

sur un malade de Montpellier, que Cunier a eu l'occasion d'y voir en 1838.

Lorsque la paupière ne s'applique pas exactement à toute la surface convexe du globe, quand on la redresse et qu'elle paraît plus grande qu'il ne convient, il n'y a pas lieu de recourir aux diverses opérations que nous venons d'indiquer (et pas même au procédé de Dieffenbach, que Cunier juge pouvoir remplacer par celui d'Adams, dont nous allons parler), parce qu'elles n'empêcheraient pas la formation d'un cul-de-sac dans lequel les larmes ne cesseraient de s'accumuler. Cette circonstance tient à l'allongement du bord libre de la paupière par suite du relâchement des ligaments interpalpebraux, et à la courbure en sens inverse du tarse, conséquence du renversement de ce fibro-cartilage. Cette seconde opération, devenue nécessaire, fait l'objet du paragraphe suivant :

C. *Excision du bourrelet sarcomateux de la conjonctive et d'une partie triangulaire de toute l'épaisseur de la paupière.* — Lorsque le bord libre de la paupière est notablement allongé, ce qu'on doit chercher à reconnaître avant toute opération d'ectropion, en mesurant la longueur avec un gros fil fortement ciré qu'on reporte ensuite sur l'œil sain, on doit non-seulement enlever le bourrelet sarcomateux comme nous l'avons indiqué, mais encore employer un moyen capable de diminuer l'étendue du bord libre lui-même. Dans quelques cas il m'a suffi, pour guérir le mal, d'enlever le bourrelet sarcomateux et de produire au côté externe un ankyloblépharon artificiel. Lorsque la paupière est maintenue redressée, l'allongement disparaît peu à peu, et alors on peut diviser la bride, faire disparaître l'ankyloblépharon sans aucun danger, et rétablir ainsi les choses dans leur état ordinaire. La trace de l'avivement des bords libres n'est pas apparente. Si l'allongement de la paupière est trop grand, on a recours à l'un des procédés suivants :

Procédé de W. Adams. — Ce moyen, imaginé en 1812 par W. Adams, est encore souvent mis en pratique aujourd'hui. Il consiste à enlever, avec des ciseaux ou un bistouri, un lambeau triangulaire comprenant toute l'épaisseur de la paupière, depuis la peau jusqu'à la conjonctive inclusivement. La base du triangle, regardant le bord libre, est placée au milieu du diamètre transversal; elle a de 5 à 10 millimètres d'étendue, et les côtés

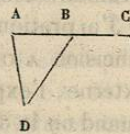
descendent vers le bord inférieur de l'orbite, de 12 à 25 millimètres environ. On réunit la plaie au moyen de la suture entortillée pratiquée sur des épingles qui traversent toute l'épaisseur de la paupière. Ces épingles doivent être placées avec un soin tout particulier, celle surtout qui est au bord libre, car autrement il en résulterait un coloboma. Les pinces à suture que nous avons imaginées, et dont les branches se bifurquent à leur extrémité, sont très utiles dans cette circonstance, parce que les tissus saisis entre les quatre mors présentent à l'épingle un point d'appui solide et sont perforés avec la plus grande précision dans l'endroit et dans l'épaisseur nécessaires. (Voy. le dessin de ces pinces à l'article *Blépharoptose*, p. 479.)

Ce mode opératoire, tout ingénieux qu'il est, a été sévèrement jugé par beaucoup de chirurgiens, parce qu'il laisse une cicatrice au milieu de la paupière et qu'il substitue une difformité à une autre, circonstance qui a une certaine valeur dans quelques cas particuliers. C'est ce motif qui a fourni à Dieffenbach l'occasion de créer un procédé présentant quelque analogie avec le procédé conseillé par M. le professeur d'Ammon, qui pense avec raison, suivant nous, que dans tous les cas on ne doit recommander l'excision d'un lambeau triangulaire qu'à l'angle externe de l'œil, parce que la cicatrice se cache aisément dans l'un des plis cutanés naturels existant en cet endroit. Cet ingénieux procédé de Dieffenbach, applicable aux deux paupières, est décrit dans les termes suivants par M. Deval (*loc. cit.*, p. 467).

