en outre l'inconvénient, quand elles ne se cicatrisent pas, ce qui est le but de l'opération, de laisser deux colobomas à leur place. A quoi peut servir l'incision transversale de la conjonctive et du tarse? De même que les plaies verticales, elle peut être utile pendant l'opération, mais devenir une cause réelle d'introversion lorsque la cicatrisation en est achevée. Hâtons-nous de dire cependant que, si les colobomas sont une cause de difformité, ils peuvent être quelquefois utiles en allongeant le bord libre de la paupière. En somme, et pour exprimer nettement notre manière de voir sur cette opération, il nous semble que tout est parfaitement disposé pour obtenir un résultat immédiat satisfaisant, mais qu'il est loin d'en être de même quant au résultat définitif. Nous devons ajouter que nous ne nous sommes jamais trouvé dans la nécessité d'en faire une application pratique.

Lorsque le tarse présente une courbure partielle, limitée à une largeur de 5 à 6 millimètres, on peut employer le procédé de W. Adams (voy. *Ectropion*), qui consiste à enlever une portion triangulaire de toute l'épaisseur de la paupière, et dans laquelle on comprend toute la partie altérée du cartilage, en prenant en même temps la précaution d'emporter un lambeau transversal de peau à la base de la paupière, et selon la méthode de Celse. Nous avons réussi à guérir par ce moyen un entropion de la nature de celui dont nous nous occupons; l'excision transversale de la peau fut faite la première, puis l'excision triangulaire d'une portion de la paupière comprenant toute la partie déviée du tarse. Une suture entortillée, médiocrement serrée, fut appliquée, et des compresses d'eau froide furent prescrites; il n'y eut aucun accident et la cure fut complète, mais le diamètre vertical de l'œil demeura notablement agrandi.

IV. PROCÉDÉS APPLICABLES A L'ENTROPION RECONNAISSANT POUR CAUSE LA CONTRACTION PERMANENTE ET SPASMODIQUE DE L'ORBICULAIRE. — Plusieurs moyens ont été imaginés pour détruire la contraction spasmodique du muscle palpébral. Les principaux sont :

1° L'incision du ligament palpébral externe, qu'on pratique en divisant le petit angle dans le sens transversal, procédé indiqué par Wardrop (1), et en y joignant au besoin l'excision d'une portion de peau, comme l'a conseillé Müller.

2° L'enlèvement de petites portions verticales de peau comprenant quelques fibres du muscle orbiculaire.

Ce moyen, imaginé par Janson pour les cas de relâchement simple de la peau, réussit assez généralement dans les cas de contraction récente, surtout si l'on applique ensuite la suture comme l'indique Cunier (2), de manière à produire des adhérences entre la peau et le muscle.

Il se rapproche beaucoup de l'excision simple d'une petite portion de l'orbiculaire, mise en pratique par Key (voy. *the Lancet*, p. 5, novembre 1825), procédé qui réussit particulièrement si l'on enlève les fibres les plus éloignées du bord libre de la paupière, de manière à rétablir l'équilibre détruit, comme il arrive chez les vieillards dont la peau est relâchée par suite de la résorption du tissu cellulo-adipeux. Key, cependant, agit autrement; il enleva une partie des fibres placées près des cils après les avoir mises à découvert par une simple incision, réunit la plaie, et obtint une guérison complète.

Est-ce à l'incision de la peau ou à l'excision du muscle qu'il dut ce succès? Il est évident pour nous, et la pratique nous l'a démontré, que, si l'on divise par la méthode sous-cutanée ou par tout autre moyen les fibres de l'orbiculaire placées près du bord libre, l'entropion spasmodique cesse pendant quelque temps, mais reparait dans la plupart des cas lorsque la cicatrice, en se contractant, rapproche les bords de la solution de continuité, surtout si cette cicatrice ne s'étend pas au loin dans les tissus distants du bord ciliaire. Aussi ne doit-on pas perdre de vue que l'entropion dont nous nous occupons reconnaît très souvent pour première cause un défaut d'équilibre dans l'action régulière des fibres qui composent le muscle, et que les contractions spasmodiques ne peuvent apparaître réellement que dans les fibres rapprochées du bord ciliaire, les fibres éloignées étant faibles et relâchées.

Section sous-cutanée de l'orbiculaire. — Imaginé par M. Cunier, ce procédé a été plusieurs fois mis en pratique par divers chi-

(1) Himly, d'après Chélius, *loc. cit.*, p. 136.

(2) *Annal. d'oculist.*, t. V, p. 264.

rurgiens, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement MM. Phillips, Pétrequin, Blachman, Neumann. « Une ouvrière âgée de vingt-cinq ans portait un entropion complet à droite, dit Cunier (1); elle se présente, le 22 août, à M. Pétrequin, qui remarque que la paupière se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, précisément dans le sens des fibres du muscle palpébral. Le doigt, appliqué sur les parties, sent la contraction qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière. Le spasme est permanent.

« M. Pétrequin a fait tendre la paupière inférieure avec une pince placée à l'angle externe; il a implanté un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbure orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, il en a fait filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière, en passant derrière l'orbiculaire: alors il a opéré la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les mouvements de la manœuvre. L'instrument a été retiré; il s'est produit une ecchymose qui s'est résorbée rapidement; le résultat a été maintenu par une compression méthodique.

« Ce procédé est celui que j'ai suivi (*Bulletin de l'Académie*, mai 1840, p. 193), à cette exception près, qu'au lieu d'appliquer une pince à l'angle externe, j'en ai placé une à doubles branches au bord libre de la paupière, sur lequel la traction a été opérée, pendant que l'indicateur et le médius de la main gauche, appliqués sur le rebord orbitaire, tendaient la peau.

