tarse est déformé, on peut en pratiquer l'évidement (*Streatfesld*). Si, d'autre part, on juge que les fibres musculaires contribuent au renversement, on en excise, d'un coup de ciseaux, un lambeau en feuille de myrthe, parallèlement au bord ciliaire et très près de lui. »

Je crois, messieurs, qu'avec les opérations que nous venons de passer en revue, vous aurez tous les éléments nécessaires pour faire dans chaque cas un choix approprié; d'ailleurs vous avez pu constater qu'à cette clinique les opérations de ce genre que l'on pratique sont fort peu variées. Aussi me paraît-il inutile de charger votre mémoire en vous exposant des procédés tels que celui de *de Graefe*, par exemple, dans lequel il voulait combiner l'excision de la peau, la myotomie et la tarsotomie, en donnant à cette excision la forme d'un triangle verticalement situé par rapport au bord palpébral.

On peut dire qu'en ayant recours à de pareils procédés on se crée volontairement des difficultés, et l'on s'expose au danger de voir subsister des traces très apparentes (coloboma) à la suite d'une opération qui peut être exécutée sans qu'il en reste le moindre vestige (comme dans le procédé de *Snellen*, par exemple). Il ne faut pas oublier ici que toutes les incisions longitudinales ne laissent que des cicatrices parfaitement disposées pour être cachées dans les plis des paupières. Espérons que le temps est passé où, en voulant chercher des procédés nouveaux, on n'a souvent réussi qu'à accroître les difficultés, et que nous sommes actuellement arrivés à une époque de simplification, celle-ci portant toujours avec elle le cachet du vrai.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

ECTROPION.

De même que nous l'avons établi dans le cas où il s'agissait d'un entropion, pour faire un choix bien approprié de la méthode opératoire à instituer, il faut tout d'abord se préoccuper de la cause qui a déterminé l'affection à laquelle on se propose de remédier. En outre, ce qui prend ici une plus grande importance encore que pour l'inversion des paupières, il sera nécessaire d'adjoindre à ce diagnostic la détermination exacte du changement de forme supporté par la paupière et qui accompagne constamment l'ectropion; enfin on se renseignera également sur le degré de désorganisation qu'a subi le revêtement cutané de la paupière. Cette dernière recherche relative à une perte plus ou moins sensible du côté de la peau portait, dans le cas où l'on avait affaire à un entropion, sur l'existence de cicatrices conjonctivales; mais tandis que le changement d'étendue de la paupière jouait pour ce qui regarde l'entropion un rôle tout à fait secondaire dans le choix opératoire, il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'un ectropion.

Aussi avons-nous ici à bien distinguer entre la forme *musculaire* et la forme *cicatricielle;* et pour cette dernière, deux variétés doivent encore être établies suivant que les cicatrices n'intéressent exclusivement que le derme, ou bien qu'elles ont empiété, après une destruction plus ou moins considérable de la peau, sur la charpente palpébrale (tarse et fascia). Il ressort clairement de ceci que nos moyens chirurgicaux devront nécessairement varier avec les cas qui se présenteront : ils s'adresseront à l'appareil musculaire dans la forme *spasmodique;* lorsqu'il s'agira d'une rétrac-

tion dermique, ils consisteront à contre-balancer celle-ci par une suture temporaire des paupières; enfin une destruction plus ou moins profonde du tissu propre de la paupière étant la cause de l'éversion, il faudra adjoindre à cette suture les ressources que fournit la greffe et la blépharoplastie.

Donc, si vous entendez professer que l'on peut guérir toutes les formes d'ectropion par un unique moyen, tel, par exemple, que la tarsorrhaphie que *Mirault* (d'Angers) a le premier préconisée, vous pouvez affirmer sans hésitation que l'on fera alors dans nombre de cas une opération inutilement compliquée, d'autres fois tout à fait insuffisante, mais que chez certains malades les résultats pourront être excellents.

Ectropion musculaire.

