

dénudé. Ce qui a surtout donné de l'intérêt aux plaies du sourcil, c'est qu'on les a vues quelquefois se compliquer d'amaurose, fait signalé déjà par Hippocrate.

II

KYSTES DERMŌIDES DU SOURCIL

Ces kystes ont été, en 1858, l'objet d'un travail intéressant de Lawrence; en 1869, le docteur Ch. Régnier a publié une thèse sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Enfin, dans ces dernières années, la Société de chirurgie s'est occupée d'une variété particulière de ces kystes qui, vu la nature de leur contenu, ont reçu le nom de kystes huileux.

Anatomie pathologique. — Ces kystes se développent le plus souvent au niveau de la queue du sourcil; mais ils peuvent se montrer aussi à la racine du nez, soit au-dessus, soit au-dessous du rebord orbitaire (kystes du grand angle de l'œil). Leur volume est généralement peu considérable; leur forme est quelquefois légèrement aplatie. Ils sont profondément situés au-dessous de la peau et des muscles; adhérant au périoste, et déprimant le plan osseux sous-jacent. Leur structure est celle de tous les kystes dermoïdes; ils renferment de la graisse, des débris épithéliaux et des poils.

Certains d'entre eux ont un contenu tout à fait semblable à de l'huile; M. Verneuil en a observé au-devant du sac lacrymal et leur a donné le nom de kystes prélacrymaux; M. Le Dentu en a vu un siégeant entre les deux sourcils vers la racine du nez. Enfin, M. Demons (de Bordeaux) a communiqué, en 1880, à la Société de chirurgie, un cas de kyste dermoïde huileux de la queue du sourcil.

Pathogénie. — Les kystes du sourcil sont situés sur le trajet de la fente branchiale supérieure comprise entre la vertèbre céphalique antérieure qui formera le front et le premier arc branchial, aux dépens duquel se développeront les mâchoires. Que cette fente, au lieu de se fermer dans toute sa hauteur, se soude seulement superficiellement, une portion de peau restera incluse dans sa profondeur, et donnera naissance à un kyste dermoïde.

Symptômes. — Comme l'indique leur mode d'origine, ces kystes sont congénitaux. Mais souvent ils sont méconnus pendant les pre-

mières années, et ne révèlent leur existence que vers sept ou huit ans, époque où ils prennent un plus grand développement. Ils seraient plus fréquents à gauche qu'à droite. Leur situation profonde, leur adhérence à l'os, leur mobilité sur les parties superficielles, leur siège précis, sont autant de caractères qui permettent de les reconnaître. Ils peuvent s'enflammer, prendre un grand volume, et devenir nettement fluctuants.

Nous pensons, avec M. Terrier, que la variété décrite par Sichel sous le nom de kystes pierreux ou calcaires ne représente pas autre chose que des kystes dermoïdes ayant subi la dégénérescence calcaire.

Diagnostic. — Il devra se baser surtout sur le siège précis de la tumeur, sur sa profondeur, sur son époque d'apparition. Les kystes sébacés ou loupes sont beaucoup plus superficiels, ils ne remontent pas à la naissance. Les lipomes sont lobulés. Enfin, on peut observer, comme nous l'avons déjà dit, dans la même région, des encéphalocèles; mais leurs caractères propres, le fait que ces tumeurs existaient dès le moment de la naissance, et ne se sont pas montrées seulement dans les premières années comme les kystes dermoïdes, permettront de les reconnaître.

Traitement. — Il devra consister dans l'extirpation de la tumeur. Si la dissection complète n'est pas possible, à cause de l'adhérence intime avec les os, on détruira par le caustique la portion restante de la poche, pour prévenir la récurrence, fréquente en pareil cas.

ARTICLE III

MALADIES DES PAUPIÈRES

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PAUPIÈRES

Vu la laxité du tissu cellulaire des paupières, les contusions de ces voiles membraneux produisent des infiltrations sanguines considérables, qui empêchent le malade d'ouvrir les yeux.

