

siste. Il y a cicatrisation de la fistule, cessation de l'écoulement purulent; mais les larmes? M. Desmarres dit avoir souvent observé la disparition du larmolement, surtout après un certain temps, lorsque toute irritation a cessé; et quand le larmolement persiste, du moins est-ce à un degré très supportable. Cela est quelque peu flatté: il n'y a pour s'en convaincre qu'à lire ce que le même auteur a écrit des larmolements par absence, étroitesse ou déviation des points lacrymaux.

*Appréciation.* — La multitude des procédés porte déjà témoignage de la difficulté de guérir la maladie; et en effet, il n'en est pas un seul qui donne une garantie certaine de la guérison. Quand, d'un autre côté, on considère la longueur du traitement, les douleurs et parfois les accidents qui l'accompagnent, ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour se décider résolument à la destruction du sac? Ainsi en ont jugé plusieurs chirurgiens; mais je ne saurais me ranger de cet avis. La destruction du sac n'assure pas le malade contre le larmolement permanent, qui est la principale incommodité des fistules ordinaires; loin de là, quand ce larmolement persiste, il reste désormais sans remède, à moins qu'on ne tente la ressource douteuse de l'extirpation de la glande lacrymale. La destruction du sac n'est pas non plus sans danger; elle a déterminé quelquefois des érysipèles, des caries; et le traitement consécutif peut aussi se prolonger fort longtemps. La question serait bien près d'être jugée cependant s'il était vrai, comme le dit M. Desmarres, que *la plupart des guérisons que l'on croit avoir obtenues par la dilatation, ne sont en définitive que le résultat d'une occlusion amenée peu à peu par la suppuration et le contact des corps étrangers.* Il s'en est assuré, dit-il, par l'injection dans les conduits lacrymaux, laquelle ne pénètre pas jusqu'aux os. C'est une étude à poursuivre; comme aussi, avant d'appliquer un procédé quelconque, il est essentiel de s'assurer que ces conduits ne sont pas oblitérés. Mais lorsqu'on les trouve libres, je regarde comme un devoir de chercher à rétablir la fonction par tous les moyens possibles, avant de recourir à la destruction des organes, qui peut être comparée à une amputation. Ce cas échéant même, il me semble que l'extirpation du sac par le bistouri et la rugine serait plus simple et moins périlleuse que l'application des caustiques ou du cautère actuel.

Il me reste à parler de quelques procédés complémentaires applicables à certaines complications.

Quand l'os unguis est carié, on détruit la carie avec l'instrument tranchant, comme lorsqu'on pratique la perforation de cet os; ou

bien on l'attaque par le fer rouge, comme lorsqu'on veut détruire le sac. Quelquefois le sac persiste, et les larmes coulent dans la narine, ce qui est la terminaison la plus désirable. Si le sac s'oblitére, c'est encore un mode de guérison.

Quelquefois le sac trop dilaté laisse à l'extérieur une saillie difforme des téguments. Boyer dit en avoir plusieurs fois pratiqué l'excision avec succès.

Enfin la fistule se maintient quelquefois ouverte, malgré la dilatation du canal; Dieffenbach s'est vu obligé une fois de la boucher avec un petit lambeau emprunté aux téguments voisins.

#### Art. II. — Opérations qui se pratiquent sur les paupières.

##### 1° Tumeurs enkystées des paupières.

Ces tumeurs, de nature assez mal connue, sont généralement de petits kystes renfermant un liquide séreux, sanguinolent ou même purulent, avec des parois comme fongueuses, rougeâtres, faciles à écraser et à déchirer. Elles siègent dans trois points différents: 1° sous la peau, où on les reconnaît parce qu'elles sont mobiles et très saillantes; 2° sous le muscle orbiculaire, qui les comprime, en sorte que, bien que faisant saillie au dehors, elles finissent par éroder et perforer le cartilage tarse et par s'ouvrir sur la conjonctive; ce sont les plus communes; 3° enfin sous la conjonctive, et alors elles ne font plus saillie à l'extérieur.