La *forme musculaire d'ectropion* se rencontre surtout lorsque, à la suite d'une inflammation violente de la conjonctive, accompagnée ou suivie d'un bourgeonnement considérable de la muqueuse, une pression notable a été exercée sur les parties centrales de l'orbiculaire, tandis qu'une irritation réflexe ayant porté sur la portion périphérique de ce même muscle la fait entrer en contraction spasmodique. En pareil cas il se produit un renversement dû à un mouvement de bascule, auquel on a, non sans à-propos, donné le nom de *paraphimosis conjonctival* ou *palpébral*.

Paraphimosis conjonctival ou palpébral.

Dans ce paraphimosis l'intégrité absolue de la forme des paupières est conservée, si toutefois il ne date que de très peu de temps. Mais a-t-il, au contraire, longtemps persisté chez des enfants, sur lesquels le bourgeonnement du corps papillaire justifie en quelque sorte le nom d'*ectropion sarcomateux* qu'on a aussi voulu lui assigner : alors on peut observer une véritable soudure entre la peau de la paupière renversée, et les portions palpébrales sur lesquelles ce renversement l'avait accollée. Cette réunion est la conséquence des excoriations que le manque de soins, l'humectation continuelle (les violences pour réduire pareil paraphimosis) ont

Ectropion sarcomateux

provoquées. Je tiens à bien vous faire saisir la différence entre le véritable ectropion spasmodique, qui se guérit en appliquant le moyen approprié à cette variété, et le paraphimosis devenu permanent et cicatriciel, et qui réclame encore un surcroît d'action dans le procédé curatif mis en œuvre.

S'il s'agit d'un paraphimosis récent, il peut suffire dans ce cas de maintenir la réduction à l'aide d'un bandeau; mais celui-ci doit constamment être appliqué en l'associant au pansement antiseptique lorsqu'une purulence de la conjonctive l'accompagne. Ainsi, ou l'on se servira de rondelles de lint boraté recouvertes de charpie trempée dans une solution d'acide borique (à 4 pour 100), le tout étant maintenu par une bande peu épaisse en gaze ou en toile fine, ou bien on trempera toutes ces pièces servant au pansement dans une solution d'acide salicylique à 1 pour 100. On pourra aisément continuer pendant plusieurs heures la compression sans renouveler le pansement, si l'on a soin de toujours tenir les diverses parties qui le constituent humectées avec les liquides qui ont servi à les imbiber. La raison pour laquelle nous voulons que le pansement ait le moins d'épaisseur possible, c'est que l'évaporation vient adjoindre l'action du froid, qui est très précieuse lorsqu'il s'agit d'une purulence de la conjonctive. N'oublions pas ici que la compression doit surtout avoir pour effet la réduction du paraphimosis ; en conséquence, il faut éviter soigneusement que le bandeau ne presse trop fortement sur les parties centrales de l'orbiculaire, tandis que la pression exercée sur les parties excentriques de l'orbiculaire, tout en favorisant leur mise hors fonction, risque de provoquer de nouveau un mouvement de bascule de la paupière.

Rencontre-t-on une trop grande difficulté pour la réduction, ou existe-t-il une tendance très accusée à la reproduction du paraphimosis : alors on ne doit pas hésiter à faire cesser l'étranglement par une large incision de la commis-

sure externe, comprenant le muscle et la muqueuse, pour procéder ensuite au pansement sus-mentionné.

En dépit de ce débridement, la réduction de la paupière est-elle rendue presque impossible, ou bien la réapparition de la déviation n'est-elle pas prévenue par la simple compression fournie par le bandeau : s'il s'agit d'un paraphimosis cicatriciel, on tâchera de se rendre compte du degré de traction qu'exerce la soudure superficielle de la peau, pour recourir dans une mesure appropriée à l'emploi simultané des moyens que nous indiquerons tout à l'heure. C'est ainsi que l'on facilitera et que l'on maintiendra la réduction par l'application d'une ou deux sutures de *Snellen*, ou que l'on procédera même à une tarsorrhaphie plus ou moins étendue, ou enfin que l'on en viendra à ajouter à la fois au débridement ces deux moyens de redressement : les sutures et la réunion des bords palpébraux.