Quant aux plaies, elles peuvent être produites par instruments piquants, tranchants ou contondants. Les piqûres d'insectes donnent

lieu parfois à un œdème considérable des paupières. Les plaies par instruments tranchants peuvent intéresser le muscle orbiculaire, le cartilage tarse; à la paupière supérieure, elles s'étendent aux canaux excréteurs de la glande lacrymale, au tendon du releveur. Si la plaie intéresse toute l'épaisseur de la paupière, et que les deux lèvres se cicatrisent isolément, il en résulte une fente anormale ou coloboma de la paupière. Lorsqu'à la plaie succède une perte de substance, il peut se développer des difformités variables, entropion, ectropion, trichiasis. C'est surtout à la suite des plaies contuses qu'on observe ces complications.

Le diagnostic ne présente pas en général de difficultés. Cependant il peut se faire qu'une plaie des paupières, simple en apparence, se complique de graves désordres du côté des parties profondes. C'est ce que nous avons pu observer dans un cas où un morceau de bois, déchirant la paupière supérieure gauche, était allé fracturer la paroi supérieure de l'orbite et avait pénétré dans le crâne. La plaie palpébrale fut jugée simple tout d'abord et suturée comme telle. Ce n'est que plus tard que, l'apparition des troubles cérébraux conduisant à explorer la plaie, permit de découvrir le corps étranger; le malade succomba aux progrès de la méningo-encéphalite traumatique.

Le pansement devra se proposer d'éviter surtout les difformités consécutives. Pour cela, on fera la suture, s'il s'agit d'une plaie simple, dont les bords ne sont pas contus; on combattra la production d'adhérences vicieuses des paupières au globe oculaire dans les cas de brûlure. On tâchera, par des pansements convenables, d'éviter les pertes de substance et leurs fâcheuses conséquences, entropion, ectropion, trichiasis; si, malgré tout, cette perte de substance se produit, on aura recours pour la combler aux greffes dermiques et épidermiques.

II

INFLAMMATIONS DES PAUPIÈRES

Les unes intéressent toutes les parties constituantes des paupières, telles que l'érysipèle et le phlegmon; les autres se limitent à certaines parties constituantes des voiles palpébraux. De l'érysipèle et du phlegmon, nous ne dirons rien de particulier, sinon que la laxité

du tissu cellulaire de cette région explique leur terminaison fréquente par abcès.

Parmi les inflammations partielles des paupières, nous étudierons celles des glandes, orgeolet, chalazion, et l'inflammation du bord libre des paupières, ou blépharite glandulo-ciliaire.

A. — ORGEOLET

L'orgeolet n'est autre chose qu'un furoncle du bord libre des paupières, développé dans les follicules ciliaires ou dans l'appareil sébacé qui leur est annexé.

Certains sujets ont une véritable prédisposition pour cette affection, dont ils présentent de fréquentes récurrences. C'est surtout chez des jeunes gens lymphatiques qu'on la rencontre. Chez les jeunes filles, elle se lie assez souvent à des troubles de la menstruation.

L'orgeolet se montre sous forme d'une petite tumeur dure et rouge, très sensible à la pression, qui fait saillie du côté de la peau, au niveau du bord libre de la paupière.

La conjonctive et le cartilage tarse sont habituellement sains, à moins qu'il n'y ait en même temps un peu d'inflammation des glandes de Meibomius. A cette période, le malade accuse une sensation de chaleur et de démangeaison vers le bord libre des paupières. Au bout de cinq ou six jours, le sommet de la petite tumeur blanchit, elle s'ouvre et livre passage à un bourbillon. Dans d'autres cas, la résolution a lieu après une période d'induration plus ou moins longue.

Au début, on peut essayer de provoquer la résolution, en touchant la peau avec un peu de teinture d'iode ou avec un crayon de nitrate d'argent. Quand l'inflammation est plus avancée, on conseillera des lotions émollientes. M. Panas préfère les onctions avec des corps gras, et en particulier l'huile d'amandes douces, aidées d'une compression légère des paupières. Si l'élimination du bourbillon tarde à se faire, on pourra provoquer son issue par une petite ponction.

