sidérables du cartilage tarse il faut opposer des opérations plus complexes.

De Graefe fait une incision curviligne de la peau parallèle au bord libre dans toute sa longueur. Il excise ensuite un triangle de peau dont la base répond à la partie moyenne de cette incision. Dans l'aire de ce triangle, il excise, s'il s'agit de la paupière supérieure, un triangle à base inverse comprenant les fibres de l'orbiculaire et la portion sous-jacente du tarse, mais conserve la conjonctive. Les différentes sections sont ensuite réunies par des sutures. Cette opération, d'une exécution délicate, ne paraît pas avoir été souvent pratiquée.

Anagnostakis trace une incision en forme de V dont le sommet répond à la partie moyenne du bord libre de la paupière, puis une autre transversale répondant à la base du V et se prolongeant à droite et à gauche. Après dissection, il excise la portion de peau comprise entre les branches du V et réunit par des points de suture. La ligne de réunion prend ainsi la forme d'un T.

Le procédé d'Anagnostakis n'intéresse pas le cartilage tarse. Dans ceux de Streatfield et de Snellen, on excise une bandelette du tarse de forme prismatique à base tournée en avant, pour obtenir le redressement.

Streatfield faisait une simple incision à la peau, parallèlement au bord libre et à 2 millimètres de ce dernier, disséquait les lèvres de l'incision et réséquait une bandelette prismatique du tarse sans intéresser la conjonctive.

Soelberg Wells excisait une languette de peau avant de pratiquer l'excision d'une partie du tarse et réunissait par la suture les deux lèvres de l'incision cutanée.

Snellen fait une incision simple de la peau, excise une bandelette de l'orbiculaire et une lanière prismatique du tarse, puis réunit, à l'aide de fils dont les extrémités passent dans de petites perles de verre, la lèvre supérieure de section du cartilage avec la lèvre inférieure de l'incision cutanée (il s'agit de la paupière supérieure). Les extrémités des anses de fil sont nouées sur les perles et fixées ensuite par du collodion à la peau du front. La lèvre supérieure de l'incision cutanée est abandonnée à elle-même. Un pansement compressif maintient les sutures en place et n'est levé qu'au bout de deux ou trois jours.

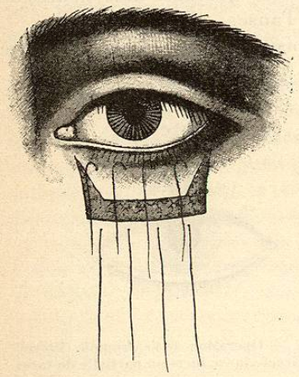

Fig. 185. — Opération de l'entropion de la paupière inférieure. (Panas.)

Panas décrit (*Traité des mal. des yeux*, t. II, p. 155) un procédé qu'il emploie pour la cure du trichiasis et de l'entropion de la paupière inférieure (fig. 185). Deux incisions verticales comprenant la peau et le muscle orbiculaire sont reliées par une incision transversale en H et les lambeaux quadrangulaires sont disséqués, le supérieur jusqu'aux bulbes des cils. La portion prémarginale de l'orbiculaire est excisée, et le tarse mis à nu. Si ce dernier est déformé, on le sectionne sur la plaque de corne. Enfin on excise du lambeau cutané quadrangulaire inférieur disséqué une hauteur en rapport avec l'effet qu'on veut obtenir. Il ne reste plus qu'à placer quatre ou cinq points de suture, comme le montre la figure.

3° *ECTROPION*

Cazelles, Du traitement de l'ectropion cicatriciel. Th. de Paris, 1860. — Cruveilhier (E.). De l'ectropion. Thèse d'agrégation. Paris, 1866. — Clément (Louis), Contribution à l'étude du traitement de l'ectropion muqueux. Thèse de Paris, 1880. — Doucy, Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse. Thèse de Paris, 1895-1896.

L'ectropion est le renversement en dehors des paupières. Il affecte l'une ou l'autre paupière et quelquefois les deux paupières en même temps (*ectropion double*). On le voit aussi siéger des deux côtés (*ectropion bilatéral*). Tantôt il est *général* et tantôt *partiel*, c'est-à-dire n'occupant qu'une partie du bord palpébral. Lorsqu'il affecte les deux paupières, il n'occupe parfois que la commissure externe ou la commissure interne (ectropion double *externe* ou double *interne*).