Ectropion musculaire sénile.

Une autre variété d'*ectropion musculaire*, la forme *sénile*, est provoquée par un ensemble de causes qui concourent, chez les personnes âgées, à renverser en dehors la paupière inférieure. L'atrophie de la couche musculaire la plus mince de l'orbiculaire, c'est-à-dire celle qui rampe sur les tarses, permet aux fibres périphériques de faire exécuter un mouvement de bascule au tarse, qui a déjà perdu une adaptation aussi exacte par suite de l'atrophie du tissu graisseux de l'orbite. Le larmoiement qui s'ensuit donne lieu à une excoriation cutanée avec blépharite et rétraction de la peau de la paupière. Cette irritation inflammatoire favorise une infiltration œdémateuse qui contribue à attirer en dehors par son poids la paupière inférieure, déjà inexactement appliquée sur l'œil. Enfin le contact de l'air, s'exerçant sur la conjonctive renversée, la fait bourgeonner et prendre peu à peu l'aspect de l'ectropion sarcomateux.

Au début de cette forme d'ectropion sénile, il n'existe que très peu de changements dans la conformation de la paupière et du côté de son revêtement cutané ou muqueux ;

aussi le simple redressement au moyen des sutures de *Snellen*, dont nous expliquerons tout à l'heure l'application, suffit-il ici amplement. Mais à mesure qu'un rapetissement de la peau constamment excoriée est venu s'adjoindre à l'ectropion, en tendant à combattre la réduction, et que le bourgeonnement très accusé de la muqueuse constitue encore un obstacle à une exacte réapplication de la paupière, il faut ou préparer le retour à une situation normale de celle-ci par des cautérisations[1] énergiques du cul-de-sac, ou maintenir la réduction permanente par une réunion partielle du bord palpébral, précédant la fermeture des sutures de *Snellen*.

Il faut bien vous pénétrer de cette idée, messieurs, que la gradation dans les moyens à employer est en quelque sorte dictée par la durée de l'affection et par les modifications qu'elle a engendrées dans la conformation de la paupière renversée. A quiconque vous affirmerait, avec cette assurance que donne seule l'inexpérience, que l'on peut guérir toutes les formes de paraphimosis palpébral avec l'élargissement de la fente et toutes les variétés d'ectropion sénile par les sutures de *Snellen*, vous pourriez hardiment répondre qu'il n'en est rien. Pour nous, ce que nous regardons comme un fait d'une importance capitale, c'est la possibilité, dans un cas donné, de reconnaître, par une analyse minutieuse, lorsque nous ne devons pas nous contenter

1. La *cautérisation préparatoire*, que l'on pratique assez souvent en Angleterre comme unique moyen de traitement, et non sans succès dans certains cas, s'exécute de la manière suivante : on renverse encore davantage la paupière inférieure atteinte d'ectropion, de manière à mettre le cul-de sac à nu, et on l'essuie soigneusement avec un linge sec. On trace alors avec un crayon de nitrate d'argent une traînée de 2 à 3 millimètres de largeur qui s'étend tout le long du cul-de-sac. Après avoir ainsi cautérisé profondément la muqueuse, on ne laisse le cul-de-sac reprendre sa place primitive que lorsque l'on a bien neutralisé l'excès de caustique. Nous n'employons cette cautérisation comme préparation, pendant 2 ou 3 semaines avant l'emploi des sutures, que s'il s'agit d'un ectropion sénile compliqué à un haut degré de bourgeonnement de la conjonctive.

d'un unique moyen, qui forcément resterait impuissant pour s'opposer à une rechute.

Sutures de Snellen.