On a essayé d'en obtenir la résolution à l'aide des fondants, de l'acupuncture, d'un petit séton passé au travers, de la cautérisation du trajet fistuleux, etc. Dupuytren les ouvrait d'un coup de bistouri, et en cautérisait le fond avec un crayon de nitrate d'argent. D'autres en ont pratiqué l'extirpation: à cet effet on divise ou la peau ou la conjonctive; on accroche la tumeur mise à découvert avec une petite égrigne, et on la dissèque. Cette dissection est souvent fort délicate; on a vu le cartilage tarse entamé, perforé, le bord palpébral divisé, et de là des déformations secondaires. Le sang, qui masque les parties, n'est pas une petite gêne pour l'opérateur; pour éviter l'écoulement du sang, M. Desmarres a imaginé une pince spéciale qui étreint entre deux anneaux la portion de la paupière qui supporte la tumeur. Enfin, même avec cette pince, la dissection demeure souvent incomplète; alors les uns détruisent le reste de la tumeur avec le nitrate d'argent; M. Desmarres se réserve de la faire fondre plus tard avec des frictions iodurées et l'acupuncture.

C'est de cette opération difficile, fastidieuse et trop souvent incom-

plète, que j'ai fait l'opération la plus simple et la plus facile de toutes celles qui se pratiquent sur l'appareil oculaire.

*Procédé de l'auteur.* — Si la tumeur est en dehors du cartilage tarse, je fais une incision transversale de 4 centimètre environ, parallèle au bord libre de la paupière, et divisant les téguments et la tumeur jusqu'au cartilage; si elle siège en dedans, je pratique une incision toute pareille sur la conjonctive; puis je saisis la paupière le plus près possible du kyste entre les mors d'une pince à disséquer, l'un des mors appliqué sur la peau, l'autre sur la conjonctive; et faisant marcher peu à peu ces mors du côté du kyste et pressant toujours, j'écrase ses parois et les fais sortir en bouillie par une sorte d'énucléation.

Immédiatement l'hémorrhagie s'arrête. Je ne fais ni cautérisation, ni pansement; je recommande simplement au malade de tenir l'œil fermé avec une compresse par-dessus; dès le lendemain la plaie est réunie. Quelquefois il reste sur les bords un peu de rougeur et de tuméfaction; quelques jours suffisent pour les dissiper. La conjonctive, à l'endroit de la pression, conserve aussi pendant quelques jours une couleur d'un rouge sombre, qui disparaît comme le reste.

J'applique ce procédé depuis 1854, et jusqu'à présent il m'a toujours aussi bien réussi.

## 2° *Blépharoptose, ou chute de la paupière supérieure.*

La blépharoptose peut provenir de deux causes principales: ou d'un allongement considérable de la peau de la paupière, ou d'une paralysie du muscle élévateur même.

Les anciens avaient déjà fait à peu près cette distinction. Pour le simple relâchement de la paupière, ils excisaient les téguments de la paupière relâchée, et réunissaient par suture. On a employé depuis la cautérisation par le feu, l'acide sulfurique, etc. L'excision est de beaucoup préférable.

*Excision de la peau de la paupière.* — On saisit avec une pince ordinaire, ou même avec les doigts, un repli transversal des téguments, assez large à la base pour que le malade puisse ouvrir et fermer l'œil avec facilité, et on l'excise d'un seul coup avec des ciseaux courbes sur le plat. Il faut enlever plutôt un peu plus que moins. On arrête l'hémorrhagie, et l'on applique deux points de suture qu'on enlève après douze ou dix-huit heures: si on laisse les fils plus longtemps, les points suppurent, et souvent les paupières se

tuméfient. Ici les serres-fines l'emporteraient certainement sur la suture.

Au reste, Scarpa ne recousait point la plaie, et j'ai trouvé en effet que la cicatrisation n'en est pas plus longue à obtenir: seulement il est bon alors de tenir le sourcil abaissé à l'aide d'une compresse et d'une bandelette de diachylon.

Quand il y a paralysie du muscle releveur, ce que les anciens appelaient *chute du sourcil*, ils enlevaient une bandelette des téguments du front, y compris sans doute l'occipito-frontal. Par là le sourcil se trouve forcément remonté, et l'occipito-frontal, qui aide déjà à relever la paupière dans l'état normal, peut agir bien plus efficacement, son insertion étant rapprochée de la paupière.