B. — CHALAZION

Tandis que l'orgeolet a pour siège les follicules des cils et les glandes sébacées qui leur sont annexées, le chalazion se développe

dans l'épaisseur du cartilage tarse, et au pourtour des glandes de Meibomius. C'est à tort qu'on l'a considéré comme un kyste de ces glandes. L'opinion du professeur Robin, qui les a regardés comme des tumeurs à cytoblastions ou éléments embryonnaires, est la vraie. Il résulte, en effet, des recherches histologiques du professeur Panas et de celles de Michel que le chalazion est formé de cellules embryoplastiques en grand nombre, avec quelques éléments fusiformes beaucoup plus rares. C'est, en un mot, un tissu analogue à celui des bourgeons charnus, qui se développe, non dans l'intérieur même d'une glande de Meibomius, mais à la périphérie de cette glande. Pour M. Lagrange (de Bordeaux), le phénomène initial dans le chalazion, c'est la rétention de produits épithéliaux dans les glandes de Meibomius, suivie d'adénite et de péri-adénite. Le contenu du chalazion est formé de cellules embryonnaires et de débris épithéliaux. M. Poncet (de Cluny) a signalé, en 1886, la présence dans l'intérieur du chalazion de microcoques en grand nombre. M. Lagrange (*Archives d'ophtalmologie*, 1889) a constaté que ces microcoques existent dans l'intérieur des cellules épithéliales.

Tandis que l'orgeolet est très superficiellement situé sur le bord libre des paupières, le chalazion, au contraire, reste toujours distant de ce bord, et occupe un siège plus profond. Développé au-dessous de la peau et des fibres musculaires, dans l'épaisseur du cartilage tarse, il proémine surtout du côté de la conjonctive. Cette dernière membrane est quelquefois rouge et tomenteuse.

La tumeur peut subir un ramollissement qui commence par son centre et aboutit à la suppuration. On voit alors, par transparence, la coloration jaunâtre du pus du côté de la conjonctive, qui forme quelquefois de véritables fongosités. Dans d'autres cas, la tumeur, au lieu de suppurer, s'indure, diminue de volume et passe à la résolution.

Un produit morbide qui se détruit, soit par résolution spontanée, soit par suppuration, ne saurait appartenir à la classe des néoplasmes. Aussi est-ce à tort qu'on a rangé le chalazion parmi les tumeurs des paupières et qu'on en a fait une variété de sarcome. C'est là une véritable erreur de pathologie générale. Le chalazion est en réalité un produit inflammatoire.

Le chalazion est plus fréquent à la paupière supérieure, où le cartilage tarse et les glandes de Meibomius sont plus développés, qu'à

la paupière inférieure. Il peut en exister plusieurs simultanément.

C'est surtout dans l'âge moyen de la vie, de vingt à quarante ans, et chez les sujets lymphatiques que leur tempérament prédispose aux inflammations des paupières, qu'on voit se développer le chalazion. Comme l'orgeolet, il subit parfois une augmentation de volume ou une poussée inflammatoire, chez la femme, au moment de la période menstruelle.

Le traitement médical doit s'adresser tout d'abord à l'état général lymphatique. Localement on emploiera les lotions émollientes et les onctions avec l'huile d'amandes douces (Panas).

Le traitement chirurgical peut consister dans l'extirpation complète du chalazion. Cette petite opération donne lieu à un écoulement sanguin assez abondant qui gêne l'opérateur. Aussi Desmarres a-t-il fait construire une pince spéciale qui porte son nom, et qui, enserrant dans son intérieur tous les tissus des paupières, supprime l'hémorragie. L'emploi de cette pince est applicable, non seulement à l'extirpation du chalazion, mais à celle de toutes les tumeurs des paupières.

L'extirpation du chalazion est fort délicate et présente un grave inconvénient, c'est d'exposer à la perforation complète de la paupière, si on la fait de la peau vers l'intérieur; à l'entropion et au trichiasis, si on l'exécute du côté de la conjonctive. Aussi vaut-il mieux lui substituer l'incision simple, ou la résection d'une partie du chalazion, s'il est volumineux; on fait suivre cette petite opération d'une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, en ayant soin de neutraliser l'excès du caustique avec l'eau salée. Cette pratique, empruntée par M. Panas à Nélaton, et que nous avons nous-même fréquemment mise en usage, suffit à assurer, en peu de temps, la guérison; preuve nouvelle qu'il ne s'agit pas ici d'un néoplasme.

C. — BLÉPHARITE GLANDULO-CILIAIRE

De toutes les inflammations des paupières, la blépharite glandulo-ciliaire est la plus importante à cause de sa fréquence et des graves complications qu'elle entraîne. Limitée au bord libre des paupières, elle atteint tous les tissus qui le constituent, mais surtout les follicules des cils et les glandes nombreuses de la région.