Fig. 186. — Ectropion double, cicatriciel. (Thèse de Cruveilhier.)

Ectropion de la paupière inférieure. — Plus fréquent que celui de la paupière supérieure, il présente trois degrés. Dans le premier, il y a simple mouvement de bascule de la paupière qui s'écarte par sa face conjonctivale du bulbe oculaire. Dans le deuxième degré, le cartilage tarse a accompli un quart de rotation qui porte en haut sa face postérieure et en arrière son bord adhérent. Enfin, le renversement complet dirige en avant la face postérieure du tarse et constitue le troisième degré.

Les altérations de la conjonctive et du tarse, celles du muscle orbiculaire et celles de la peau sont également susceptibles de produire l'ectropion. De là la division à peu près unanimement acceptée en trois variétés de l'ectropion : 1° l'*ectropion muqueux* ou inflammatoire; 2° l'*ectropion musculaire*, paralytique ou spasmodique; 3° l'*ectropion cutané* ou cicatriciel. Souvent l'ectropion résulte de l'action simultanée de ces différentes causes et a une origine mixte.

Ectropion muqueux. — Les inflammations chroniques des paupières, par la déformation du tarse qu'elles amènent à la longue, arrivent à produire un certain degré d'ectropion. Le tarse, modifié dans sa courbure, cesse de maintenir la paupière exactement appliquée au globe de l'œil et son bord libre s'en écarte. Le gonflement seul de la conjonctive suffit aussi à produire ce résultat; la conjonctive exubérante repousse la paupière et la déborde, comme une doublure trop lâche fait de l'étoffe qu'elle double.

Ectropion musculaire. — Lorsque la tonicité normale de la portion ciliaire du muscle orbiculaire est affaiblie, la paupière inférieure se relâche et par son propre poids tend à se renverser. C'est ce qu'on observe en particulier chez le

vieillard (*ectropion sénile*) et dans la paralysie de la septième paire. Le spasme des faisceaux orbitaires du muscle orbiculaire peut aussi amener le même résultat, en agissant sur le bord adhérent du cartilage tarse (*ectropion spasmodique*). Ce renversement par spasme s'observe accidentellement, dans le cours de l'ophtalmie purulente ou granuleuse, et surtout chez les enfants atteints de kératite phlycténulaire avec photophobie intense. Il se produit alors un véritable paraphimosis, provoqué le plus souvent par les tentatives faites pour écarter les paupières. La muqueuse palpébrale hypertrophiée, rouge, fait hernie et s'étrangle.

Ectropion cutané. — La formation d'une cicatrice rétractile de la peau est sans contredit la cause la plus puissante de renversement de la paupière. Les brides se forment à la suite des brûlures et de l'action des caustiques. Le lupus, les syphilides, le cancroïde les déterminent aussi. Une cause très fréquente d'ectropion cicatriciel réside dans les altérations osseuses du pourtour de l'orbite, en particulier de l'os malaire. La fixité d'une des extrémités de la bride adhérente à l'os et la direction plus ou moins verticale de celle-ci expliquent l'action puissante de ces cicatrices pour produire l'ectropion.

La peau de la paupière subit parfois une rétraction capable d'amener le renversement de la paupière, à la suite d'inflammations superficielles prolongées ou répétées. C'est ce qu'on observe particulièrement chez les personnes âgées à la suite de la blépharite chronique ou de l'eczéma. La peau devient alors luisante et inextensible.

En réalité, les différents mécanismes qui viennent d'être indiqués se combinent fréquemment pour produire l'ectropion. C'est ainsi que l'action musculaire intervient souvent dans l'ectropion d'origine inflammatoire et que les lésions consécutives ou concomitantes de la conjonctive et du tarse sont habituelles dans l'ectropion cicatriciel.

Dans l'étiologie de cette difformité, il ne faut pas oublier, non plus, les causes purement mécaniques telles que les phlegmons et les tumeurs de l'organe qui renversent en dehors la paupière en refoulant le globe de l'œil. Dans ces cas, l'ectropion n'est plus qu'un phénomène accessoire dont l'importance disparaît devant celle de l'affection principale.

Quelques rares observations doivent aussi faire admettre l'existence d'un ectropion *congénital*.