Il semble que Morand ait suivi ce procédé; il dit, en effet, avoir pincé la peau au bas du front à un demi-travers de doigt au-dessus de la paupière, et avoir enlevé un lambeau en cet endroit à l'aide de deux incisions transversales longues de deux pouces et figurées en losange. Mais presque aussitôt il ajoute qu'il emporte ainsi un morceau de la paupière, ce qui indiquerait que son lambeau était pris au-dessous du sourcil. Tel est encore, au reste, le procédé de Hunt.

*Procédé de Hunt.* — Il fait une incision semi-elliptique à convexité supérieure, immédiatement au-dessous de la ligne arquée du sourcil, et l'étend de chaque côté jusque vis-à-vis des commissures des paupières. Une incision inférieure rejoint la première à ses deux extrémités, et circonscrit un lambeau de peau qu'on enlève: on réunit immédiatement la plaie par trois sutures. Quand la cicatrisation est achevée, il résulte que la peau de la paupière s'insère sans replis intermédiaires à la peau du sourcil; celle-ci, s'élevant sous l'influence du muscle occipito-frontal, entraîne nécessairement la paupière avec elle.

L'incision inférieure doit s'approcher plus ou moins près du bord libre de la paupière, selon le degré de relâchement. Mais ce procédé laisse toujours craindre un renversement excessif de la paupière. Dieffenbach a fait porter la résection sur la conjonctive et sur le muscle élévateur.

*Procédé de Dieffenbach.* — La paupière complètement retournée, on accroche avec une petite érigne double, au delà du cartilage tarse, toute l'épaisseur de la paupière, hormis les téguments, et l'on en excise un lambeau transversal dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. On réunit par deux points de suture, qui traversent à la fois la mu-

queuse et la peau, et viennent se nouer en avant de la paupière sur un petit cylindre de toile.

Je regarde cette suture comme aussi peu utile pour la muqueuse que pour la peau, et le procédé serait dès lors très simplifié. Mais ne donnerait-il pas lieu de craindre un entropion, et n'aurait-on pas un meilleur résultat en revenant au procédé oublié des anciens ?

### 3° De l'entropion.

L'entropion est le renversement des paupières en dedans. Comme sa gravité provient surtout du renversement des cils, qui entretiennent une irritation continuelle de la conjonctive, il a été souvent confondu avec le trichiasis, et les procédés applicables à l'un ont été décrits sous le nom de l'autre. Sans doute il y a quelques indications communes, mais il y en a aussi de particulières.

L'entropion paraît dû tantôt à une laxité trop considérable de la peau, ou bien à une sorte de contracture du muscle orbiculaire ; enfin, à une déformation du cartilage tarse, qui survient surtout dans l'entropion invétéré. On s'attaque donc à ces trois causes, séparément ou ensemble ; on a cherché aussi à détruire le principal inconvénient de l'entropion en détruisant les bulbes ciliaires, et enfin on a eu recours à l'excision du bord palpébral.

I. LAXITÉ DES TÉGUMENTS. — On y remédie de deux manières : ou bien en essayant de procurer la rétraction des téguments sans les détruire, ou bien en y opérant une perte de substance. A la première méthode se rattachent la suture et les serres-fines ; à la seconde, l'excision, les casseaux, et la cautérisation.

1° *La suture.* — Déjà connue des hippocratiques, et conservée par toute l'antiquité, elle consiste à passer une anse de fil à travers la peau de la paupière, à la plus grande distance du bord palpébral, puis une deuxième anse au voisinage de ce bord ; on serrait les deux anses de manière à faire former un pli aux téguments, et on laissait la ligature jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même. Le procédé est tombé en désuétude ; mais il se rapproche beaucoup du suivant, qui est tout récent.

2° *Les serres-fines.* — M. Goyrand a appliqué les serres-fines à l'entropion, comme les anciens y appliquaient la suture. On saisit entre les mors de deux serres-fines un repli de la peau assez considérable pour que la paupière soit ramenée en dehors, et on les laisse ainsi trente-six ou quarante-huit heures ; après quoi on les enlève pour

les replacer tout à côté, afin que les téguments ne risquent pas d'être ulcérés. Au bout de six ou huit jours de ces applications successives, on les enlève définitivement ; la paupière n'a plus de tendance à se renverser en dedans. Elle offre bien une légère tuméfaction, mais qui disparaît avec rapidité.

Ce dernier moyen paraît mériter véritablement qu'on l'essaye. S'il ne suffisait pas, il serait temps de recourir aux suivants, beaucoup plus énergiques.

