

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 RENVÈREMENT 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.

L'ectropion est rarement congénial; on en a pourtant observé quelques exemples à l'état incomplet ou complet. Ammon, Loschge, Riberi, Schütte, Seiler, en ont vu des exemples. Lawrence, p. 465, fait remarquer avec raison que cette maladie peut être le résultat d'adhérences déterminées par certaines affections de l'œil et des paupières pendant la vie fœtale, et M. Rognetta (*loc. cit.*, p. 431) est du même avis que le célèbre auteur anglais.

ÉTILOGIE. — L'ectropion reconnaît un grand nombre de causes dont les unes siègent dans la conjonctive, les autres dans la peau, quelques unes dans le muscle orbiculaire (paralysie, spasme, division du tendon, changement de rapport de ce muscle avec le tarse), quelques autres enfin dans un allongement du tarse lui-même, ou dans l'existence de tumeurs situées dans l'épaisseur des paupières.

A. Toutes les causes d'épaississement de la conjonctive peuvent produire l'ectropion, qu'elles agissent à l'état aigu ou à l'état chronique. Les ophthalmies granuleuses, purulentes, blennorrhagiques des nouveaux-nés, etc., produisent l'ectropion, soit pendant leur période aiguë, soit pendant leur période chronique. Lorsqu'à ces affections a succédé l'état granuleux à un haut degré, que des végétations plus ou moins épaisses ont apparu sur la conjonctive, que celle-ci enfin est fortement épaissie, etc., etc., l'ectropion apparaît encore.

B. Le relâchement de la peau, bien que produisant plus souvent l'entropion, est aussi une cause assez fréquente du renversement des paupières, parce que les rapports normaux de l'orbiculaire et du tarse sont changés, et qu'il arrive quelquefois que les faisceaux les plus nombreux de ce muscle, entraînés par les replis cutanés vers le bord adhérent du tarse, font basculer celui-ci d'avant en arrière et de haut en bas pendant leurs contractions. (On suppose qu'il s'agit ici de la paupière inférieure.) Des dissections attentives nous ont prouvé qu'il en est ainsi dans un grand nombre d'ectropions séniles, maladies dans lesquelles la conjonctive n'est devenue sarcomateuse que consécutivement. Une cause bien plus fréquente d'ectropion, c'est le raccourcissement de la peau, qu'il soit le résultat de plaies avec perte de substance, de brûlures, de caries de l'orbite ou d'inflammations chroniques comme on en voit après les blépharites glandulaires, après les

abcès du tissu cellulaire sous-cutané, les érosions des bords libres, les larmoiements chroniques ou les inflammations dartreuses de la face, etc., etc.

C. Les affections spasmodiques de l'orbiculaire jouent un rôle important dans la production de la maladie qui nous occupe, surtout lorsque les fibres de ce muscle sont disposées, par rapport au tarse, de telle sorte que les plus nombreuses et les plus courtes se trouvent placées vers le bord adhérent du cartilage. On a cité aussi quelques cas d'ectropion produit par la section du tendon de l'orbiculaire, ce que je ne crois pas fondé, car j'ai souvent coupé le tendon de ce muscle dans l'occlusion des voies lacrymales, et je n'ai jamais rien vu de semblable. Évidemment d'autres parties avaient été intéressées dans ces blessures, et une cicatrice vicieuse en avait été la conséquence. Riberi pense que cette affection est incurable; cependant Ledran en a guéri complètement un cas en rafraîchissant les bords de la solution de continuité et en appliquant ensuite la suture. M. Rognetta cite de son côté un résultat analogue qu'il a obtenu.

D. L'allongement et l'épaississement du tarse deviennent quelquefois une cause d'ectropion; ce fait, signalé il y a quelque temps déjà par le professeur Rosas, a été observé par nous dans plusieurs cas, tantôt longtemps après un phlegmon palpébral, tantôt à la suite d'une ophthalmie purulente avec épaississement chronique énorme des paupières. Reil avait déjà signalé avant le professeur Rosas, comme cause d'ectropion et d'entropion, un changement dans la forme régulière du tarse (voy. J.-T. Breyer, *Nova blepharoplastices methodus*, Vienne, 1831, p. 17 et 18), et Weller avait proposé de pratiquer une opération dont nous parlerons plus bas, et qui a pour but de diminuer une partie de l'étendue du cartilage.