« Sans l'application d'une semblable pince, la manœuvre serait par trop difficile à la paupière supérieure.

« Une recommandation fort importante de M. Pétrequin, c'est de faire pénétrer la pointe du myotome jusqu'au bord palpébral; sans cela le résultat serait incomplet. Ce sont, en effet, les fibres les plus rapprochées du bord palpébral qui sont principalement contractées dans l'entropion; le contraire a lieu dans l'ectropion: aussi la section doit-elle être limitée dans ces cas à la portion inférieure de l'orbiculaire, pour la paupière inférieure et aux fibres les plus supérieures dans l'ectropion de la paupière supérieure.

La seule modification qui nous paraisse devoir être apportée à

(1) *Annal. d'oculist.*, t. V, p. 264.

ce procédé est l'introduction, sous la paupière à opérer, de la plaque d'ivoire de Beer, dans le but de protéger l'œil contre l'action des instruments; cette précaution est particulièrement recommandée par Dieffenbach. Ce chirurgien conseille encore d'appliquer sur l'œil opéré de longues bandelettes agglutinatives pour empêcher l'extravasation d'une grande quantité de sang dans la paupière et pour maintenir cet organe dans une position convenable.

Quelque ingénieuse que nous paraisse cette méthode, quelque nombreux que soient les succès qu'on ait obtenus en la mettant en pratique, nous ne pensons pas qu'elle soit appelée à rendre de véritables services dans la cure de la maladie qui nous occupe. Son auteur lui-même, Cunier, semble l'avoir pressenti en disant qu'on peut, « dans un grand nombre de cas, sans diviser l'orbitaire, vaincre la trop forte contraction de ce muscle en le faisant adhérer avec la peau, » suivant sa méthode que nous avons décrite plus haut. On peut encore, dans la grande majorité des cas où la division sous-cutanée est indiquée, la remplacer par l'excision des téguments et d'une partie du muscle, ou par le procédé de Janson, qui est infiniment plus simple dans son application et plus facilement supporté par les malades. Dans un cas où nous avons pratiqué avec succès la myotomie sous-cutanée, l'entropion se reproduisit après quatre semaines, et le malade ne fut débarrassé définitivement de son infirmité que par l'excision d'une portion verticale des téguments.

V. PROCÉDÉS APPLICABLES A L'ENTROPION OCCASIONNÉ : 1° PAR L'ENFONCEMENT CONGÉNIAL OU ACQUIS DU GLOBE DANS L'ORBITE; 2° PAR L'ATROPHIE DE L'ŒIL. — Il n'y a aucun moyen particulier à indiquer ici. L'incision de l'angle externe peut rendre quelques services, surtout si en même temps on enlève une portion convenable de peau, selon le procédé de Celse que nous avons décrit plus haut. Le procédé de Crampton trouvera aussi dans quelques uns de ces cas une utile application, si les incisions verticales pratiquées près des angles palpébraux sont profondes, et si en empêchant leur réunion on les transforme en colobomas qui ont pour effet d'allonger le diamètre transversal de la paupière renversée.

Lorsque l'entropion sera entretenu par l'atrophie du bulbe, la prothèse oculaire sera indiquée.

Je ne terminerai pas sans ajouter que, quel que soit le procédé qu'il aura choisi pour guérir l'entropion, le chirurgien ne devra

point oublier que si d'ordinaire, après cette opération, il ne survient aucune complication sérieuse, il peut arriver exceptionnellement, surtout lorsqu'on a enlevé une notable partie des téguments palpébraux, des accidents graves, parmi lesquels l'érysipèle, les ophthalmies phlegmoneuses, etc., tiennent la première place, et que quelquefois même on a eu à combattre des symptômes cérébraux de la plus haute gravité. Il est donc nécessaire de mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour éviter ces fâcheuses complications. Un régime sévère, quelques purgatifs, une application de sangsues à l'anus, seront ordonnés quelque temps avant le jour fixé pour l'opération, surtout si l'on juge qu'elle doit être laborieuse et si le sujet est d'une forte constitution. La privation d'aliments solides, des boissons délayantes; l'application permanente, pendant quarante-huit heures, de compresses d'eau froide sur la paupière opérée; le repos absolu des yeux, qu'on maintiendra fermés jusqu'à la réunion complète par première intention de la plaie: tous ces moyens, recommandés après l'opération, mettront le plus ordinairement le malade hors de tout danger.

ARTICLE XI.

ECTROPION, OU RENVERSEMENT DES PAUPIÈRES EN DEHORS.

Le renversement des paupières en dehors, ou ectropion, qu'on a nommé aussi *éraillement* des paupières, est une des affections qui désolent le plus les personnes qui en sont atteintes. Rien n'est en effet plus choquant, plus désagréable à voir que cette maladie, dans laquelle la conjonctive palpébrale, mise à nu dans une grande étendue par suite du renversement de la paupière, se convertit le plus souvent en une masse charnue recouverte de végétations rouges plus ou moins nombreuses. Les larmes qui, à l'état normal, donnent à l'œil le brillant qui le rend le plus beau peut-être de nos organes, deviennent ici une nouvelle cause de difformité, en coulant incessamment sur les joues, qu'elles enflamment bientôt. L'ectropion est aussi une maladie dangereuse; car, indépendamment du larmolement qui l'accompagne, il détermine à la longue la vascularisation de la cornée, le pannus, l'ulcération de cette membrane et les conséquences de cette maladie, la procidence de l'iris, le staphylôme et la perte de l'organe tout entier.