Étiologie. — Elle peut succéder à diverses conjonctivites, et

notamment à la conjonctivite purulente, l'inflammation se perpétuant dans les nombreux culs-de-sac glandulaires que présente le bord libre des paupières. Souvent, comme le remarquent les auteurs du *Compendium*, elle coïncide avec la kératite chronique, et constituée avec elle l'une des formes de l'ophtalmie scrofuleuse. C'est en effet chez des sujets scrofuleux ou lymphatiques qu'on voit le plus souvent se développer la blépharite glandulo-ciliaire, et cela surtout chez les enfants. Chez les adultes et les vieillards, la misère, les mauvaises conditions hygiéniques, l'alcoolisme, sont les causes qui lui donnent naissance. Enfin les poussières, l'exposition des yeux à une grande chaleur, l'action des gaz irritants, développent la maladie chez les sujets prédisposés.

Symptômes. — La blépharite siège, tantôt des deux côtés à la fois, tantôt d'un seul côté. Elle occupe alors les deux paupières en même temps ou l'une d'elles seulement. La paupière supérieure est ordinairement la plus malade, sans doute à cause de la situation déclive de son bord libre. Elle débute par une démangeaison au niveau du bord libre des paupières. En même temps, on y voit un peu de rougeur et de gonflement. L'épithélium du bord libre est quelquefois le siège d'une desquamation; d'où des écailles blanchâtres, qui ont valu à cette forme de la maladie le nom de blépharite furfuracée ou pityriasis des paupières. Plus souvent, la sécrétion pathologique des glandes amène la formation de croûtes jaunâtres au milieu desquelles sont implantés les cils. La conjonctive palpébrale est le siège d'une injection vive; la peau elle-même est violacée, rougeâtre. Son gonflement n'est pas uniforme; mais il se présente sous la forme de bosselures, séparées par des plis verticaux. Chaque matin, les paupières sont tellement agglutinées par la sécrétion muco-purulente que le malade ne peut ouvrir les yeux. En arrachant les croûtes, on arrache quelquefois en même temps les cils; on voit se former, au niveau du bord libre, et surtout vers la commissure externe, de petites ulcérations saignantes. Les cils finissent par être ébranlés et par tomber spontanément. Du côté de la peau, on voit se développer des orgeoles; vers la conjonctive, ce sont des abcès des glandes de Meibomius.

La maladie a la plus fâcheuse tendance à passer à l'état chronique. Dans les cas légers, elle peut guérir sans laisser de traces. Mais lorsque l'inflammation est profonde, lorsqu'elle dure pendant plusieurs

années, avec des périodes d'aggravation, elle laisse le plus souvent des déformations graves des paupières. Les bords palpébraux restent épais et indurés, privés de cils. Ou bien les cils repoussent dans une mauvaise direction, ils viennent frotter sur la face antérieure de la cornée et constituent le trichiasis. Sous l'influence de l'inflammation chronique, la peau des paupières subit parfois une véritable rétraction; elle se raccourcit, renverse en dehors le cartilage tarse et donne naissance à un ectropion. Ce fait se produit quand l'inflammation siège surtout dans la peau et les bulbes des cils. Lorsqu'elle est plus profonde et qu'elle envahit plutôt la face muqueuse des paupières et les glandes de Meibomius, le résultat peut être inverse. Le cartilage tarse ramolli s'enroule sur lui-même et produit un entropion. Les voies lacrymales sont atteintes, soit par oblitération, soit par renversement des points lacrymaux, et ces complications multiples peuvent conduire à la perte de la vision.

Traitement. — On doit tout d'abord s'appliquer à modifier l'état général par un traitement tonique et antiscrofuleux. On écartera toutes les causes d'irritation, en rétablissant le cours des larmes, s'il y a du larmolement; en faisant porter des verres coquilles fumés pour garantir l'œil contre les poussières et le vent; en défendant l'application des yeux à la lumière trop vive.

Quant au traitement local, il consistera tout d'abord à faire tomber les croûtes du bord libre des paupières à l'aide de lotions émoullientes. On appliquera ensuite des pommades modificatrices, dont les principales sont celles qui ont pour base le précipité rouge, pommade du Régent, de Lyon, pommade de Desault. S'il existe des ulcérations, on peut les cautériser avec le sulfate de cuivre, ou avec le crayon de nitrate d'argent mitigé. On ouvrira les petits abcès du bord libre des paupières; enfin, quand le gonflement sera trop considérable, on pourra, suivant le conseil de Desmarres, y pratiquer de petites ponctions à l'aide d'une lancette.