E. Certaines tumeurs placées dans l'épaisseur des paupières, les exophthalmies, les exophthalmos occasionnés par les tumeurs de l'orbite, provoquent aussi l'apparition de l'ectropion, etc.

L'énumération de toutes ces causes fournit facilement la preuve que l'ectropion, dans tous les cas, n'est qu'une affection symptomatique de nature diverse, dont la cause est reconnue tantôt dans la conjonctive, tantôt dans la peau, tantôt dans le spasme, la paralysie de l'orbiculaire, c'est-à-dire dans une affection du cerveau lui-même, ou dans la section du tendon de ce muscle, en même

temps que celle des parties voisines, tantôt dans l'existence de tumeurs siégeant dans les paupières, dans l'œil, dans l'orbite, etc., ou enfin dans l'application longtemps continuée d'un œil d'émail trop grand.

VARIÉTÉS. — Nous en admettons, avec quelques auteurs, cinq principales :

1° Ectropion par épaissement de la conjonctive, par conjonctivite aiguë, par granulations, par tumeurs enkystées, sarcomeuses, cancéreuses, etc., etc.

2° Ectropion par allongement et déformation du tarse.

3° Ectropion par raccourcissement de la peau (carie de l'orbite, ablation de tumeurs, brûlures, cicatrices de toute espèce, blépharite glandulaire, érysipèle des paupières, inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, etc., etc.).

4° Ectropion par maladies de l'orbiculaire (changement de rapports entre ce muscle et le tarse, spasme, paralysie du muscle, division du tendon coïncidant avec celle des parties voisines, ophthalmies répétées, photophobie chronique, relâchement sénile de la peau, affections cérébrales diverses, plaies).

5° Ectropion par suite de tumeurs intra et extra-oculaires (phlegmon, cancer de l'œil, staphylômes, tumeurs diverses de l'orbite).

CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — L'ectropion est le renversement plus ou moins complet de l'une des paupières ou de toutes les deux à la fois. Il est simple ou double, partiel ou général, et de beaucoup plus fréquent à la paupière inférieure qu'à la supérieure, qui est plus longue et douée de mouvements étendus.

Dans l'ectropion *inférieur*, le bord libre se détache du globe, s'en éloigne plus ou moins, s'incline en avant, puis en bas; lorsqu'il est complet, le bord ciliaire du tarse est tourné de telle sorte que la face antérieure de ce cartilage est devenue la postérieure, et qu'alors la muqueuse palpébrale est mise à nu dans une très grande étendue. Ainsi exposée à l'air, cette membrane prend des caractères morbides sur lesquels nous reviendrons. L'éloignement du bord libre du globe oculaire donne la mesure de la gravité de l'ectropion, et peut servir à diviser la maladie en divers degrés, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs.

Premier degré. — Il se caractérise par un écartement très léger entre l'œil et l'arête de la paupière. Cet espace libre est

rempli de larmes, et l'œil, incessamment baigné, semble plus brillant qu'à l'état normal; de temps en temps quelques unes de ces larmes s'échappent, ruissellent sur la joue, et l'enflamment quelquefois.

Lorsque le renversement est plus marqué du côté interne, le point lacrymal inférieur est tourné en avant, et le larmolement est plus abondant encore.

Jusqu'à la muqueuse palpébrale, conservant ses rapports normaux, reste saine.

On observe souvent ce commencement d'ectropion dans les affections dartreuses de la face, les érysipèles des paupières, dans les ophthalmies catarrhales ou purulentes, dans les blépharites glandulaires, et exceptionnellement dans l'euryblépharon (voy. p. 468).