Symptômes. — Les symptômes de l'ectropion consistent dans la déformation de la paupière et dans les troubles fonctionnels qui en résultent.

La déformation varie suivant la variété de l'ectropion et le degré qu'il a atteint.

Dans le premier degré, le bord libre de la paupière est à la fois épaissi et un peu allongé; il ne s'applique plus sur le globe oculaire. Dans le troisième degré, distendu, effacé, ce bord descend jusqu'au niveau du pourtour de l'orbite sur lequel il repose. La conjonctive, qu'elle ait été ou non primitivement atteinte, est toujours altérée. Elle est rouge, épaissie, d'aspect fongueux; son corps papillaire est hypertrophié (*ectropion sarcomateux*). A la longue, elle se transforme, se dessèche, devient insensible et prend l'apparence de la peau. Des traînées cicatricielles se voient à sa surface. En même temps, le tarse s'atrophie; les glandes de Meibomius disparaissent; les cils tombent; les points lacrymaux s'oblitèrent.

De tous les troubles fonctionnels, le plus constant est le larmoiement. Il n'est pas besoin d'insister sur le mécanisme qui le produit. L'épiphora persistante entraîne souvent une excoriation de la peau et consécutivement une rétraction qui augmente l'ectropion.

L'ectropion au deuxième et au troisième degré, laissant habituellement à découvert une partie du globe de l'œil, s'accompagne toujours de l'injection de la conjonctive bulbaire. Parfois même, il se produit des ulcérations graves de la cornée. Dans certains cas, cependant, l'action de la paupière supérieure arrive à suppléer celle de la paupière inférieure et atténue beaucoup ces inconvénients, et, pendant le sommeil, le globe oculaire fortement convulsé en haut peut être suffisamment protégé.

La *marche* de l'ectropion est presque toujours chronique. C'est une difformité qui n'a aucune tendance à guérir et qui tend même à s'aggraver. Cependant on admet un ectropion *muqueux aigu* et un ectropion *spasmodique* dont les conditions de développement ont été indiquées plus haut. Peut-être conviendrait-il de donner à ces cas, le nom d'*éversion* des paupières. Panas voudrait même réserver le nom d'ectropion à la seule variété cicatricielle.

L'ectropion des paupières est facile à reconnaître. La variété cicatricielle se distingue aussi aisément des deux autres. Il est, dans bien des cas, beaucoup moins aisé de déterminer s'il s'agit de la variété muqueuse proprement dite ou si les altérations du muscle orbiculaire ont précédé celles de la conjonctive. L'ectropion sénile, par exemple, est souvent d'origine mixte.

Le *pronostic* varie beaucoup suivant la nature et suivant le degré de l'ectropion. L'ectropion cicatriciel, d'une manière générale, est celui dont le pronostic est le plus grave. Il exige presque toujours des opérations délicates, parfois une réfection complète de la paupière, et les résultats de l'intervention sont souvent imparfaits.

Ectropion de la paupière supérieure. — A la paupière supérieure la variété muqueuse ou inflammatoire de l'ectropion ne se rencontre guère, tant à cause de la conformation spéciale de cette paupière, de sa laxité plus grande en particulier que de l'influence contraire de la pesanteur.

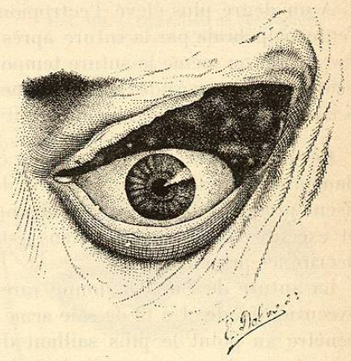

Fig. 187. — Ectropion cicatriciel de la paupière supérieure. (D'après une photographie.)

Cependant, nous avons vu consécutivement à un abcès périostique du rebord orbitaire chez un enfant, un ectropion considérable de la paupière supérieure constitué par la conjonctive et le tarse très épaissis persister pendant plusieurs semaines. L'ectropion dû à la dégénérescence ou à l'atonie des faisceaux tarsiens du muscle orbiculaire ne s'observe pas à la paupière supérieure, mais il n'est pas rare d'y voir l'ectropion spasmodique, surtout dans le cours des affections de la cornée et de la conjonctive accompagnées de blépharospasme chez les enfants. Cet ectropion, qui se produit ordinairement à l'occasion d'un examen, est le plus souvent momentané, mais

[*E. DELENS.*]

on le voit parfois persister pendant toute la durée de l'affection qui a donné naissance au blépharospasme.