Procédé de Dieffenbach. — « Nous supposons qu'il s'agisse de pratiquer cette opération à la paupière inférieure du côté droit (fig. 43).

« On commence par pratiquer en dehors de l'angle externe, et très près de cet angle, trois incisions A B, A D, et B D. La pyramide doit être disposée de telle sorte que sa base, longue de 6 ou 8 millimètres environ, soit au niveau de la commissure externe. On dissèque le lambeau cutané circonscrit par les trois sections, et on l'extirpe; puis on divise la commissure temporale par une incision transversale B C, qui fait suite à la limite supérieure de la plaie triangulaire; on détache la paupière en dehors, on en résèque le bord ciliaire, près de l'angle externe, dans une longueur qui équivaut à celle de la base de la pyramide. Cela fait, l'extrémité externe du voile est

Fig. 43.



amenée dans *ABD*, la lèvre saignante du bord libre se mettant en rapport avec *AB*; l'organe redressé et tendu est enfin fixé dans cet endroit à *AB* et à *AD*, par la suture entortillée, à l'aide d'épingles à insectes. »

C'est pour éviter la cicatrice verticale placée au milieu de la paupière, lorsqu'on met en pratique le procédé de *W. Adams*, que j'ai préféré plusieurs fois faire la perte de substance nécessaire à l'angle externe, comme il est indiqué dans la figure 44.

Un premier trait de bistouri divise l'angle externe selon la ligne *AC*. Une autre incision, partant du bord libre renversé, est dirigée selon la ligne *BC*. La base du triangle cutané, mesurée par la ligne *AB*, se trouve ainsi formée par le bord libre de la paupière. On pratique aussitôt sur la muqueuse renversée deux autres

Fig. 44.

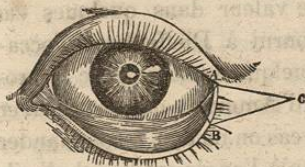
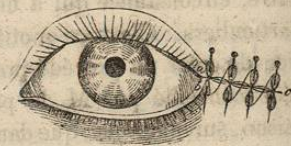


Fig. 45.



incisions partant des points *AB*, et se réunissant dans le repli de la conjonctive sur le globe, de manière à enlever une portion muqueuse triangulaire, dont la base repose sur celle du triangle cutané. La réunion est des plus faciles, à cause de l'extrême laxité de la peau en cet endroit. Le bord libre de la paupière est entraîné en haut, et fixé sur l'extrémité interne de la ligne *AC* de la figure précédente. Les deux côtés du triangle mesurant la perte de substance sont réunis par quatre camions, sur lesquels on pratique la suture entortillée. Les lettres *bb* (fig. 45) indiquent le point de réunion après l'enlèvement du double lambeau triangulaire muqueux et cutané; *c* montre la limite de l'incision du côté externe. Ordinairement deux épingles suffisent.

J'ai pratiqué plusieurs fois ce procédé; mais j'ai eu soin de faire l'incision *AC* de la figure précédente un peu au-dessous de l'angle externe, l'expérience démontrant qu'il s'arrondit assez souvent quand on le divise.

Deuxième variété. — *Ectropion par allongement et par déformation du tarse.* — L'hypertrophie du tarse, ainsi que nous

l'avons dit plus haut, suit assez fréquemment les ophthalmies purulentes chroniques, le phlegmon palpébral, et quelquefois la blépharite glandulaire invétérée, et devient ainsi une des nombreuses causes de l'ectropion. Selon *Reil*, qui a proposé l'incision et l'excision du cartilage, ce serait une des causes les plus fréquentes du renversement des paupières; mais, il faut se hâter de le dire, cet auteur semble être tombé là dans une étrange erreur, car la pratique démontre évidemment que c'est une des plus rares. On conçoit aisément cependant que si dans quelque cas le fibro-cartilage croît en hauteur, c'est-à-dire selon son diamètre vertical, et que les fibres de l'orbiculaire déplacées soient entraînées vers son bord supérieur, on conçoit, dis-je, que ces fibres, en se contractant et en agissant plus spécialement sur ce bord, fassent basculer la paupière épaissie, et que celle-ci se renverse tout à fait par ce double motif. Quoi qu'il en soit à l'égard de cette explication, il est hors de doute que le tarse s'épaissit, et que son allongement, existât-il seul, produirait au moins une blépharoptose, qui nécessiterait une opération semblable dans les deux cas (voy. *Blépharoptose*).

