

biants. Enfin il y a aussi une diminution plus ou moins grande de l'ouverture palpébrale consécutive à l'atrophie ancienne du globe.

Non-seulement cette affection gêne plus ou moins la vision, mais elle occasionne très-souvent des inflammations de l'œil. Elle est aussi quelquefois une cause de strabisme et d'amblyopie.

TRAITEMENT. — Le phimosis palpébral d'origine inflammatoire peut être combattu avantageusement par quelques frictions légèrement excitantes sur les paupières et par une sorte de gymnastique dans laquelle le patient cherchera à l'aide des doigts et de contractions musculaires répétées à élargir l'ouverture rétrécie des paupières.

Dans le phimosis qui résulte d'une réunion trop étendue de l'angle palpébral externe, on peut songer à pratiquer l'opération d'Ammon, qui consiste à fendre avec prudence l'angle palpébral externe et à placer entre les deux lèvres de la plaie un lambeau conjonctival qui empêche les bords de l'incision de se réunir.

Richet (1) a employé contre cette affection un procédé opératoire qu'il désigne sous le nom d'*anaplastie par bordage*. Ce procédé diffère du précédent en ce que, au lieu de faire une incision simple des téguments, le chirurgien pratique au niveau de la commissure deux incisions ayant la forme d'un V ouvert du côté de l'angle palpébral interne; puis on enlève tous les tissus compris depuis la peau jusqu'à la muqueuse exclusivement, en excisant aussi une certaine portion des fibres orbitaires. Alors on divise sur la ligne médiane la conjonctive qui reste seule dans le fond du triangle, et avec chaque lambeau on borde les incisions cutanées supérieures et inférieures. La réunion est faite au moyen de serres-fines.

5° Symblépharon.

Le *symblépharon* est l'adhérence anormale de la conjonctive palpébrale et de la conjonctive bulbaire. Cette difformité résulte le plus souvent de lésions traumatiques, et plus spécialement de brûlures de l'œil; elle peut être partielle ou totale, suivant qu'il s'agit d'une simple bride unissant la paupière au globe et laissant libre le cul-de-sac conjonctival, ou suivant que l'adhérence entre la paupière et le globe est complète.

Indépendamment d'une difformité plus ou moins choquante, le symblépharon, qui se complique souvent d'entropion, entraîne des troubles variables dans l'exercice de la vision, suivant la gêne qu'il apporte aux mouvements de l'œil et des paupières, et suivant qu'il recouvre une partie de la cornée.

Le symblépharon est généralement très-difficile à guérir. Lorsqu'il existe une simple bride, la section suffit quelquefois, si le cul-de-sac conjonctival est conservé. Dans le cas contraire, et surtout lorsque l'adhérence est étendue, on peut avoir recours à divers procédés opératoires.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLI, p. 349.

L'un des plus simples est le suivant (voy. fig. 401) : on traverse le symblépharon avec une aiguille courbe, portée aussi profondément que possible et dans la direction du cul-de-sac oculo-palpébral. L'aiguille entraîne un fil de plomb dont les extrémités sont tordues et serrées de temps à autre. Lorsque le trajet du fil de plomb est cicatrisé, on coupe la bride, soit avec des ciseaux, soit en augmentant la constriction du fil.

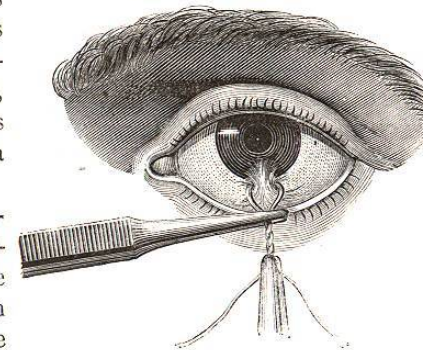


FIG. 401. — Symblépharon.

Arlt a proposé le procédé suivant (fig. 402) : la bride étant fortement tendue, on passe un fil de soie assez fort à travers la portion du symblépharon la plus voisine de la cornée, puis, coupant au delà du fil et aussi près que possible de la cornée, on dissèque le globe oculaire jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival, de manière à rendre toute sa mobilité à la paupière. Cela fait, les deux extrémités du fil sont armées d'une aiguille qu'on fait passer, de dedans en dehors, à travers la paupière, près de son bord orbitaire. En tirant sur les extrémités du fil, on maintient les adhérences rabattues sur la surface interne de la paupière, et l'on oppose une surface cutanée à la face cruentée du globe. On peut, d'ailleurs, réunir la plaie par quelques points de suture et, lorsque celle-ci est cicatrisée, exciser le lambeau laissé sur la paupière.