Les sutures de *Snellen*, représentant un procédé qui n'est autre que celui de *Diffenbach*, moins l'incision de la peau, car ce chirurgien incisait le tégument près du rebord orbitaire pour suturer la conjonctive avec les lèvres de la plaie, sont placées de la manière suivante :

Une aiguille de moyenne grandeur et modérément courbée est passée à chaque extrémité d'un fil de soie. Après avoir bien observé le siège de la partie la plus culminante de la conjonctive anormalement retournée, une aiguille est implantée dans ce point, pour cheminer ensuite exactement sous la peau de façon à aller sortir à 2 centimètres au-dessous du bord de la paupière. Avec l'autre aiguille on exécute absolument la même manœuvre. Les deux points d'entrée des aiguilles, sur la conjonctive, doivent être distants d'un demi-centimètre ; quant aux points de sortie, sur la joue, il faudra les espacer d'un centimètre. Cela fait, on tire sur chaque extrémité du fil, de manière à appliquer exactement et à serrer l'anse sur la conjonctive. On fait ainsi subir à la paupière un mouvement de bascule de bas en haut et d'avant en arrière. Pour que les fils ne coupent pas le tégument de la joue, il faut appliquer au niveau de leur sortie un petit morceau de peau de gant enroulé d'un centimètre carré environ, sur lequel la suture est liée. Le plus souvent, il faudra pour atteindre le résultat désiré placer une seconde suture. L'opération terminée, on applique un bandeau compressif. Les sutures seront ainsi maintenues en place pendant quatre jours pleins, après lesquels elles pourront être enlevées.

A-t-on pu prévoir que l'action de ces sutures restera insuffisante, ce qui aura surtout lieu si la peau de la paupière se montre très raccourcie, par suite d'excoriations profondes et fréquemment répétées : alors on fait bien dans ces cas caractérisés par une éversion très notable de la

conjonctive, de joindre à l'emploi des sutures une tarsorrhaphie partielle (voy. p. 324). A cet effet on place tout d'abord les sutures (au nombre de 2 ou 3) ; mais celles-ci ne sont serrées et liées, en commençant par les plus externes, qu'après que l'on a avivé et réuni avec les fils métalliques les bords palpébraux externes. Il ne faut surtout serrer la suture de *Snellen* placée au voisinage de la commissure interne (ou les deux sutures les plus internes, quand on en a appliqué trois) que lorsque la tarsorrhaphie est terminée ; autrement on s'exposerait à provoquer un entropion trop considérable, ayant pour effet d'amener un frottement irritant des cils contre le globe de l'œil.

Dans tous les cas, le pansement antiseptique maintenu au moyen d'un bandeau compressif sera adjoint à l'emploi des sutures, que celles-ci aient été appliquées seules ou qu'on les ait combinées avec la tarsorrhaphie.

Ectropion cicatriciel.

Dès qu'il s'agit de remédier à un *ectropion cicatriciel*, la première question à résoudre est de savoir jusqu'à quel point la perte de substance du tégument de la paupière est *étendue* et *profonde*, et, par conséquent, dans quelle mesure il faudra craindre, après avoir dégagé la paupière, le rétablissement d'une traction, celle-ci devant s'exercer en proportion directe avec l'étendue et la profondeur de la cicatrice détachée.

Dans une série de cas, et ce sont ceux où la cicatrice est très restreinte, on pourra simplement recourir aux procédés de détachement et de glissement de la peau avoisinante ; dans d'autres conditions, une perte plus accusée ayant eu lieu, il faudra déjà s'adresser à un véritable mode de blépharoplastie par torsion d'un lambeau cutané pris au voisinage ; enfin, lorsqu'on a affaire à une incontestable destruction de la totalité du tégument d'une paupière, dont tout le bord ciliaire, seul conservé, s'est accollé au rebord osseux de l'orbite, on devra alors utiliser à la fois les ressources de la tarsorrhaphie, de la blépharoplastie et de la greffe.