Deuxième degré. — La paupière présente un abaissement plus grand; le bord libre surtout, au milieu du diamètre transversal, en est tourné presque directement en avant. Les larmes s'accumulent en grande quantité dans le cul-de-sac évasé de la conjonctive, et s'échappent sur la joue au moindre mouvement de l'œil en bas, par la partie la plus abaissée du bord libre, ordinairement située au milieu.

Dans des cas plus avancés, les larmes à peine sécrétées, disparaissent de cette manière, et alors le grand angle, la narine correspondante et l'œil restent secs.

Il n'est pas rare de voir dans ces cas la conjonctive d'abord saine s'enflammer bientôt, s'épaissir au contact de l'air et se gonfler de manière à devenir une cause d'ectropion plus active que toutes les autres; la cornée, de son côté, participe souvent à l'inflammation, se vascularise à sa partie inférieure, puis s'ulcère, etc. Il est plus que probable que l'exposition à l'air n'est pas, dans ce cas, la seule cause de maladie de la membrane transparente de l'œil, et que la disparition des larmes doit compter pour beaucoup dans la production des désordres qui la frappent. Nous connaissons une vieille dame, offrant un exemple de la réunion de ces caractères du deuxième degré de l'ectropion, chez qui la conjonctive et la cornée, privées de l'humidité nécessaire, semblent se cutiser comme dans le xérosis, et dont la joue, enflammée depuis plusieurs années, est constamment recouverte de croûtes épaisses. La pusillanimité de cette malade l'empêche de recourir à une opération très simple, qui remédierait aisément à la difformité. La cornée est également malade pour le même motif chez une jeune

filie autrefois atteinte d'un anthrax des paupières, et dont M. le docteur Lambron a dû publier l'histoire, intéressante au point de vue de la blépharoplastie.

Troisième degré. — La paupière est renversée; sa face muqueuse s'est complètement tournée en avant, et le bord libre du tarse, en rapport direct avec la joue, de supérieur est devenu inférieur. La conjonctive exposée à l'air s'hypertrophie, se couvre de granulations, de fongosités, devient sarcomateuse. Le bourrelet muqueux, qu'elle forme, protège quelquefois le globe contre l'action de l'air atmosphérique; mais il n'en est pas toujours ainsi: dans la plupart des cas, la cornée est exposée aux inflammations les plus graves, et la vision sérieusement compromise. Le larmolement est continu; les malades portent habituellement un linge à la main pour s'essuyer; d'autres se couvrent l'œil d'un bandeau noir pour cacher leur difformité.

Tels sont, en général, les caractères de l'ectropion inférieur; l'inflammation de la conjonctive, plus tard celle de la cornée, et le larmolement, l'accompagnent toujours, quelle que soit sa cause, qu'on doit avant tout rechercher pour appliquer un traitement rationnel.

L'ectropion *supérieur* est moins fréquent que l'inférieur, et presque toujours produit à la suite de graves altérations de la peau qui exigent diverses opérations chirurgicales sur lesquelles nous reviendrons.

PRONOSTIC. — Il est en rapport de gravité avec la cause qui a produit la maladie: c'est donc cette cause qu'il faut d'abord connaître.

TRAITEMENT. — **Première variété.** — *Ectropion par épaissement de la conjonctive.* — On le divise en *aigu* et *chronique* ou *sarcomateux*.

Ectropion aigu. — On le voit survenir le plus souvent pendant la période aiguë des ophthalmies purulentes. La conjonctive, boursoufflée outre mesure, dépasse le bord libre des paupières, puis renverse bientôt celles-ci. — Cette maladie n'étant le plus souvent qu'un épiphénomène de l'ophthalmie purulente (voy. ce mot) ou de la blépharite aiguë, nous ne nous en occuperons point ici; nous nous bornerons seulement à dire que les scarifications répétées de la muqueuse, l'excision partielle, la cautérisation, sont les premiers moyens à mettre en usage.