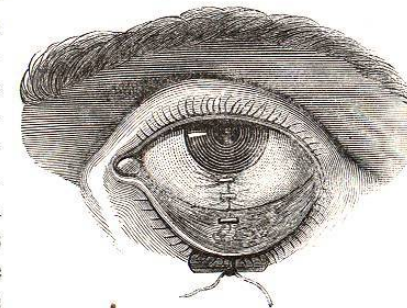


FIG. 402. — Symblépharon (procédé de Arlt).

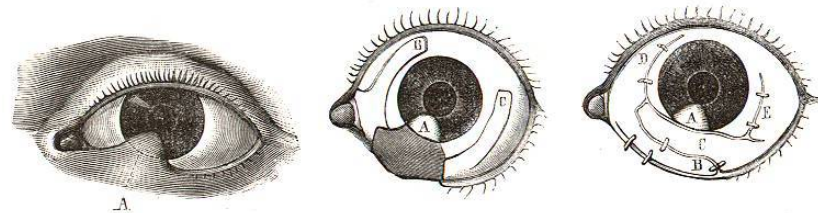


FIG. 403. — Symblépharon (procédé de Teale).

Enfin Teale a décrit un procédé autoplastique très-ingénieux et dont les figures ci-dessus donneront une idée. Il incise l'adhérence, suivant une

ligne correspondante au bord de la cornée A, et dégage complètement la paupière; puis il taille et dissèque deux lambeaux conjonctivaux B et C, qui sont infléchis et fixés par la suture dans leur nouvelle position. Enfin les plaies laissées par les lambeaux sont réunies par la suture. La portion du symblépharon laissée sur la cornée s'atrophie et finit par disparaître.

6° Trichiasis.

Le *trichiasis* est caractérisé par le changement de direction des cils qui se portent vers le globe oculaire, sans toutefois que le cartilage tarse soit renversé en dedans, ce qui le distingue de l'entropion.

Le trichiasis est plus souvent partiel que général, car il est rare de rencontrer tous les cils dirigés vers le globe oculaire. On a aussi distingué le trichiasis proprement dit du *districhiasis* et du *tristrichiasis*, suivant qu'une, deux ou trois rangées de cils sont déviées. Les poils qui viennent irriter l'œil ne prennent pas toujours naissance sur le bord libre de la paupière; on les a vus naître quelquefois de la caroncule lacrymale, et plus rarement encore de la conjonctive.

Les bulbes ciliaires peuvent se déplacer d'une façon telle que les cils poussent en se dirigeant vers la surface de l'œil. Quelquefois la cause de ce déplacement est inconnue; mais, dans d'autres cas, on peut la rattacher à l'inflammation ou à des rétractions cicatricielles.

Warlomont et Testelin attribuent la cause du districhiasis à une altération des fibres de l'orbiculaire des paupières qui, venant se fixer sur les bulbes des poils, imprimeraient aux cils une direction vicieuse.

Enfin, lorsque aucune cause apparente ne semble avoir précédé cette affection, Vidal (de Cassis) et Quadri admettent que les bulbes restés pendant longtemps dans un état embryonnaire ont pris à un moment donné un développement rapide et une direction vicieuse. Les recherches microscopiques de Donders semblent confirmer cette manière de voir.

Les symptômes sont ceux de l'entropion, et si le nombre des cils déviés est considérable, il peut en résulter des altérations profondes de l'œil. Si, au contraire, cette déviation n'existe que sur certains points, tout peut se borner à de la gêne, de la démangeaison; mais dans les cas ordinaires, le frottement des cils contre la cornée produit une kérato-conjonctivite chronique.

Quoique le diagnostic du trichiasis soit en général facile, toutefois cette affection est souvent méconnue, car on oublie de rechercher les cils déviés ou anomalement situés. On devra quelquefois s'aider d'une loupe pour arriver plus facilement au diagnostic.

TRAITEMENT. — Le trichiasis est une affection très-rebelle. Dans les divers procédés de traitement qui lui sont applicables, on se propose, soit de détruire les cils déviés, soit de modifier leur direction, en s'attaquant aux cils, aux bulbes ou à la peau de la paupière.