3° *L'excision de la peau.* — Elle se pratique en travers ou en long. La section en travers se fait en soulevant la peau avec les doigts, avec des pinces ordinaires ou des pinces spéciales, et en enlevant le pli avec des ciseaux, ou bien en cernant le lambeau avec le bistouri et le disséquant ; après quoi les uns appliquent la suture, les autres s'en abstiennent.

L'excision longitudinale de la peau a été pratiquée par Janson.

*Procédé de Janson.* — On soulève un pli longitudinal de la peau vers le centre de la paupière, et on l'excise avec les ciseaux ; puis on en reforme un ou deux autres à droite ou à gauche, et on les excise pareillement.

Ce procédé semble de prime abord assez étrange ; on dit pourtant qu'il a réussi plusieurs fois.

4° *Les casseaux.* — Un premier procédé, indiqué déjà par Paul d'Égine, consistait à étreindre un pli de la peau entre deux petites attelles de roseau ou de bois, jusqu'à mortification. Bartisch avait imaginé pour le même effet un compresseur dont les deux branches étaient rapprochées par une vis. Ce procédé est abandonné de nos jours, bien que peut-être il offre une ressource utile chez des sujets pusillanimes.

5° *La cautérisation. Procédé de Quadri.* — Après avoir essuyé exactement les paupières, et placé une bandelette agglutinative de manière à empêcher le caustique de pénétrer dans l'œil, on étend sur la peau de la paupière, au moyen d'un petit morceau de bois, une goutte d'acide sulfurique concentré, de manière à recouvrir une surface ovale de 6 à 7 millimètres de hauteur, et un peu plus longue que la ligne des cils tournés en dedans. Après dix secondes environ, on essuie la paupière avec précaution, et l'on applique au même endroit une seconde gouttelette, en l'étendant un peu au delà de la première ; puis on essuie de nouveau. Si alors, par suite de la rétraction de la peau de la paupière, les cils se reportent en dehors, on les noue en trois ou quatre faisceaux, au moyen de fils de soie

qu'on fixe au front pour maintenir la paupière convenablement élevée. Si au contraire les cils ne bougent pas après la seconde cautérisation, on en fait une troisième et même une quatrième.

Weller a remarqué que les cils se dégagent des fils de soie au moindre clignotement. Il me paraîtrait beaucoup plus sûr et plus simple de les maintenir relevés contre la face externe de la paupière à l'aide d'un peu de poix, ou de glu, ou mieux encore de collodion.

Le fer rouge a été également essayé. Nous avons donné les règles générales de son emploi; il faudrait ici l'appliquer bien légèrement, pour ne pas étendre les effets de la cautérisation à l'œil même. Ware dit avoir réussi en touchant avec le fer rouge le muscle élévateur mis préalablement à découvert.

II. CONTRACTURE DE L'ORBICULAIRE. — Key, en 1825, a excisé quelques-unes des fibres du muscle les plus rapprochées du bord palpébral, après les avoir mises à découvert. Je ne comprends pas bien le but de cette excision, et l'incision est à la fois plus simple et plus rationnelle. On l'a pratiquée par deux procédés.

1° *Section directe. Procédé de Wardrop.* — On divise l'angle externe des paupières d'un coup de ciseaux dirigé transversalement en dehors, et comprenant à la fois la peau, le muscle et la muqueuse.

2° *Section sous-cutanée. Procédé de Cunier.* — La paupière tendue à l'aide d'une pince à doubles branches appliquée sur son bord libre, tandis que l'indicateur et le médius de la main gauche appuyant sur le rebord orbitaire tendent la peau en sens opposé, on enfonce un ténotome effilé vers le centre de la paupière, au niveau du rebord orbitaire, et l'on en fait glisser la pointe par-dessous le muscle orbiculaire jusqu'au bord palpébral. Alors, en portant le tranchant du côté de la peau, et retirant lentement le ténotome, on coupe le muscle d'arrière en avant; le doigt appliqué sur la peau favorise l'opération en suivant tous les mouvements de la manœuvre. Comme ce sont, dit-on, les fibres les plus rapprochées du bord palpébral qui sont principalement contractées dans l'entropion, on recommande de faire arriver la pointe du ténotome jusqu'à ce bord, sans quoi le résultat serait incomplet.