S'il est encore possible de pratiquer la réduction, on doit y procéder aussitôt et appliquer la compression, parce qu'une fois produit, l'ectropion ne tarde pas à devenir plus marqué par le fait même de l'étranglement des parties, qui augmente sous l'influence du renversement lui-même. Ces moyens sont encore recommandés lorsque l'ectropion est le résultat du chémosis inflammatoire ou du chémosis séreux, du phlegmon palpébral, etc., etc. Nous en traiterons plus longuement lorsque nous nous occuperons de ces affections.

Ectropion chronique ou sarcomateux. — L'exubérance de la conjonctive est le plus souvent provoquée par les ophthalmies purulentes; la muqueuse, hypertrophiée outre mesure, devient ainsi une sorte de corps étranger, qui repousse en dehors la paupière, et la déplace à divers degrés. Plus tard, des granulations, des fongosités, des végétations, apparaissent sur la conjonctive en forme de bourrelet semi-ovalaire, plus épais à son milieu qu'à ses extrémités.

Si l'autre paupière est menacée en même temps, ce qui est rare, les extrémités du double bourrelet muqueux s'unissent vers les angles, et il en résulte un bourrelet formant un ovale complet, entourant la cornée à des distances variables, à la manière du chémosis, auquel il ne ressemble aucunement par ses autres caractères. Ce bourrelet, prenant de jour en jour un développement plus grand, chasse peu à peu la paupière, et le renversement devient alors complet.

Si cet état de choses dure longtemps, le bord libre de la paupière s'allonge, de sorte qu'en opérant la réduction de l'ectropion avec le doigt, on reconnaît qu'il est devenu trop étendu pour s'appliquer exactement contre le globe, la tumeur conjonctivale étant enlevée.

Plusieurs *moyens médicaux* ont été employés pour la cure de l'ectropion sarcomateux léger et incomplet. Les topiques astringents, comme les collyres de plomb, de zinc et autres, les pommades résolutes, celles de précipité rouge ou blanc, les pommades de zinc, de cuivre et autres encore, ont été recommandées selon le cas. On y doit recourir, si la maladie est encore récente et peu grave.

Les *moyens chirurgicaux* employés pour la guérison de l'ectropion sarcomateux varient selon la gravité de la maladie et ses complications. Ils sont de trois ordres:

- 1° La cautérisation ;
- 2° L'excision du bourrelet formé par la conjonctive dégénérée ;
- 3° L'excision simultanée de ce bourrelet et d'une partie triangulaire de toute l'épaisseur de la paupière.

A. Cautérisation. — Elle n'est applicable que dans les cas les plus légers, et en particulier lorsqu'un épaissement conjonctival de peu de volume existe entre le globe et le bord libre de la paupière ; cependant on a guéri des ectropions complets par ce seul moyen répété pendant un temps considérable à des distances plus ou moins éloignées, et alors que la muqueuse présentait déjà un épaissement sarcomateux capable par son volume d'opérer seul le renversement palpébral. Mais, hâtons-nous de le dire, ce procédé est alors d'une longueur impossible à calculer, et doit être absolument réservé aux cas peu graves et récents, parce que l'action du caustique, en même temps qu'elle n'agit pas toujours d'une manière suffisante, ne peut souvent pas être limitée exactement dans ses effets, et qu'il peut en résulter à la longue de violentes ophthalmies traumatiques et même des dégénérescences de la muqueuse, des symblépharons, etc.

On a pratiqué la cautérisation de la muqueuse avec divers agents, parmi lesquels le crayon de nitrate d'argent nous paraît devoir tenir la première place ; cependant j'ai guéri bon nombre de malades, par l'application du crayon de sulfate de cuivre tous les deux jours sur la conjonctive. Hippocrate, Celse, et quelques chirurgiens modernes, ont recommandé le cautère actuel ; Weller conseillait le beurre d'antimoine ; Guthrie, l'acide sulfurique, etc. ; mais tous ces moyens dangereux ont cédé la place au caustique lunaire.