On a cherché d'abord à redresser les cils déviés en les collant aux cils

sains, et tout récemment le collodion a été proposé dans ce but. Rhazès voulait qu'on les frisât, et Anagnostakis, renouvelant cette antique pratique, vient de faire construire à cet effet un instrument spécial. Ce mode de traitement, assez minutieux du reste, paraît avoir fourni quelques bons résultats, mais il est peu sûr.

On a cru mieux réussir en enlevant les cils, soit par l'arrachement, soit par l'action des épilatoires.

L'arrachement est un mode de traitement simple et facile à exécuter, mais la régénération du cil suit de près l'opération.

L'épilation avec la pâte de sulfure sulfuré de calcium, préconisée par Duval, d'Argentan (1), est encore une cure palliative.

On a également conseillé de redresser les bulbes ou de les détruire. Malgaigne a proposé de redresser les bulbes en cernant la portion de peau qui recouvre ceux-ci par deux incisions verticales, en décollant les bulbes du cartilage tarse et maintenant ces bulbes renversés en dehors à l'aide de quelques serres-fines. Cette opération n'a point été pratiquée.

La destruction des bulbes par la cautérisation ou par l'excision est préférée par les chirurgiens.

Pour la cautérisation, on s'est servi de diverses manières du cautère actuel; mais à cause de la difficulté d'application, on a donné la préférence aux caustiques, et en particulier à la potasse taillée en crayons qu'on applique dans la direction des bulbes jusqu'à ce qu'ils aient été détruits. Il est toujours à craindre que le caustique ne fuse dans l'œil.

L'extirpation des bulbes par le bistouri a été pratiquée par Vacca-Berlinghieri. Après avoir tracé avec de l'encre la place qu'occupent les bulbes dont les cils sont déviés, ce chirurgien pratique deux incisions verticales qui commencent à 3 millimètres du bord palpébral et s'y terminent. On réunit ces deux incisions par une incision transversale qui ne va pas au delà de la peau. On dissèque le lambeau circonscrit par ces trois incisions, et les bulbes des cils mis à nu sont tour à tour enlevés; après quoi on réapplique le lambeau cutané sur la place qu'occupaient ces cils.

Mais ces divers procédés, d'une exécution longue et délicate, ne donnent que des résultats imparfaits et incertains. Aussi a-t-on imaginé de nos jours d'autres opérations plus radicales, destinées les unes à enlever complètement le champ d'implantation des cils, les autres à déplacer le bord palpébral de façon à donner aux cils une direction favorable.

L'opération de Flarer (2), qui a pour but d'enlever le champ d'implantation des cils, se compose de trois temps; dans le premier, on divise, à partir du bord libre de la paupière, l'épaisseur de ce voile en deux parties, l'une postérieure, l'autre antérieure qui comprend toute la rangée des cils et les follicules pileux. Il suffit de circonscire sur cette

(1) *Ann. d'oculistique*, t. XXI, p. 155.(2) Zanerini, *Dissert. supra trichiasis*. Paris. 1829.

moitié de la paupière, à l'aide d'incisions convenables, une bandelette cutanée pour élever la totalité ou seulement une partie de la rangée des bulbes, suivant que le trichiasis est complet ou incomplet.

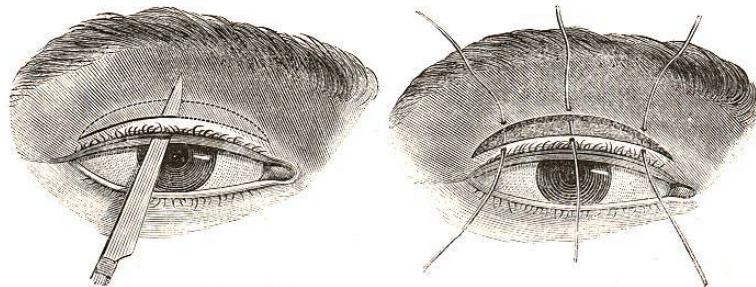


FIG. 104. — Opération pour le trichiasis (procédé de Arlt)

Ce procédé présente le grand inconvénient de faire disparaître à jamais les cils. Aussi doit-on préférer les opérations qui ont pour effet de déplacer le bord palpébral, de manière à redresser les cils déviés.

On peut obtenir ce résultat, soit en excisant un petit lambeau de peau au voisinage du bord ciliaire, soit en formant sur la peau, à l'aide de ligatures, un pli parallèle à ce bord. Ces procédés, qui agissent sur la direction des cils par suite de la rétraction consécutive de la paupière, laissent après eux des cicatrices.