C'est habituellement l'ectropion cicatriciel qui s'observe à la paupière supérieure. Il résulte de brûlures, de traumatismes ou de suppurations de la région sourcilière. Dans certains cas, à la suite de brûlures du front et du sourcil, la rétractilité de la cicatrice frontale est telle que le bord libre de la paupière supérieure est entraîné jusqu'au niveau de l'arcade orbitaire et de la queue du sourcil. La paupière supérieure n'est plus alors représentée que par une surface rouge, fongueuse, constituée par la conjonctive palpébrale altérée et les cils, s'il en existe encore, se confondent avec les restes des sourcils. La difformité, dans ces cas, est véritablement hideuse.

Traitement. — Le traitement de l'ectropion varie suivant la variété de l'affection. A l'ectropion muqueux, sarcomateux ou spasmodique, des moyens simples ou des opérations peu complexes sont applicables. L'ectropion résultant de la rétraction de la peau exige des opérations plus compliquées. Celles-ci sont encore applicables à l'ectropion cicatriciel, mais dans les cas de renversement très prononcé de la paupière par cette dernière cause, il faut recourir à une autoplastie véritable.

Ectropion muqueux et spasmodique. — Un pansement compressif, l'emploi de quelques bandelettes adhésives suffisent parfois pour réduire le renversement de la paupière résultant de la tuméfaction de la muqueuse. Les scarifications de cette dernière, en produisant un dégorgement rapide, sont aussi fort utiles.

Dans l'ectropion atonique des vieillards, l'attouchement journalier du bourrelet muqueux avec le glycérolé de sulfate de cuivre à 1 pour 10 amène souvent une amélioration rapide.

L'excision d'une languette de muqueuse, la cautérisation avec le galvanocautère, donnent des résultats favorables pour les cas qui résistent à ces premiers moyens.

A un degré plus élevé, l'ectropion muqueux nécessite le rétrécissement de la fente palpébrale par la suture après avivement de la commissure externe (*cantorraphie*) ou même la suture temporaire du bord libre des paupières. Panas dit s'être bien trouvé de l'établissement d'un pont cutané médian réduit à 2 à 3 millimètres de largeur, réunissant la paupière supérieure à l'inférieure.

Ectropion cutané. — Lorsque la cause du renversement de la paupière réside dans une rétraction inflammatoire de la peau, les moyens qui précèdent ne suffisent plus. Il faut recourir à une opération. Le nombre des procédés proposés et exécutés par les chirurgiens est considérable. Nous nous contenterons de décrire les principaux.

La suture de Snellen donne rarement un résultat définitif, mais est d'une exécution facile. Un fil de soie armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités pénètre au point le plus saillant du bourrelet muqueux et ressort à la face cutanée en deux points situés à 1 centimètre l'un au-dessous de l'autre. En serrant l'anse du fil, il se produit un mouvement de bascule du cartilage tarse. On lie les extrémités du fil sur un petit cylindre de peau de gant ou on les arrête au moyen d'une perle de verre. On peut placer ainsi deux ou trois anses verticales sur la paupière inférieure, à laquelle ce procédé est à peu près exclusivement applicable.

Procédé de Dieffenbach. — Il consiste dans l'excision d'un lambeau triangulaire de la peau combiné à la tarsorraphie. Il a été modifié par de Graefe et s'exécute de la façon suivante : La commissure externe est incisée suivant la ligne AB; le bord de la paupière inférieure est excisé et avivé suivant BC. On

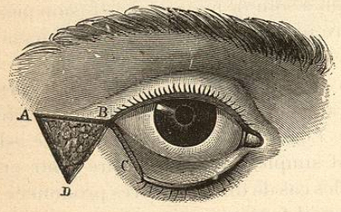

Fig. 188. — Opération de l'ectropion. (Procédé de Dieffenbach.)