III

NÉOPLASMES OU TUMEURS DES PAUPIÈRES

On observe aux paupières un grand nombre de néoplasmes ou tumeurs qui ne diffèrent pas ici de ce qu'elles sont dans les autres

régions. Parmi elles, nous citerons le lipome, le fibrome, les tumeurs érectiles, l'épithélioma. Cette dernière tumeur, très fréquente aux paupières, y affecte le plus souvent la forme de l'épithélioma bénin de la face, autrefois décrit par M. Verneuil sous le nom d'adénome sudoripare. Ce qui donne seulement de l'intérêt à ces diverses tumeurs, c'est la nécessité de ménager dans leur extirpation les tissus délicats des paupières, de peur de déterminer des difformités. Parfois même on sera conduit à pratiquer des opérations autoplastiques longues et délicates (blépharoplastie), pour lesquelles nous renvoyons aux traités de médecine opératoire.

Nous insisterons seulement sur les kystes, qui présentent ici certaines particularités spéciales.

Kystes des paupières. — Ils sont extrêmement nombreux. Citons d'abord, comme exception rare, les kystes hydatiques des paupières.

Les kystes sébacés, généralement désignés sous le nom de *milium* ou *millet*, siègent sur la face externe des paupières, et jamais sur leur bord libre. Ils se présentent sous la forme de petites tumeurs blanchâtres ou jaunâtres du volume d'un grain de mil, souvent multiples. Leur siège est dans un des follicules pileux de la peau des paupières, jamais dans les follicules des cils. Leur contenu est formé de matière grasse, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine. Quelquefois il est infiltré de sels calcaires.

Une autre variété de kystes des paupières est constituée par les petits kystes transparents du bord libre, auxquels on donne aussi le nom de vésicules transparentes ou hydatis. Ils sont plus fréquents à la paupière inférieure, où ils se présentent sous la forme d'une petite lentille ou d'un pois. M. Panas les a trouvés tapissés à leur intérieur d'un épithélium pavimenteux. Le contenu est un liquide aqueux, limpide, ne présentant sous le microscope aucun élément organisé. Contrairement à l'opinion générale qui les fait se développer aux dépens des glandes sudoripares de la peau des paupières, M. Panas tend à les considérer comme dépendant d'une métamorphose séreuse des glandes sébacées annexées aux cils. On s'expliquerait ainsi leur développement constant au niveau de la face antérieure du bord libre des paupières.

Enfin, bien que le chalazion ait été considéré à tort comme un kyste des glandes meibomiennes, il n'en est pas moins vrai que les

glandes de Meibomius peuvent présenter parfois des kystes véritables. Leur contenu muqueux diffère de celui du chalazion. Quelquefois il subit la transformation calcaire, et se présente sous forme d'une matière blanchâtre, ressemblant à de la craie. Ces petites tumeurs dures et saillantes déterminent de la gêne des mouvements des paupières, et entretiennent, par leur frottement sur la conjonctive oculaire, l'inflammation de cette membrane.

Le traitement de toutes ces variétés de kystes consiste dans l'incision qui donne issue au contenu des glandes sébacées et des glandes de Meibomius; pour les kystes hydatiques et les vésicules transparentes du bord libre des paupières, il faut y joindre la cautérisation de la poche.

IV

TROUBLES FONCTIONNELS ET VICES DE CONFORMATION DES PAUPIÈRES

Il est impossible de séparer les troubles fonctionnels des nombreux vices de conformation des paupières. Telle disposition, en effet, peut constituer à la fois un vice de conformation et un trouble de fonction. Ainsi la chute de la paupière supérieure ou ptosis peut être un vice de conformation congénital ou résulter de la paralysie du releveur de la paupière supérieure. De même, une seule difformité peut être tantôt acquise, tantôt d'origine congénitale.