Je n'ai pas eu à faire d'opération de ce genre; mais, le cas échéant, il me paraîtrait beaucoup plus simple de pratiquer la section sous-cutanée à l'angle externe, ou même de couper à la fois

la peau et les fibres musculaires, en respectant seulement le ligament palpébral et la conjonctive.

III. DÉFORMATION DU CARTILAGE TARSE. — Tantôt il paraît seulement raccourci, ou bien il est enroulé et recourbé d'une manière vicieuse. De là l'incision simple du cartilage, l'incision double, et l'excision.

1° *Incision simple.* — Tyrrell, suivant une indication de Ware, coupait d'un coup de ciseaux tout le bord libre de la paupière vers son centre, et laissait cicatriser les deux lèvres de l'incision à part.

Peut-être, en quelques cas légers, pourrait-on se borner à diviser la muqueuse et le cartilage, en respectant la peau de la paupière.

2° *Incision double. Procédé de Guthrie.* — On introduit la lame d'un petit bistouri mousse ou celle d'une paire de ciseaux également mousses à l'angle externe de l'œil, et l'on fait à la paupière une incision perpendiculaire comprenant toute son épaisseur, et de 6 à 12 millimètres de longueur; une autre incision de même étendue est pratiquée à l'angle interne, en dehors du point lacrymal. Ces deux incisions doivent être prolongées de telle sorte que la portion de la paupière qui contient le cartilage tarse soit parfaitement libre, et n'obéisse plus à l'action du muscle orbiculaire. On la reverse alors complètement sur le front, où l'opérateur la maintient avec le doigt indicateur de la main gauche, tandis qu'il achève de couper les adhérences, s'il en existe, qui la laisseraient encore soumise à ce muscle. On la laisse ensuite retomber sur l'œil, et l'on fait relever naturellement la paupière au malade. Si l'on s'aperçoit que le cartilage tarse garde dans ces mouvements une courbure anormale, on enlève, par une incision transversale, une portion de la peau comprise entre les deux incisions, et l'on retranche une portion de ce cartilage suffisante pour que cette ablation détruise sa courbure. C'est surtout près de l'angle interne que se remarque cette exagération de courbure du cartilage, et conséquemment que l'excision doit être la plus considérable. On passe ensuite dans les bords de la plaie transversale quatre anses de fil, dont les extrémités, ramenées sur le front, y sont collées par une bandelette agglutinative, et empêchent la portion détachée de la paupière de se réunir dans les mêmes rapports qu'auparavant. Guthrie fait traverser toute l'épaisseur de la paupière à l'anse placée près de la commissure interne.

3° *Excision du cartilage tarse. Procédé de Saunders.* — Après avoir introduit entre la paupière et le globe de l'œil une plaque

mince de corne ou d'argent, sur laquelle on tend la paupière malade, on incise les téguments et le muscle orbiculaire dans la direction du cartilage tarse, immédiatement au-dessus des racines des cils ; on dissèque ensuite avec précaution la surface externe de ce cartilage, jusqu'à ce que son bord orbitaire soit mis à nu ; on le sépare de la conjonctive en arrière ; et, enfin, on le détache sur les côtés, en se gardant d'intéresser le point lacrymal.

Ce procédé est fondé sur ce fait anatomique, que, l'élévateur de la paupière s'insérant aux téguments et à la conjonctive, l'ablation du cartilage ne lui ôte point ses attaches. La cicatrisation se fait avec rapidité ; mais toujours Saunders a vu se développer sur la plaie extérieure un fungus assez considérable, qu'il détruisait facilement par les caustiques, et mieux encore avec le bistouri.

Au lieu d'attaquer le cartilage par la peau, Tyrrell l'enlevait en incisant la conjonctive.

IV. EXCISION DES BULBES CILIAIRES. *Procédé de Schreger.* — On fait une incision parallèle au bord de la paupière, assez distante pour comprendre toute la hauteur des bulbes ; Hardegg la pratiquait à une ligne de l'insertion des cils. On saisit alors la peau comprise entre l'insertion et le bord palpébral avec une petite pince à crochet, et on l'attire à soi, en enlevant à petits coups de bistouri toute l'épaisseur occupée par les bulbes ciliaires. Il faut éviter de toucher au cartilage, que l'on reconnaît facilement à sa couleur blanche, si l'on a soin de faire assidûment essuyer le sang par un aide ; et ne laisser aucun des bulbes ciliaires, reconnaissables à leur teinte noirâtre.

