

taire transversal. Les plaies furent affrontées par la suture entortillée, et l'opération réussit.

*Excision de plusieurs plis verticaux.* On a pratiqué, dans le rebord de la paupière, cinq ou six excisions semblables à celle proposée par Sanson, avec cette seule différence de les faire moins profondes. Par leur cicatrisation elles impriment à la paupière un renversement externe qui redresse le tarse et les cils.

*Cautérisation.* De tout temps on a conseillé de déterminer une perte de substance aux téguments de la paupière par la cautérisation. C'est la répétition des procédés employés contre la blépharoptose et le trichiasis. Les alcalis concentrés, les acides et le cautère actuel ont été mis en usage; la rétraction inodulaire qui est la conséquence des eschares produites, en explique très-bien le succès. Helling s'est servi d'acide sulfurique étendu transversalement sur la paupière avec une petite tige de bois; un pinceau d'amiante serait également d'un bon usage. Delpech et Jobert sont revenus au cautère actuel. Il y a là, on le comprend, une foule de différences qu'a présentées de tout temps la pratique des opérateurs.

Heister a eu recours à la potasse caustique dans le but fort différent de détruire le rebord palpébral, indication qui ne nous paraît pas applicable à la cure radicale de l'entropion, et appartient beaucoup mieux à celle du trichiasis.

*Incision verticale de toute l'épaisseur de la paupière.* Guérin (de Lyon) pratiquait avec de forts ciseaux une section verticale de toute l'épaisseur de la paupière et produisait ainsi un coloboma artificiel, suivi d'un soulagement immédiat par l'agrandissement du diamètre transversal de la paupière. Bouchet, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, observa que la guérison ne se soutenait pas, et ce procédé a été généralement abandonné.

*Double incision verticale de la paupière.* A. Crampton (de Manchester) crut, d'après de nombreuses dissections, pouvoir attribuer l'entropion à la contracture des angles interne et externe des paupières, due à un rétrécissement par inflammations anciennes et réitérées. En conséquence, il jugea rationnel de fendre de chaque côté la paupière avec un bistouri très-étroit légèrement recourbé. La tête du malade étant appuyée et fixée sur la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit, entre le pouce et l'indicateur, la paupière, la soulève en l'attirant à lui, et, de l'autre main, il porte la pointe de son instrument sous l'angle externe de ce voile et à 0<sup>m</sup>,006 au-dessus du cartilage tarse. Un simple mouvement de ponction suffit pour traverser la paupière, dont on divise toute la hauteur en retirant à soi l'instrument. La même incision est faite à l'angle

interne de l'œil, et atteint le tendon du palpébral et le point lacrymal. Crampton ne redoutait aucun accident de cette section, et il a toujours vu un point lacrymal nouveau s'organiser et entretenir parfaitement le cours des larmes. La partie moyenne de la paupière, n'étant plus soutenue latéralement, reste flottante et peut être renversée en dehors, où on la déploie et on la maintient avec quelques compresses fines et un élévateur de Pellier. Peu à peu la cicatrice reporte la paupière reformée en avant, et la difformité ne se reproduit plus.

Crampton réussit, dit-on, plusieurs fois à guérir l'entropion par ce procédé, mais ceux qui ont suivi son exemple n'en ont éprouvé que des revers.

*Modification de Guthrie.* La modification apportée par Guthrie au procédé de Crampton consiste à ne point couper le point lacrymal et à soutenir la paupière divisée avec trois fils de soie fixés au front. Ces légères variantes ne paraissent pas de nature à empêcher la maladie de reparaître au fur et à mesure de la cicatrisation des plaies.

*Incision de l'angle externe des paupières.* MM. Williams et Pagenstecher divisent l'angle externe des paupières horizontalement, en évitant d'inciser la conjonctive. L'incision horizontale est convertie en incision verticale par un aide qui tire la peau en haut et en bas des deux côtés de la plaie, et la peau du point qui correspond à l'extrémité externe de l'incision est réunie à la conjonctive par un point de suture.

*Tarsotomie longitudinale d'Ammon.* On divise la paupière parallèlement au bord palpébral et à 0<sup>m</sup>,006 au dessous, comme l'avait recommandé Richter, du point lacrymal à quelque distance de la commissure externe. Il est difficile de se rendre compte du mode d'action de cette incision.

*Évidement du cartilage tarse.* Après avoir placé la pince de Desmarres et mis le cartilage à découvert par une incision longitudinale à 0<sup>m</sup>,003 au-dessus du bord palpébral, on fait une seconde incision circonscrivant, avec la première, un lambeau elliptique comprenant le cartilage tarse, que l'on dissèque et que l'on enlève. Ce procédé a réussi entre les mains de M. Streatfield.

*Transplantation du sol ciliaire.* MM. Arlt et de Græfe ont transplanté le sol ciliaire sur un point plus élevé de la paupière. Deux incisions verticales, partant de la face antérieure du bord libre de la paupière, remontent à travers la peau et le muscle orbiculaire, délimitant exactement les parties qu'il s'agit de transplanter. Une incision intermarginale sépare la paupière en deux couches; la couche externe ou cutanée, contenant les bulbes cili-

ciaires, est disséquée dans l'étendue de 0<sup>m</sup>,006. Une excision de peau ovale, pratiquée parallèlement au bord palpébral, est ensuite réunie par la suture de manière à maintenir les parties dans la position voulue.