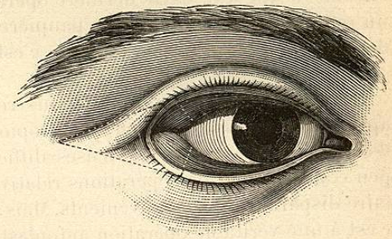

Fig. 189. — Opération de l'ectropion par les procédés combinés de Walther et d'Adams.

dissèque ensuite et on excise un triangle de peau ABD. Enfin, mobilisant la portion de peau circonscrite par les lignes CB et BD, on réunit par des sutures le côté DB au côté AD et le côté BC au côté BA. La perte de substance triangulaire est ainsi comblée et le point C du bord libre de la paupière se trouve reporté au point B (fig. 188).

Si l'ectropion existait au niveau de la commissure externe sur les deux paupières, l'incision serait modifiée comme l'indique la figure suivante, qui combine les procédés de Walther et d'Adams (fig. 189).

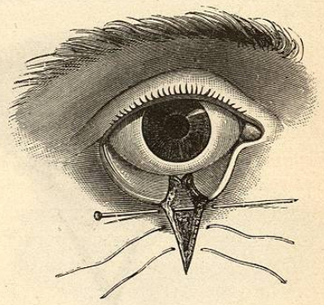

Fig. 190. — Opération de l'ectropion. (Procédé d'Adams.)

Le procédé d'Adams, consistant à exciser un lambeau triangulaire comprenant toute l'épaisseur de la paupière à sa partie médiane (fig. 190), est justement abandonné. Von Ammon l'a modifié avantageusement en reportant à la commissure externe l'excision du lambeau triangulaire. Desmarres a décrit un procédé analogue.

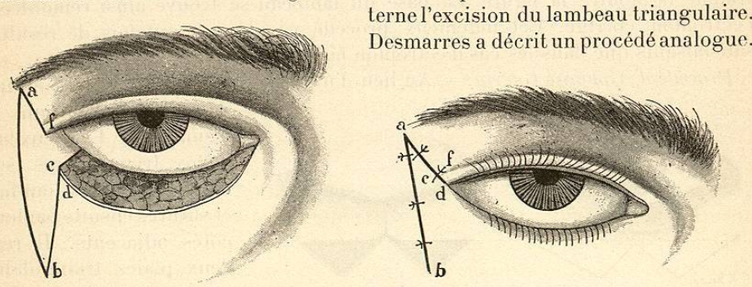

Fig. 191 et 192. — Procédé de Szymanowski.

Enfin Szymanowski a perfectionné le procédé de Von Ammon (voy. Szymanowski, *Handb. der operativen Chirurgie*. Braunschweig, 1870, et Panas, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 159).

[*E. DELENS.*]

Les figures 191 et 192 donnent une idée suffisamment complète de ce procédé pour nous dispenser de le décrire en détail.

Mais tous ces procédés, bien que capables de donner des résultats avantageux, sont en général inférieurs à la fusion temporaire des bords palpébraux de Mirault (d'Angers). Cette dernière opération est d'une exécution facile et procure un redressement définitif de la paupière, si l'on a soin de maintenir la fusion pendant un temps suffisamment long, c'est-à-dire pendant au moins dix-huit mois.

Ectropion cicatriciel. — Il nous reste à décrire les principaux procédés applicables au traitement de l'ectropion cicatriciel. La cure de cette variété d'ectropion présente de sérieuses difficultés. Lorsque la bride cicatricielle est peu considérable, des opérations relativement simples peuvent suffire pour en faire disparaître les inconvénients. Mais dans les cas de difformité très prononcée, c'est à une véritable opération autoplastique qu'il faut recourir.

Procédé de Wharton Jones. — Il rentre dans la méthode autoplastique par glissement. Le tissu cicatriciel est circonscrit par deux incisions en V, et le lambeau triangulaire est disséqué de sa pointe vers sa base, de manière à détruire toutes les adhérences de la cicatrice aux parties sous-jacentes. Par des

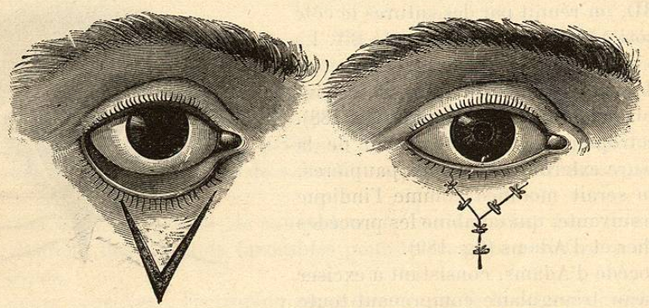

Fig. 193 et 194. — Opération de l'ectropion. (Procédé de Wharton Jones.

points de suture convenablement placés, on transforme le V de l'incision en Y, comme le montre la figure. La base du lambeau se trouve ainsi remontée et l'ectropion corrigé. Cet ingénieux procédé ne donne toutefois de résultats satisfaisants que dans les cas d'ectropion léger.