Weller, que nous laissons parler, décrit ainsi cette opération, qu'il paraît avoir pratiquée un certain nombre de fois : « Après avoir saisi les végétations dures et sarcomateuses de la conjonctive avec une égrigne semblable à celle dont on se sert pour l'extirpation des tumeurs enkystées des paupières, j'enlève le mieux possible ces productions avec le petit bistouri dont *Bénédict* fait usage pour ouvrir le sac lacrymal, et je fais au milieu de la paupière la résection d'une portion du cartilage tarse de la longueur d'environ 2 lignes, en ayant soin de ne pas intéresser l'arête externe du bord de la paupière. Je réduis ensuite l'ectropion et je maintiens la paupière dans sa situation naturelle au moyen de bandelettes agglutinatives qu'on renouvelle tous les jours avec soin, jusqu'à l'entière cicatrisation. Lorsque cela est nécessaire, non-seulement je fais continuer l'emploi de ce moyen après la guérison, mais je prescris aussi les frictions stimulantes et spiritueuses. Jusqu'à présent, dans tous les cas où j'ai suivi cette marche, l'ectropion a été guéri d'une manière durable; il n'en est résulté qu'un petit sillon du bord palpébral dans le point où le tarse avait été excisé. Le principe sur lequel repose ce procédé opératoire est ce fait d'expérience, que toute plaie avec perte de substance, si les bords n'en sont pas tenus écartés par la contraction des fibres

musculaires divisées, se réunit par le rapprochement de ses bords pendant la cicatrisation. »

Le tarse peut encore subir diverses modifications dans sa forme, et cela indépendamment d'un plus ou moins haut degré d'allongement et d'épaississement. Il suffit de rappeler, d'une part, que ces modifications peuvent avoir lieu, et d'autre part qu'on obtient de bons résultats dans la résection de ce cartilage, pour qu'on soit à même de pratiquer les opérations convenables à chaque cas particulier.

Nous terminerons par quelques mots sur un procédé d'exception que son auteur, de Walther, a nommé *tarsoraphie*, et qui a quelque analogie avec le procédé de Weller et celui d'Adams, du moins en ce que dans les deux cas on enlève une assez grande portion du cartilage. « Chez un individu que j'ai opéré, dit le professeur de Munich, la commissure externe était tirillée vers la tempe par une cicatrice avec perte de substance siégeant dans cet endroit. La commissure était ronde, irrégulière; les paupières renversées en dehors, et la conjonctive enflammée. La cicatrice fut circonscrite par deux incisions réunies vers la tempe; la base du triangle enlevé comprenait le tiers externe du cartilage tarse de l'une et l'autre paupière; la plaie fut réunie par deux points de suture, et la guérison du double ectropion fut complète. » Ledran a consigné dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (t. II, p. 21) un fait à peu près semblable, dans lequel des moyens analogues ont été suivis d'une réussite complète.

Troisième variété. — *Ectropion par raccourcissement de la peau.* — Lorsque la maladie est au premier degré et qu'elle est causée par des affections impétigineuses, il suffit d'appliquer pendant quelque temps des émollients sur les portions de peau malades, comme l'ont conseillé Fabrice d'Acquapendente, Richter, Beer et Scarpa, et d'aider le redressement en conseillant au malade d'exercer des tractions répétées sur les parties, pour en opérer la distension.

Si, au contraire, l'ectropion est le résultat de brûlures, de caries, de tumeurs charbonneuses, de plaies avec perte de substance, etc., etc., on devra, selon le cas, recourir à l'un des procédés suivants, en ayant soin de les modifier de différentes manières, suivant le cas particulier auquel on aura affaire.