*Excision d'un lambeau complet du tarse et des téguments de la paupière en forme de V, par Schreger.* Le chirurgien de Vienne n'obtint aucun avantage de cette opération, la cicatrisation ayant fait récidiver la maladie.

*Excision du rebord tarso-palpébral.* Saunders, en 1808, et Jaeger, en 1816, ont enlevé, à l'exemple de Rhajéz, et comme dernière ressource contre les accidents causés par l'entropion, tout le rebord tarso-palpébral. Voici le procédé suivi par le premier de ces chirurgiens : le malade étant assis et soutenu, l'opérateur engage, entre l'œil et la paupière, un morceau de corne lisse ou de métal, légèrement courbe pour s'accommoder à la sphéricité oculaire. Puis, avec un petit bistouri étroit et bien tranchant, il traverse la paupière à 0<sup>m</sup>,001 au-dessus et en dehors du point lacrymal, et divise toute l'étendue du bord de l'organe de dedans en dehors. On détache le lambeau, qui comprend les bulbes et les cils, d'un coup de ciseaux dirigé perpendiculairement sur l'extrémité interne de la plaie. On pourrait pratiquer plus aisément cette opération, dans quelques cas du moins, en faisant saisir le bord de la paupière avec des pinces et l'excisant avec des ciseaux courbes.

*Extirpation en totalité du tarse (Saunders.)* Opération radicale dans quelques cas désespérés.

*Incision du muscle orbiculaire.* Key exécuta ce procédé en 1825. Wardrop fit une section directe, Cunier une incision sous-cutanée.

*Appréciation.* La foule des procédés que nous venons de passer en revue n'indique pas, fort heureusement, l'insuffisance de l'art. L'excision simple ou combinée d'un repli tégumentaire transversal ou vertical est souvent suivie de succès et donne des guérisons plus promptes que la cautérisation. Néanmoins cette dernière méthode est tout aussi sûre et demande seulement, chez les sujets méticuleux qui la réclament, de grandes précautions pour déterminer une eschare régulière et suffisamment étendue. Le vésicatoire pourrait être essayé dans les inversions légères des paupières, ainsi que le collodion (Stœber). Les ligatures de M. Gaillard, sont aussi applicables avec avantage. Nous reverrons aux cas les plus graves, les procédés de Crampton, de Guthrie, de Saunders etc. (Voy. *Blépharoplastie*.)

**Ectropion.** Le renversement des paupières en dehors est rarement congénital et s'observe particulièrement à la paupière inférieure. Cette affection est due à des causes analogues à celles de l'entropion, mais agissant en sens inverse. Ainsi l'hypertrophie de la conjonctive, les cicatrices avec perte de substance des téguments, par eschare, brûlure, charbon etc., donnent lieu à l'éversion de la paupière. Les maladies siégeant aux environs de l'orbite et entraînant les paupières vers la joue, sont dans le même cas, de même que les tumeurs palpébrales. La plupart des opérations exécutées contre l'entropion pourraient déterminer l'ectropion, si, dépassant le but, on avait détruit une portion trop étendue des parois palpébrales.

Les procédés opératoires doivent nécessairement varier comme les causes de l'ectropion, et il faut pour plus de régularité en établir plusieurs divisions.

1<sup>o</sup> Lorsque l'ectropion dépend de la présence d'une tumeur développée à la face interne de la paupière, la seule indication est l'ablation de cette tumeur, d'après les règles déjà exposées.

2<sup>o</sup> Dans le cas où le renversement reconnaît pour cause l'affaiblissement du muscle orbiculaire des paupières (ectropion sénile), on le combat par la cautérisation et l'excision d'une portion de la conjonctive, avec le soin de maintenir ensuite la paupière relevée et appliquée avec des bandelettes agglutinatives contre le globe oculaire. Pour assurer la réussite de ces légères opérations, on a recours à des collyres excitants, toniques et astringents etc.

3<sup>o</sup> Une troisième classe d'ectropions, produits par un excès de volume et de développement de la conjonctive, est la plus nombreuse. Toutes les ophthalmies chroniques déterminent une hypertrophie et un boursoufflement de la muqueuse oculo-palpébrale propres à occasionner l'éversion de la paupière, et l'on y remédie en général assez aisément par un des procédés suivants.

*Cautérisation.* Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'acide sulfurique, la potasse caustique, le chlorure de zinc, le cautère actuel donnent d'excellents résultats quand la muqueuse n'est que relâchée et que l'on a pour but soit de lui rendre une plus grande tonicité, soit de produire une perte de substance dont la cicatrice fait disparaître la difformité. Il est seulement essentiel d'agir avec beaucoup de précaution pour que l'œil lui-même ne souffre pas de l'action de ces substances. La cautérisation remonte à la plus haute antiquité, et la différence des caustiques employés ne suffit pas pour constituer des procédés distincts auxquels on doit attacher le nom de ceux qui les ont mis en usage.

*Scarifications.* Hippocrate recommandait les scarifications ver-