Procédé d'Alphonse Guérin. — Au lieu d'une incision en V, le chirurgien fait, dans ce procédé, une incision en W. Les deux lambeaux triangulaires sont disséqués jusqu'à leur base et suturés ensuite par leurs côtés adjacents. Il reste deux plaies triangulaires qui se cicatrisent isolément, pendant que les bords palpébraux sont maintenus par la fusion temporaire. Les résultats donnés par ce procédé sont plus complets que ceux du procédé de Wharton Jones.

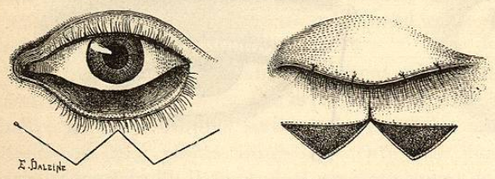

Fig. 195. — Procédé en W d'Alphonse Guérin, pour l'ectropion de la paupière inférieure.

Procédé de Dieffenbach. — Dans ce procédé, le tissu de cicatrice est circonscrit par une incision en triangle et complètement excisé. Deux incisions libératrices partant de la base du triangle, permettent de réunir par la suture ses

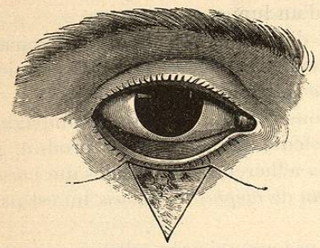

Fig. 196 — Opération de l'ectropion cicatriciel. (Procédé de Dieffenbach.)

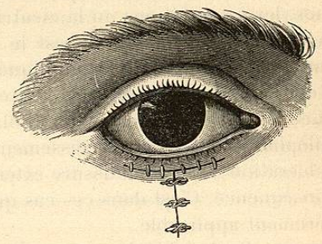

Fig. 197. — Opération de Dieffenbach. — Réunion des lèvres de la plaie.

deux côtés mobilisés et de transformer la perte de substance en deux lignes de réunion formant un T, comme le montre la figure 197.

Albert Terson a décrit (*Archives d'ophtalmologie*, 1896, t. XVI, p. 760) un nouveau procédé applicable au traitement de l'ectropion sénile de la paupière inférieure. Il résèque d'abord un bourrelet de la muqueuse de la commissure externe à la commissure interne, en arrière du canalicule lacrymal et en restant

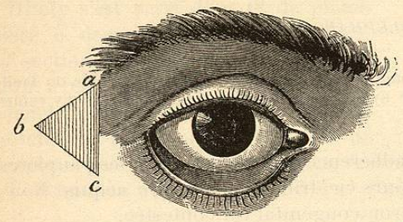

Fig. 198. — Opération de l'ectropion sénile. (Procédé de A. Terson.) Excision d'un lambeau triangulaire.

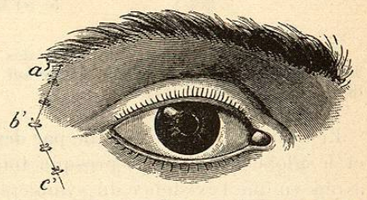

Fig. 199. — Opération de l'ectropion sénile suture des trois côtés du triangle excisé. (Procédé de A. Terson.)

à 1 millimètre et demi du rebord palpébral. Il excise ensuite à la région commissurale externe un triangle comprenant la peau et l'orbiculaire et réunit, par des fils de soie aseptique, la base du triangle aux deux autres côtés, comme le montre la figure 199, sans suturer la conjonctive et sans toucher à la commissure.

Ce procédé lui a donné, dans trois cas, un très bon résultat.

4° *ANKYLOBLÉPHARON*

Ce mot sert, comme nous l'avons vu au chapitre des anomalies congénitales, à désigner le rétrécissement ou l'insuffisance de la fente palpébrale. L'ankyloblépharon est le plus ordinairement acquis et résulte d'adhérences anormales

[*E. DELENS.*]