Il arrive quelquefois que l'opération détermine des douleurs lancinantes le long du nez ; elles cessent une ou deux heures après. On recouvre la plaie de compresses d'eau froide pendant quelques heures, puis on se contente de recouvrir l'œil d'une simple compresse sèche. La plaie guérit ordinairement en huit ou dix jours.

V. EXCISION DU BORD PALPÉBRAL. — Heister rapporte que Cortumius avait proposé de détruire le bord palpébral avec le nitrate d'argent ; et lui-même paraît l'avoir enlevé avec des ciseaux courbes. Ce dernier procédé mériterait assurément la préférence sur l'autre ; mais il n'y faudrait recourir qu'à la dernière extrémité.

#### 4° Du trichiasis.

Le trichiasis consiste essentiellement dans la rétroversion d'un ou plusieurs cils. Il complice généralement l'entropion, et c'est pour-

quoi ils ont quelques indications communes. Mais il existe souvent à part, et offre alors des indications spéciales.

Au total, il y a ici deux grandes indications : ou redresser les cils déviés, ou les détruire ; mais on peut agir dans ce double objet ou sur les cils mêmes, ou sur les bulbes ciliaires, ou sur le bord palpébral ; d'où six méthodes secondaires, auxquelles se rattachent encore un plus grand nombre de procédés.

I. REDRESSEMENT DES CILS. — Héraclide de Tarente collait les cils déviés aux cils sains ; Aétius propose de les coller à la peau de la paupière ; Rhazès, de les friser en dehors. Celse, à l'aide d'une aiguille enfilée d'un cheveu de femme, dans l'anse duquel on engageait les cils, leur faisait traverser un pli de la peau de la paupière. Ce procédé est absurde ; les autres seraient tout au plus palliatifs.

II. ARRACHEMENT DES CILS. — Ce procédé paraît remonter à Antonius Musa. On saisit chaque poil avec une pince à disséquer ou une pince à épiler, et on l'arrache par une traction subite. Moyen excellent, mais purement palliatif.

III. REDRESSEMENT DES BULBES. — Opération qui ressort des indications posées, mais qui n'a été ni tentée ni proposée jusqu'ici. Peut-être cependant offrirait-elle plus de certitude que bien d'autres procédés. Ainsi, on cernerait la portion de peau qui recouvre les bulbes suspects par deux incisions verticales ; on décollerait les bulbes du cartilage tarse par une dissection qui séparerait en deux le bord libre de la paupière ; et, pour maintenir ces bulbes renversés en dehors, on aurait le choix entre divers moyens : ou bien une serre-fine appliquée sur la peau de la paupière, pour attirer en dehors et en bas le lambeau décollé ; ou une serre-fine rapprochant les lèvres de l'incision par-dessous le lambeau ainsi refoulé en dehors ; ou, enfin, l'excision et la cautérisation, comme nous les verrons appliquées pour renverser toute l'épaisseur du bord palpébral.

IV. DESTRUCTION DES BULBES. — Déjà Celse indique la cautérisation avec le fer rouge ; Aétius propose de diviser les bulbes en travers pour que la cicatrice empêche les poils de croître. Aujourd'hui on emploie le fer rouge, les caustiques, et l'extirpation avec le bistouri.

1° *Cautère actuel. Procédé de Champesme.* — On commence par

arracher les cils déviés avec des pinces : puis, renversant la paupière en dehors, et garantissant avec soin le globe de l'œil, on cautérise chaque bulbe en particulier à l'aide d'un cautère actuel terminé par une pointe longue de quelques millimètres, qui supporte un renflement sphérique assez volumineux pour conserver la chaleur nécessaire à l'opération.

Il est fort difficile de porter assez rapidement le cautère dans le bulbe pour qu'il ne soit pas refroidi. Le procédé suivant pare à cet inconvénient.

*Procédé de Carron du Villards.* — Sans arracher le cil, et en s'en servant au contraire comme guide, on enfonce dans chaque bulbe une épingle à insectes ; quand toutes les épingles sont implantées, on les réunit par un petit nœud de fil d'argent bien recuit, et l'on saisit le groupe avec un fer à papillotes rougi à blanc. On préserve l'œil en le recouvrant de papier gris mouillé et maintenu par une cuiller de bois.