1^o Procédé de Celse, ou simple incision des cicatrices. — Ce

moyen, imaginé par Celse, employé par un grand nombre d'auteurs qui l'ont modifié de différentes manières (Albukasem, Guillemeau, Heister, Dionis, Fabrice d'Acquapendente, Richter, Acrel, Beck et autres), consiste à diviser la cicatrice par une incision en demi-lune, disposée de manière que les extrémités en soient tournées vers les angles de l'œil pour la paupière supérieure, et, vers les mâchoires pour la paupière inférieure, et à maintenir écartées les lèvres de la plaie par des plumasseaux de charpie ou d'autres corps étrangers. L'incision, énergiquement blâmée par Maître-Jan, Fabrice de Hilden, Bordenave, et plus tard par presque tous les chirurgiens modernes, parmi lesquels figurent Richerand et Scarpa, a été pratiquée avec succès par Pellier (t. II, p. 145) et par M. A. Petit, qui en cite un cas remarquable (*Obs. clin.*, p. 176); elle a été remise en honneur par Lisfranc il y a quelques années, et semble devoir rendre de véritables services dans quelques cas particuliers. Si l'on choisit ce moyen, il conviendra, pour maintenir l'allongement de la cicatrice, d'essayer du procédé conseillé par M. Amussat, et qui consiste à rompre tous les jours la membrane pyogénique dans le fond de la plaie, au moyen d'un instrument pointu. La pratique nous a convaincu qu'en y mettant de la persévérance, on en obtient un bénéfice véritable, surtout si l'on a soin de maintenir la paupière redressée, soit par des bandelettes agglutinatives (J. Fabrice et Solingen), soit par des fils traversant toute l'épaisseur de la paupière, et fixés, selon qu'il s'agit de la supérieure ou de l'inférieure, au front ou à la joue (Acrel).

Si les cicatrices sont dures, épaisses et adhérentes aux os, il sera bon, avant de recourir aux procédés suivants, de recommander au malade, longtemps avant l'opération, d'exercer, selon le conseil de quelques auteurs, de fortes tractions dans tous les sens sur les tissus, afin de les rendre aussi mobiles que possible.

2^o Procédé de W. Adams. — Nous l'avons décrit tout à l'heure; nous n'y revenons ici que pour ajouter que dans le cas où les brides sont fort étendues, il est indispensable de prolonger le sommet du triangle aussi loin que possible, de disséquer la peau à droite et à gauche sous les lèvres de l'incision, dans une étendue convenable pour que la réunion soit aisément obtenue. Le pansement est fait comme il a été dit, au moyen d'épingles et de la suture entortillée, et les tissus sont soutenus par de fortes bandelettes agglutinatives, qui ont pour office d'empêcher l'écartement de la

plaie et d'en favoriser la réunion par première intention. On recommande dans ce même but des fomentations froides sur la plaie, pendant un jour ou deux, et l'on veille avec attention à ce qu'aucune cause d'expectoration, de toux, d'éternement, de vomissement, ne tourmente le malade pendant les premières quarante-huit heures, la rupture de la cicatrice pouvant en être la conséquence, ainsi que nous l'avons vu sur un de nos opérés, chez lequel du tabac pris par le nez était, pendant le décubitus dorsal forcé, descendu sur la luette et dans le pharynx.

Ce procédé d'Adams est très fréquemment appliqué en France; j'en ai tiré de très bons résultats; mais j'ai vu, comme Dieffenbach, la plaie suppurer et la paupière être sérieusement compromise par suite de la suppuration et de la perte de substance qu'elle avait subie. Le plus grave inconvénient qui survienne dans ce cas c'est un raccourcissement fort considérable dans le diamètre transversal; Dieffenbach croit l'éviter en remplaçant l'incision en V par une incision ayant la forme de deux parenthèses réunies à l'une de leurs extrémités. (Voy. plus bas, p. 523.)