L'opération suivante, imaginée par Arlt (1), est susceptible de fournir de meilleurs résultats.

Une première incision est faite, comme dans l'opération précédente, entre les cils et les orifices des glandes de Meibomius (fig. 104). Le cou-

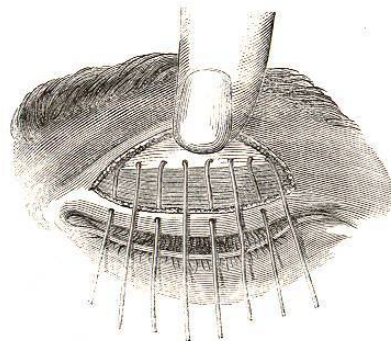


FIG. 105. — Trichiasis (procédé d'Anagnostakis).

teau à cataracte dont on se sert est enfoncé à une profondeur de 3 millimètres 1/2, on le fait ressortir par la peau et on le conduit ainsi d'un angle à l'autre de la paupière. La petite bande de peau qui porte les cils, ainsi séparée, ne tient au reste de la paupière que par ses deux extrémités.

Une seconde incision est pratiquée à quelques millimètres de la première avec laquelle elle se réunit aux deux extrémités. Le petit lambeau de téguments, compris entre les deux incisions, affectant la forme d'un croissant, est enlevé, et les deux lèvres de la plaie sont réunies par deux ou trois points de suture.

(1) *Prager med. Vierteljahrsschrift*, 1845, t. VIII.

Enfin, Anagnostakis (1) a décrit un procédé qui me paraît offrir sur les autres opérations le mérite d'une plus grande simplicité et dont les résultats m'ont toujours semblé très-satisfaisants.

La paupière étant soutenue sur une plaque d'écaille appropriée, une incision est faite parallèlement au bord ciliaire et à 3 millimètres au-dessus de ce bord (fig. 105). La lèvre supérieure de la plaie étant attirée en haut, le chirurgien saisit avec une pince la couche musculaire de l'orbiculaire située au-dessus du cartilage tarse et l'excise dans toute son épaisseur. Puis trois ou quatre fils de soie sont passés par la lèvre inférieure de la plaie cutanée et par la couche fibro-celluleuse qui recouvre le cartilage tarse dans le point où les fibres musculaires ont été enlevées. En nouant ces fils ensemble, le lambeau inférieur, comprenant la peau et la couche de fibres musculaires attachées aux tarses, se renverse en haut et attire dans le même sens le bord ciliaire.

7° Entropion.

L'entropion est le renversement en dedans du bord libre des paupières.

Les causes les plus fréquentes de cette affection sont les plaies, les brûlures de la conjonctive ou les inflammations aiguës qui amènent un boursoufflement considérable du tissu cellulaire et des contractions répétées de l'orbiculaire qui font basculer le cartilage tarse; enfin, à la suite des inflammations palpébrales on observe des rétractions fibreuses ou des ulcérations qui, en se cicatrisant, produisent l'entropion.

L'entropion, plus commun à la paupière inférieure qu'à la supérieure, peut exister à divers degrés, depuis la légère inflexion en dedans jusqu'au renversement total du cartilage tarse. Dans le premier degré, le cartilage tarse prend une direction horizontale, et dans le dernier, il est tout à fait renversé avec les cils dans le cul-de-sac de la conjonctive.

L'entropion s'annonce par une sensation douloureuse à la surface de l'œil, comme celle qui naît de la présence d'un corps étranger. Les cils, en frottant contre la cornée, l'irritent, l'enflamment et y produisent consécutivement toutes les altérations de la kératite ulcéreuse.

L'entropion qui survient brusquement à la suite de quelque inflammation aiguë de la conjonctive disparaît souvent avec promptitude. L'entropion chronique, au contraire, persiste indéfiniment, mais avec des intermittences qui tiennent à des circonstances variables, telles que la température, la fatigue, etc., etc. C'est, en somme, une affection sérieuse qui finit souvent par compromettre gravement la vision.

TRAITEMENT. — L'entropion aigu peut être combattu par tous les moyens antiphlogistiques et révulsifs qu'on emploie dans le traitement des ophthalmies. A ces moyens, il faut joindre un redressement mécanique des cils.

(1) *Ann. d'oculistique*, t. XXXVIII, p. 5.