Ce procédé n'est guère applicable qu'à deux ou trois cils à la fois. Autrement, les épingles irritent le malade, sont sujettes à s'échapper, et la cautérisation peut aussi dépasser les limites convenables : M. Desmarres en a vu résulter une perte de substance et un coloboma de 2 millimètres de profondeur.

*2° Emploi des caustiques. Procédé de Solera.* — Il se sert de petits crayons de potasse caustique enduits d'une couche de gomme laque ou de cire d'Espagne. On découvre la potasse dans l'étendue de 4 millimètre au plus, et on l'applique sur la peau à 2 millimètres environ du bord palpébral, et parallèlement à sa direction, vis-à-vis des cils déviés. A mesure que le caustique agit, un aide essuie la peau pour qu'il ne fuse pas vers l'œil. Trois ou quatre atouchements produisent une petite plaie artificielle, qu'il suffit de cautériser ensuite autant de fois pour mettre à découvert les bulbes, qui paraissent sous la forme de filets noirâtres. Dès qu'on les aperçoit, on s'arrête ; on essuie la paupière avec soin, et on la recouvre d'une compresse imbibée de vinaigre, qu'on renouvelle plusieurs fois dans la journée. Dès le lendemain on peut laisser l'œil à découvert.

Ce procédé demande une attention très active pour ne pas laisser fuser la potasse ; on cite un cas où l'œil a été atteint et détruit.

S'il n'y avait qu'un bulbe ou deux, peut-être pourrait-on faire usage d'un autre procédé, qui consiste à y porter un cure-dent de bois garni d'un fil de coton imbibé d'acide nitrique. Mais le bistouri serait encore préférable.

*3° Extirpation par le bistouri. Procédé de Vacca Berlinghieri.* — On commence par tracer avec de l'encre, sur la peau de la paupière, une ligne qui indique exactement dans quelle étendue les cils sont détournés de leur direction normale. Une lame de métal ou de corne est glissée entre l'œil et la paupière, pour soutenir l'une et garantir l'autre ; le chirurgien pratique alors deux incisions verticales, qui commencent à 3 millimètres du bord palpébral, et s'y terminent ; puis on les réunit par une incision transversale qui, comme les deux premières, ne pénètre pas plus loin que la peau. On saisit le lambeau circonscrit par ces trois incisions avec l'ongle ou avec une pince, et on le dissèque de manière à mettre à nu les bulbes des cils, situés les uns près des autres, immédiatement sous les téguments. On doit enlever les cils un à un, ou, si le sang empêche de les distinguer, détacher et emporter le tissu cellulaire dans lequel ils sont renfermés ; après quoi le lambeau est réappliqué sur la plaie.

V. REDRESSEMENT DU BORD PALPÉBRAL. — L'indication étant absolument la même que pour l'entropion, on y satisfait par les mêmes moyens, excision, casseaux, ou cautérisation, limités toutefois à l'étendue du trichiasis. Ainsi, M. Desmarres soulève la peau avec une double érigne à strabisme, vis-à-vis des cils déviés, le plus près possible du bord palpébral, et excise le pli avec un couteau à cataracte. Une pince à disséquer et des ciseaux ordinaires y feraient aussi bien.

VI. ENCISION DU BORD PALPÉBRAL (Schreger). — Le bord malade de la paupière étant saisi et renversé, l'opération, fort simple, consiste à enlever par une incision en V la portion du bord palpébral contenant les bulbes des cils déviés, et à réunir la plaie par suture ; ou même, au besoin, à retrancher avec des ciseaux courbes, dans un lambeau semi-elliptique, toute la portion altérée avec les cils qu'elle contient.

##### 5° De l'ectropion.

L'ectropion provient de deux causes très différentes : ou bien la conjonctive est tuméfiée, boursoufflée ; ou bien la peau extérieure est raccourcie par une cicatrice. Ajoutez que dans l'ectropion invétéré, le bord palpébral et le cartilage tarse finissent par acquérir un excès de longueur nuisible.

De nombreux procédés ont été dirigés contre l'ectropion. Ils se rattachent tous à quatre idées ou méthodes générales, qui sont :

1° Le raccourcissement de la conjonctive ;