3° *Procédé de Chélius.* — Chélius (*loc. cit.*, p. 147, traduction de Reus et Deyler) décrit dans les termes suivants les indications particulières de ce procédé, dont il a tiré des avantages marqués. « Chaque fois que le raccourcissement de la peau existe à un degré notable, et qu'il y a une cicatrice très dure, il faut chercher à obtenir une cicatrice suffisamment large, et raccourcir le diamètre transversal du bord palpébral, qui, dans l'ectropion considérable, est ordinairement allongé. »

La peau est incisée dans toute la largeur de la paupière aussi près que possible, et même au delà du bord adhérent du cartilage tarse, jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent; les lèvres de la plaie sont disséquées assez loin, pour ramener la paupière à sa direction normale. On divise au besoin les fibres de l'orbiculaire par quelques coups de bistouri donnés en travers; si l'on éprouve quelque difficulté à replacer convenablement l'organe, on enlève à coups de ciseaux les végétations et le boursoufflement de la conjonctive s'il en existe, puis on incise la commissure externe, pour empêcher, pendant quelque temps, toute action de l'orbiculaire. Lorsque cette incision est cicatrisée, elle produit la contraction de l'angle de l'œil, et agit, en quelque sorte, directement contre la cicatrice à laquelle elle est destinée à faire équilibre. La paupière est maintenue redressée, au moyen de deux anses de fil, placées sous la peau seu-

lement, et fixées au front ou à la joue; et les plaies sont pansées avec de la charpie sèche ou un onguent adoucissant.

4° *Procédés de Dieffenbach.* — Ils s'appliquent à quelques conditions particulières :

1° Si les cicatrices sont petites, irrégulières et n'intéressent que la peau, on les excise et l'on réunit avec soin par première intention les deux lèvres de la petite plaie.

2° Quand elles sont transversales, on emploie la division sous-cutanée et l'on multiplie les coups de ténotome de manière à diviser toute la paupière et le cartilage. Ensuite on abaisse convenablement la paupière et on la maintient en cet état.

3° Quand la paupière est raccourcie dans son milieu par une cicatrice, on excise toute l'épaisseur de l'organe par deux incisions semi-elliptiques se joignant en haut ou en bas, suivant la paupière sur laquelle on opère et ayant cette forme \cap , puis on réunit comme dans le coloboma.

On comprend que le premier de ces procédés réussisse, et tout le monde l'a mis en pratique avant le chirurgien de Berlin; mais ce n'est pas en transformant toute une paupière en tissu cicatriciel, comme dans le second procédé, que l'on doit raisonnablement en espérer l'allongement et le redressement. Quant au troisième, c'est le procédé d'Adams légèrement modifié.

5° *Procédé d'Ammon.* — Il est réservé au cas d'ectropion reconnaissant pour cause une carie du rebord de l'orbite. On sait que souvent, à la suite de cette dernière maladie, la peau, en s'enfonçant dans la perte de substance, y contracte de fortes adhérences, et entraîne la paupière en la retournant. Il paraît, selon Stœber (*loc. cit.*, p. 116), que ce procédé a été mis à exécution par son auteur avec une réussite complète. Il consiste à circonscrire l'adhérence au moyen d'une incision circulaire, à décoller, par la dissection, la lèvre la plus éloignée de la paupière, puis à attirer cette partie disséquée par-dessus la cicatrice, qui reste en place, et à la réunir à la lèvre opposée. Les paupières sont maintenues rapprochées l'une de l'autre par des bandelettes, jusqu'à la cicatrisation.

Nous avons mis nous-même en pratique ce moyen, que nous ne savions point avoir déjà été imaginé avant nous, mais dans un autre but. Il s'agissait d'une jeune personne de quinze ans, singulièrement défigurée par une cicatrice profonde, placée au côté externe inférieur de l'orbite, et dont les parents voulaient à tout prix

faire disparaître la difformité. Après quelques hésitations, justifiées par la crainte que nous avions de voir suppurer la plaie qui résulterait de l'opération même, nous exécutâmes le procédé de M. d'Ammon, non pas pour faire disparaître un ectropion, puisqu'il n'y en avait pas, mais pour masquer l'enfoncement désagréable qui avait suivi la cicatrisation de l'os carié. Nous ne fîmes point, comme le célèbre professeur de Dresde, une incision circulaire; nous lui donnâmes la forme d'une feuille de myrte très allongée, afin de réunir plus facilement et plus exactement. Il n'y eut point de suppuration; la carie ne reparut pas, et la jeune fille n'a plus aujourd'hui de difformité autre que la trace blanche linéaire de la cicatrice.