Le traitement chirurgical de l'entropion comprend un grand nombre de procédés opératoires qui ont pour but : a, de raccourcir les téguments ; b, d'allonger la paupière ; c, d'exciser le cartilage tarse ou le bord libre de la paupière ; d, de s'opposer au spasme musculaire qui favorise l'entropion.

a. On a essayé de combattre la laxité des téguments à l'aide de bandelettes agglutinatives, et plus récemment on a proposé de redresser la paupière par des applications de collodion. Le pouvoir rétractile de cet agent peut avoir une action utile dans les cas d'entropion léger.

La suture, employée depuis Hippocrate, se pratiquait en passant une anse de fil à travers la peau de la paupière, à la plus grande distance possible du bord palpébral et une seconde anse au voisinage de ce bord. Les deux anses serrées de manière à former un pli, on laissait la ligature jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même.

Les serres-fines, que M. Goyrand a proposé de substituer à la suture, s'appliquent en comprenant entre leurs mors un pli de la peau assez étendu pour redresser la paupière. On les laisse en place pendant trente-six ou quarante-huit heures, puis on les enlève pour les placer de nouveau tout à côté, afin d'éviter l'ulcération des téguments. On continue de la sorte pendant six ou huit jours.

Cette compression non ulcéralive a pour but de déterminer l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, et sa rétraction favorable au redressement de la paupière. On peut en rapprocher un moyen proposé par Flarer, et qui consiste à passer dans l'épaisseur de la paupière un fil qu'on enlève dès que la suppuration est établie.

J'indiquerai encore la cautérisation de la face cutanée des paupières, soit avec le fer rouge (Delpech), soit avec des caustiques liquides, comme Quadri le conseille. Cet oculiste passe transversalement sur la paupière un petit pinceau d'amiante imbibé d'acide sulfurique, et après deux ou trois cautérisations semblables l'eschare est assez étendue pour qu'après sa chute la rétraction cicatricielle suffise à redresser la paupière.

L'excision des téguments en excès, méthode plus radicale et plus sûre que les précédentes, a été pratiquée de plusieurs façons.

On saisit avec des pinces un pli de peau suffisant pour redresser la paupière et on l'excise avec des ciseaux. Cela fait, on applique quelques points de suture entrecoupée ou des serres-fines. Velpeau conseille de passer les points de suture sur la base du repli cutané avant d'en faire l'excision, et cette modification abrège l'opération.

Janson (de Lyon) a proposé de faire une excision verticale des téguments, et Lisfranc avait adopté cette opération. Le procédé opératoire consiste à saisir entre des pinces au milieu de la paupière un pli vertical qui va jusqu'au bord libre. On l'excise et l'on réunit comme dans l'opération précédente.

Plus récemment, de Graefe a recommandé le procédé suivant (fig. 106) : on pratique à 3 millimètres du bord libre une incision parallèle à ce dernier, puis on circonscrit, à l'aide de deux autres incisions courbes, un

lambeau triangulaire, dont l'étendue est proportionnée au relâchement des parties. Le lambeau est enlevé, et en disséquant les bords latéraux de la plaie, on les rapproche et on les réunit par quelques points de suture.

Enfin on a proposé d'exciser deux plis, l'un transversal, l'autre vertical, et Carron du Villards paraît dans un cas s'être bien trouvé de l'excision de plusieurs plis verticaux sur le rebord de la paupière.

b. L'entropion, qui reconnaît pour cause une déformation avec épaissement du cartilage tarse, et quelquefois une cicatrice rétractile de la conjonctive, ne peut être guéri qu'en attaquant directement toute l'épaisseur des paupières.

Ware conseille, dans cette variété d'entropion, de faire une incision perpendiculaire à travers toute l'épaisseur de la paupière à son extrémité temporale ou dans sa partie moyenne. On joint quelquefois à cette incision l'excision d'un pli des téguments. Cette section perpendiculaire de la paupière est immédiatement suivie d'une séparation des bords de la plaie qui représente assez bien la forme d'un V à base dirigée vers le bord ciliaire. Cette plaie se comble peu à peu par des bourgeons charnus.

C'est au même genre d'opérations qu'il faut rapporter celle de Crampton. S'il s'agit de la paupière supérieure, on fait dans

toute son épaisseur deux incisions verticales, l'une près de l'angle interne, l'autre près de l'angle externe. La première incision doit être faite un peu en dehors du point lacrymal dont on aura soin d'éviter la blessure.