La cautérisation avec le nitrate d'argent se pratique de la manière suivante. Le malade est assis, sa tête est soutenue par un aide. Le chirurgien abaisse la paupière autant que possible, pour mettre en relief la partie malade de la muqueuse ; au moyen d'une curette ou de tout autre instrument de peu de volume, il pousse dans le grand pli conjonctival, entre le bourrelet muqueux et l'œil, et cela d'un angle à l'autre, une petite boulette de coton imprégnée d'huile, dans le but de protéger la conjonctive bulbaire contre l'action du caustique. Si les parties à cautériser ont été atteintes par le corps gras, elles sont soigneusement essuyées avec un linge fin, puis légèrement mouillées d'eau avec une éponge.

On promène alors le crayon de nitrate d'argent sur toute la surface malade, avec la lenteur et la précaution convenables, en ayant soin d'épargner le point lacrymal. Après quelques secondes d'attente nécessaire pour que l'action du caustique devienne aussi complète que possible, on lave, avec de l'eau légèrement additionnée d'acide chlorhydrique fumant, ou tout simplement avec de l'eau salée, toute la partie blanchie par le nitrate, pour enlever et neutraliser complètement tout ce qui serait de trop, puis on enduit l'escarre d'une forte couche d'huile, et on laisse la paupière reprendre sa place normale. Après une heure, on enlève la boulette de coton placée dans le sillon conjonctival, et on recommande au malade de continuer de faire sur l'œil les fomentations d'eau froide qu'il a dû commencer immédiatement après l'opération.

Après l'élimination de l'escarre, la cicatrisation des tissus sous-jacents commence, et le raccourcissement de la muqueuse qui en résulte protège bientôt la paupière contre un renversement plus grand, puis ensuite la redresse.

On ne doit point oublier ici surtout que la durée de la contraction des cicatrices est indéfinie, et qu'il est important de ne pas trop se hâter, après une première cautérisation, de recourir à une seconde, qui pourrait en définitive avoir pour effet de convertir le renversement palpébral en une affection bien plus grave, l'entropion. Cette dernière observation s'applique plus particulièrement aux cas où la cautérisation aurait été faite avec le fer rouge, le beurre d'antimoine ou l'acide sulfurique.

Si, malgré toutes les précautions que nous avons recommandées, il arrivait qu'une partie de la conjonctive bulbaire se trouvât cautérisée par le point correspondant de la muqueuse palpébrale contenant un excédant de nitrate, on devrait surveiller avec soin si des adhérences entre les deux feuillets muqueux ne pourraient point en être la conséquence, et les rompre au fur et à mesure pour ainsi dire de leur formation, soit en y portant directement un stylet un bon nombre de fois, soit en appliquant sur la paupière une bandelette agglutinative pour détruire le parallélisme des surfaces atteintes par le caustique, soit enfin en recommandant au malade, surtout s'il s'agit de la paupière inférieure, de porter souvent le doigt sur cet organe, et d'y imprimer par secousses des mouvements répétés et étendus. Il est inutile dans tous les cas, et en particulier dans ceux de cette nature, de recourir à l'introduction, sur la surface muqueuse, de corps étrangers d'aucune espèce, pour

empêcher la formation de ces adhérences qui constituent la maladie que nous avons décrite sous le nom de symblépharon.

B. *Excision du bourrelet formé par la conjonctive dégénérée.* — Lorsque le renversement de la paupière est occasionné par la présence d'un bourrelet volumineux, fusiforme, recouvert de granulations et de végétations volumineuses de la conjonctive, la cautérisation ne doit plus être pratiquée, et c'est à l'excision de ce bourrelet muqueux qu'il convient de recourir.

On l'a exécutée de plusieurs manières : Antyllus enlevait de la conjonctive un lambeau en V, et réunissait les lèvres de la plaie par la suture ; mais il restait, de chaque côté, des parties muqueuses malades, et des inflammations très fortes de l'œil lui-même en devaient nécessairement être la suite, les sutures conjonctivales faisant l'office de corps étrangers. Paul d'Égine perforait avec une longue aiguille la partie boursoufflée de la conjonctive, et la soulevant ainsi d'un angle de l'œil à l'autre, la disséquait avec une grande facilité au moyen de ciseaux. A l'exemple de M. A. Severin, Bordenave, Bartsch, Richter, j'ai soulevé le bourrelet muqueux au moyen d'anses de fil passées de distance en distance chez un sujet très pusillanime, et la dissection m'a paru des plus faciles. Depuis plusieurs années je me trouve parfaitement de ce procédé. Scarpa, Roux, conseillent d'opérer avec une érigne ou une pince ; mais les tissus se déchirent souvent, et les anses de fil sont préférables.