Quatrième variété. — *Ectropion par maladies de l'orbiculaire.*

— Ces maladies sont nombreuses; quelques-unes, comme la paralysie qui est la conséquence d'affections cérébrales, comme certaines ophthalmies, la photophobie chronique, etc., etc., exigent un traitement médical; les autres, un traitement chirurgical. Nous ne nous occuperons ici que des dernières, parmi lesquelles nous ferons figurer :

1° *La contraction spasmodique de l'orbiculaire;*

2° *Le déplacement, vers le bord adhérent du tarse, de nombreux faisceaux de fibres musculaires;*

3° *La division du tendon soit par plaie, soit par maladresse dans l'opération de la fistule ou dans l'extraction des canules.*

Lorsque les deux premières causes sont légères, on peut, dans quelques cas, les combattre par des moyens fort simples.

Le spasme, par exemple, peut être avantageusement attaqué, soit par les antispasmodiques administrés à l'intérieur, soit par des applications locales de morphine, faites selon la méthode endermique, ou mieux encore au moyen de ponctions avec une lancette chargée d'une solution concentrée de cette préparation.

Quant au déplacement des fibres de l'orbiculaire, qu'on reconnaît aisément à un plissement transversal de la peau et au renversement brusque de la paupière, lorsque après la réduction de l'ectropion on recommande au malade de fermer l'œil avec force, il peut être guéri quand il est encore récent et léger, par une seule application de caustique (l'acide sulfurique), ou, ce qui est préférable, par l'excision d'une petite portion de peau dans un endroit rapproché du bord libre, et cette perte de substance

cutanée qu'on pourrait au besoin produire au moyen d'une pince et de ciseaux, comme on le pratique dans l'entropion, ramène les fibres de l'orbiculaire plus près du bord ciliaire, et rend impossible le renversement de la paupière en dehors. Il est hors de doute pour nous que cette variété d'ectropion est très commune.

Si les contractions spasmodiques, qui sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, ou le déplacement des fibres de l'orbiculaire, cas infiniment plus fréquent, résistent à ces moyens, on pourra en triompher par la division en travers des fibres placées au delà du bord adhérent du tarse, soit selon le procédé du docteur Key (*the Lancet*, 5 novembre 1825), applicable surtout dans l'entropion, soit selon celui du docteur Cunier (*Annales d'oculistique*, vol. V, p. 264). Ces deux procédés, dont nous avons déjà parlé (voyez *Entropion*), consistent tous les deux à détruire, par une incision, les portions de l'orbiculaire tendues à la suite de contractions spasmodiques, ou déplacées par le relâchement sénile de la peau.

La division du tendon de l'orbiculaire, signalée par quelques auteurs comme cause d'entropion, et jugée incurable par quelques-uns, peut être facilement guérie par l'application d'un bandage convenable maintenu en place pendant le temps nécessaire à la réunion de la solution de continuité. J'ai vu plusieurs fois la section du tendon maladroitement faite pendant l'opération de la fistule lacrymale ou l'extraction de la canule de Dupuytren. Je l'ai pratiquée par nécessité plusieurs centaines de fois dans l'occlusion des voies lacrymales sans qu'il en résultât aucune trace d'ectropion ou aucun autre inconvénient sérieux.

Cinquième variété. — *Ectropion par suite de tumeurs intra-oculaires ou situées dans l'orbite.* — Cette maladie étant produite par des affections de nature diverse, parmi lesquelles figurent le phlegmon, le cancer, le fungus médullaire, les staphylômes, les tumeurs de toute nature de l'orbite, nous ne nous en occupons ici que pour rappeler qu'elle peut accompagner ces graves accidents.