La paupière devenue libre, on enlève près de son bord ciliaire un pli transversal de la peau et l'on réunit par deux points de suture les bords de cette incision. On laisse longs les fils qui forment ces sutures, puis on renverse la paupière et on la maintient dans cette position à l'aide des fils qu'on fixe sur le front avec quelques bandelettes de diachylon. Les incisions perpendiculaires ne peuvent pas se réunir par première intention et ne se cicatrisent que par l'organisation de bourgeons charnus. Lorsqu'on a enlevé les ligatures, la paupière revient peu à peu à sa position naturelle par la cicatrisation des plaies longitudinales.

Wharton Jones a un peu modifié l'opération de Crampton : dans un cas d'entropion de la paupière inférieure dû à une rétraction transversale du tarse, il fit une incision verticale à travers toute l'épaisseur de la paupière et près de l'angle externe ; il excisa un pli transversal de la peau, puis il renversa la paupière en fixant sur la joue l'extrémité du fil de la suture qui réunissait les bords de la plaie formée par l'excision du pli cutané.

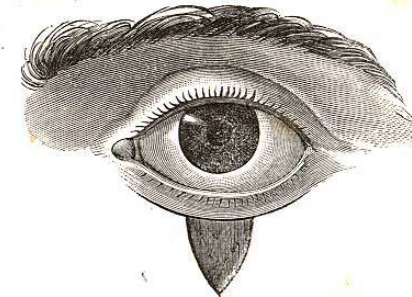


FIG. 106. — Entropion (procédé de de Graefe).

Dans bien des cas d'entropion, les procédés opératoires que nous avons indiqués pour guérir le blépharophimosis seront un excellent moyen pour redresser les paupières, en même temps qu'ils agrandiront la fente palpébrale, souvent rétrécie dans cette affection.

c. Dans les cas d'entropion invétéré, quand les opérations que je viens de décrire ne réussissent pas, il faut avoir recours, soit à l'extirpation des bulbes ciliaires comme dans le trichiasis, soit à l'extirpation du cartilage tarse ou à l'excision du bord libre.

On peut enlever le cartilage tarse par une incision courbe faite à la peau des paupières, incision dont on dissèque avec soin les bords. L'excision d'une certaine portion du bord libre nous paraît préférable, et dans ce cas la paupière inférieure supplée au vide laissée par la perte de substance.

d. Enfin, dans l'entropion dû à une contracture du muscle orbiculaire, on a attaqué soit le tendon de ce muscle, soit ce muscle lui-même.

L'incision du ligament palpébral externe, conseillée par Wardrop, n'est point entrée dans la pratique. On a plutôt songé à couper le corps du muscle.

H. Key, en 1825, mit à nu, par une incision, les fibres du muscle les plus rapprochées du bord palpébral, en excisa une certaine partie et guérit complètement son malade. On doit se demander si c'est à la section du muscle qu'il faut véritablement rattacher cette guérison.

On a voulu aussi couper le muscle orbiculaire par la méthode sous-cutanée. Voici comment Cunier conseille d'agir. On tend d'abord les paupières, soit avec les doigts, soit avec des pinces. Cela fait, on pratique une ponction à la peau au voisinage du rebord orbitaire au milieu de la paupière; puis par l'ouverture de cette ponction on glisse un ténotome mousse, jusqu'au bord libre. Après avoir retourné le tranchant de l'instrument vers la peau, on le retire en coupant ainsi toutes les fibres du muscle orbiculaire.

On a proposé aussi de couper le muscle de la peau vers la conjonctive; mais le défaut de résistance qu'éprouve l'instrument doit nuire beaucoup au succès de l'opération.

Si l'on se décidait à pratiquer cette myotomie, il faudrait couper tour à tour le faisceau supérieur et le faisceau inférieur de l'orbiculaire; mais je crois qu'on a peu de chose à attendre d'un semblable procédé opératoire.

8° Ectropion.

L'ectropion est le renversement des paupières en dehors; on l'observe tantôt isolément à la paupière inférieure et à la paupière supérieure, tantôt aux deux paupières à la fois.

A. Ectropion de la paupière inférieure.

Au point de vue étiologique, on peut distinguer trois variétés d'ectro-

pion : 1° l'ectropion inflammatoire; 2° l'ectropion paralytique; 3° l'ectropion cicatriciel.

L'ectropion résulte souvent de quelque inflammation chronique de la conjonctive. La peau de la paupière et de la joue s'excorie et se rétracte au contact des liquides qui s'écoulent, en même temps que la conjonctive devient épaisse et sarcomateuse et que le cartilage tarse se relâche. Chez les vieillards, le relâchement du cartilage tarse et l'état fongueux de la conjonctive agissent plus que la rétraction de la peau pour donner naissance à l'ectropion. Sous l'influence de ces causes, la paupière bascule, et la contraction du muscle orbiculaire tend à augmenter ce renversement.