Rien n'est plus simple que cette petite opération : qu'on saisisse le bourrelet muqueux avec les anses de fil, avec les pinces de Graefe ou de Himly, qu'on l'accroche avec une érigne simple à la manière de Jæger, qu'on le dissèque ensuite avec des ciseaux de Cooper, de simples ciseaux courbés, ou avec des bistouris convexes ou droits, on ne trouve nulle part de difficulté dans une opération qui n'en présente point en réalité. Une simple aiguille courbe et du fil, de simples pinces à disséquer, une paire de ciseaux droits, peuvent remplacer aisément tous ces instruments, qui ne me paraissent point offrir de sérieux avantages.

Lorsque l'écoulement du sang a cessé, l'opérateur doit veiller à rapprocher autant que possible les lèvres de la plaie. On obtient cela très aisément en remplaçant la paupière dans sa position naturelle, et en appliquant dessus, soit des bandelettes agglutinatives, soit un bandage monoculus ordinaire peu serré. J'ai plusieurs fois

opéré des ectropions sarcomateux sans prendre la précaution de relever la paupière, mais en cautérisant légèrement le lendemain les lèvres et le fond de la plaie avec un crayon de nitrate d'argent. En agissant ainsi, je n'ai eu aucune inflammation consécutive, parce que cette manière de faire me permettait d'appliquer des fomentations d'eau froide ou glacée, selon la saison, sur l'œil opéré, et j'ai obtenu un redressement plus complet que par la simple excision.

Lorsqu'il n'y a point de bourrelet sarcomateux et que la conjonctive, bien qu'exposée à l'air, n'est point dégénérée, phénomène qu'on remarque assez souvent dans les ectropions séniles, ou lorsque l'ectropion est produit par un léger raccourcissement de la peau, on peut se borner à agir sur la muqueuse selon le procédé suivant :

Procédé d'Antyllus. — Il consiste à enlever sur la conjonctive un lambeau en forme de V, dont la base est tournée vers le bord libre ; le tarse n'est aucunement intéressé. Il n'est point absolument indispensable, loin de là, de donner cette forme triangulaire à la perte de substance, et l'on peut se borner, comme le recommandait l'illustre Bordenave, imité en cela par M. Pétrequin, de Lyon, et par beaucoup d'autres chirurgiens, à enlever la partie exubérante de la muqueuse en agissant selon le diamètre transversal de la paupière, et à pratiquer au besoin, car cela n'est pas toujours nécessaire, un pansement convenable pour maintenir l'organe opéré dans sa position normale.

Procédé de Dieffenbach. — Il est enfin un autre moyen d'agir sur la muqueuse dans le cas d'ectropion ; on le doit à Dieffenbach. Le procédé consiste à inciser toute l'épaisseur de la paupière depuis la peau jusqu'à la conjonctive, au delà du bord adhérent du tarse, et assez près du rebord de l'orbite, puis à attirer au dehors la lèvre supérieure de la conjonctive incisée, en lui faisant traverser la plaie, et à la fixer à la lèvre inférieure de celle-ci, au moyen d'épingles et d'une suture entortillée. La lèvre supérieure de la plaie peut n'être pas comprise dans les épingles : on évite ainsi, selon Chélius, une suppuration assez abondante. Lisfranc, Cunier et M. Carron du Villards paraissent avoir retiré de véritables avantages de ce procédé, qui ne nous semble, de même qu'à M. Velpeau, qu'un moyen d'exception, applicable seulement à certains cas particuliers. Il paraîtrait, au reste, que ce moyen, encore peu expérimenté, a échoué entre les mains de M. Serre