Quand le muscle orbiculaire est paralysé, il existe un léger degré d'ectropion. C'est ce qu'il est facile de constater chez les individus atteints de paralysie faciale, et chez quelques vieillards où le muscle orbiculaire n'a plus sa tonicité habituelle. Le spasme de l'orbiculaire, un changement de rapports entre ce muscle et le tarse, la division du tendon, peuvent aussi, d'après Desmarres, produire l'ectropion.

Mais l'ectropion reconnaît le plus souvent pour cause la rétraction cicatricielle; aussi l'observe-t-on fréquemment à la suite de brûlures, de plaies avec perte de substance, de pustules malignes, d'ulcérations varioleuses ou autres qui siègent sur la face cutanée de la paupière inférieure.

L'ectropion enfin peut aussi être la conséquence de tumeurs intra et extra-oculaires (phlegmons, cancers de l'œil, staphylomes, tumeurs diverses de l'orbite); mais cette variété est peu importante et n'est, en somme, qu'un épiphénomène des affections précitées.

L'ectropion se reconnaît facilement à la déformation de la paupière, dont le bord libre est plus ou moins porté en avant. Quand l'ectropion est un peu prononcé, il s'accompagne d'un écoulement des larmes, qui, d'une part, ne sont plus retenues et, de l'autre, sont plus abondamment sécrétées à cause de l'exposition permanente de l'œil à l'air. D'ailleurs, ces symptômes varient suivant le degré de l'ectropion et la sensibilité de l'œil. Cet organe, soumis à l'action de l'air, rougit peu à peu, la conjonctive et la cornée s'enflamment. L'ulcération de la cornée et l'inflammation totale de l'œil peuvent être la conséquence fatale de ce renversement de la paupière. Aussi le pronostic de cette affection ne manque pas de gravité.

TRAITEMENT. — Le traitement devra varier suivant la cause qui aura donné lieu à l'ectropion.

Dans l'ectropion inflammatoire, on aura recours aux divers moyens thérapeutiques propres à combattre la phlegmasie chronique de la conjonctive (émollients, cautérisations, excisions, etc.). Quand la muqueuse oculaire s'est déjà affaissée, on peut appliquer quelque bandage unissant des paupières sur lesquelles on pratique aussi la compression.

L'ectropion paralytique, dû au défaut d'action du muscle orbiculaire des paupières, exige l'emploi des moyens propres à ramener la con-

tractilité musculaire (électricité, injections sous-cutanées); mais ces moyens échouent le plus souvent dans les cas invétérés, et il devient nécessaire d'avoir recours à l'une des opérations dont nous allons parler.

L'ectropion cicatriciel a inspiré un très-grand nombre de procédés opératoires, que nous allons rapidement passer en revue.

On rattache à cinq indications principales ces divers procédés, selon qu'on se propose : 1° de raccourcir la conjonctive; 2° d'allonger la peau; 3° de redresser le cartilage tarse; 4° de raccourcir le cartilage tarse et le bord palpébral; 5° d'exciser les adhérences cicatricielles.

1° On a cherché à raccourcir la conjonctive en la cautérisant ou en l'excisant; le cautère actuel, l'acide sulfurique, le nitrate acide de mercure, ont été tour à tour proposés; mais le voisinage de l'œil rend cette méthode dangereuse; aussi donne-t-on la préférence à l'excision.

Si la conjonctive n'est point trop ramollie, on la saisit aux deux extrémités de son diamètre transversal avec des pinces, et l'on excise la partie soulevée avec des ciseaux courbes. Si la muqueuse cède facilement sous les mors des pinces, on pratique l'excision avec le bistouri.

2° Dans le but d'allonger la peau de la paupière, on s'est servi d'abord des agglutinatifs, mais sans succès, et l'on a dû avoir recours à des moyens chirurgicaux plus puissants, parmi lesquels il faut d'abord placer les incisions.

Celse conseille de pratiquer à la paupière une incision courbe à concavité inférieure. Les lèvres de la plaie étant disséquées et écartées, on panse à plat, dans l'espoir d'obtenir une cicatrice large. Ce procédé reste le plus souvent impuissant; la cicatrice reproduit la difformité. On a cherché à combattre cette rétraction consécutive en pratiquant la suture des paupières. Dans ce cas, après avoir divisé par une incision transversale les téguments qu'on écarte pour rendre à la paupière sa longueur, on avive le bord libre des deux paupières supérieure et inférieure. L'avivement doit porter sur l'arête postérieure de ce bord. Cela fait, on pratique la réunion par trois ou quatre points de suture, en laissant aux angles un espace suffisant pour l'écoulement des larmes. Les paupières ainsi closes sont laissées en place pendant un temps variable, mais qui doit dépasser de plusieurs mois la cicatrisation de la plaie; on espère ainsi vaincre la rétraction cicatricielle. Lorsqu'au bout de douze à quinze mois on sépare les paupières, on doit le faire peu à peu en incisant la cicatrice sur de petits points à la fois.

Ce procédé très-ingénieux a réussi dans certains cas d'ectropion léger; mais il a échoué dans ceux où la rétraction cicatricielle était considérable.

Bonnet a modifié l'opération de Celse en conseillant de réunir en long l'incision faite en travers. La peau incisée transversalement, on relève avec aisance le bord libre de la paupière, et l'on donne ainsi à la plaie une forme losangique. On réunit par la suture les bords externe et interne du losange; la paupière rétrécie en travers se redresse.

Mais dès qu'il s'agit d'un entropion assez prononcé, on ne doit plus

songer aux procédés dont nous venons de parler, et, c'est à la blépharoplastie qu'il faut avoir recours pour allonger les téguments. Cette opération, dans les cas d'ectropion cicatriciel, même très-prononcé, offre d'assez grandes chances de succès. L'intégrité du bord libre de la paupière et la persistance habituelle du cartilage tarse sont deux conditions très-favorables au succès de l'autoplastie palpébrale.

Les différents procédés de blépharoplastie peuvent être rattachés à deux grandes méthodes, connues sous les noms de *méthode française* et de *méthode indienne*.

C'est à la méthode autoplastique française ou par glissement qu'il faut rapporter un procédé conseillé par W. Jones pour rendre aux paupières l'étendue qu'elles ont perdue. On pratique (fig. 107) deux incisions partant de chaque commissure et se réunissant en V, à 1 centimètre au-dessous du bord de la paupière; on décolle et l'on relève le lambeau qui résulte de cette double incision, et l'on constitue de la sorte une plaie

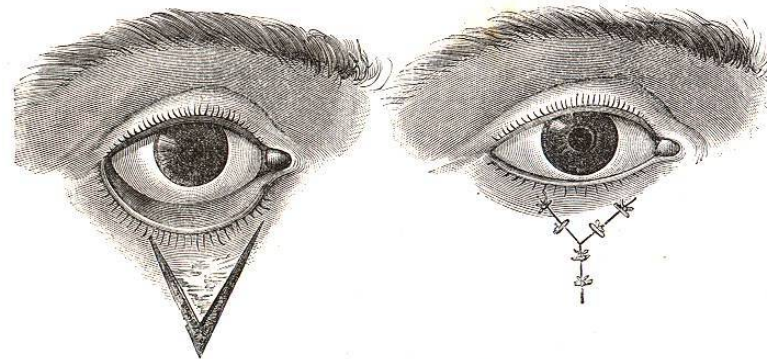


FIG. 107. — Ectropion (procédé de W. Jones).

en Y. On réunit, à l'aide de la suture entortillée, la branche verticale de cet Y et, par quelques points de suture entrecoupée, ses deux branches obliques. Sanson, Bérard, Velpeau, qui ont mis en pratique ce procédé, en ont obtenu de remarquables résultats.

Nous indiquerons encore le procédé de Dieffenbach qui se pratique de a manière suivante (fig. 108). On circonscrit au-dessous de la paupière inférieure un lambeau triangulaire qu'on excise. De chaque côté de la base du triangle, on pratique une incision oblique qui permet de disséquer les angles supérieurs et les bords latéraux et de les réunir.

Dans les cas d'ectropion considérable, la paupière inférieure ne peut être convenablement restaurée que par un procédé de blépharoplastie appartenant à la méthode indienne. Ce procédé consiste à tailler sur la tempe ou sur la région malaire un lambeau cutané qu'on fait tourner de façon à l'amener entre les deux lèvres d'une incision pratiquée au niveau de la cicatrice, cause de l'ectropion.

Mais d'abord faut-il conserver ou enlever cette cicatrice? Les opinions