1° ABSENCE DES PAUPIÈRES

L'absence des paupières ou *ablépharie* peut être congénitale ou acquise. La première variété qui s'observe chez des fœtus monstrueux ne doit pas nous occuper. Quant à la destruction accidentelle des paupières, elle résulte le plus souvent de brûlures, d'affections charbonneuses, de plaies par armes à feu, etc. On voit quelquefois la peau des parties voisines attirée par la cicatrice former des sortes de replis qui viennent protéger incomplètement le globe de l'œil. De même aussi, la conjonctive en partie conservée forme quelquefois des bourrelets qu'il importe de respecter pour la réparation. Celle-ci, qui sera réalisée à l'idée d'une opération autoplastique (blépharoplastie), s'impose au chirurgien comme une nécessité impérieuse.

En effet, le globe oculaire, constamment exposé au contact de l'air par suite de la perte des paupières, ne tarderait pas à s'altérer, et la vision serait perdue.

2° COLOBOMA DES PAUPIÈRES

Le coloboma consiste en une fente verticale, congénitale ou accidentelle, des paupières.

Le coloboma congénital est excessivement rare, puisque M. Panas, dans l'article PAUPIÈRES du *Dictionnaire de Jaccoud*, n'en cite que 13 cas. Van Duyse, dans les *Annales d'oculistique* de 1882, a porté ce chiffre à 24. Il se présente sous la forme d'une fente triangulaire dont la base est tournée vers le bord libre de la paupière. Les bords de la fente, épais et charnus, sont tapissés, soit par la peau, soit par la muqueuse conjonctivale. C'est le plus souvent à la paupière supérieure qu'on rencontre le coloboma congénital. Deux fois seulement il existait en même temps à la paupière supérieure et à l'inférieure. Enfin, dans un cas de M. Polaillon, la paupière inférieure seule était atteinte.

Le coloboma acquis présente au contraire des bords minces, revêtus de tissu cicatriciel. Il a pour inconvénient d'exposer d'une façon permanente le globe de l'œil au contact de l'air. Aussi faut-il, après avoir pratiqué l'avivement de ses bords, les suturer, de manière à obtenir la guérison de cette solution de continuité.

3° ÉPICANTHUS

Sous le nom d'*épicanthus*, on décrit un repli cutané semi-lunaire qui recouvre plus ou moins complètement la commissure interne des paupières. Ce repli cutané se continue sans ligne de démarcation avec la peau du nez. Il est le plus souvent congénital et habituellement symétrique; parfois cependant un seul œil est atteint.

Il coïncide quelquefois avec certains autres vices de conformation, tels que le strabisme interne, la parésie des muscles releveur de la paupière et droit supérieur, les tumeurs lacrymales congénitales, la microphthalmie.

Il existe deux cas, appartenant à Sichel et à Chevillon, où l'épican-

thus, au lieu de siéger à l'angle interne de l'œil, comme d'habitude, occupait au contraire la commissure externe des paupières.

On comprend que, suivant son étendue, ce voile cutané gênera plus ou moins la vision. Mais il ne faut pas se presser d'agir en pareil cas : car, assez souvent, avec les progrès de l'âge, cette disposition s'efface, au fur et à mesure que le squelette de la face et du nez prend du développement.

À côté de l'épicanthus congénital, il existe un épicanthus acquis, tenant, soit à des brûlures, soit à un effondrement du nez, consécutif à un ozène syphilitique ou scrofuleux. Aussi M. Panas se demande-t-il si bon nombre d'épicanthus, qui passent pour congénitaux, ne sont pas dus à des lésions scrofuleuses ou syphilitiques des fosses nasales développées dans le jeune âge.

Une remarque intéressante faite par von Ammon, c'est que lorsqu'on pince entre les doigts la peau du dos du nez, on fait disparaître l'épicanthus. Aussi cet auteur a-t-il proposé, pour corriger la difformité, de pratiquer l'excision du pli cutané ainsi formé sur le milieu du nez. Ce procédé n'est applicable qu'aux cas où la difformité est symétrique. Si l'épicanthus est unilatéral, il faut pratiquer l'excision du repli cutané qui le constitue.

4° LAGOPHTHALMOS

On donne le nom de lagophthalmos ou lagophthalmie à la diminution permanente de hauteur des paupières, exposant sans cesse le globe de l'œil à l'action de l'air. C'est un degré atténué de l'ablépharie ou absence totale des paupières. Exceptionnellement cette disposition est congénitale; beaucoup plus souvent elle est acquise.

Elle résulte de cicatrices, de brûlures ou d'abcès ossifluents des parties voisines. La paralysie de l'orbiculaire des paupières lui donne aussi naissance et constitue une variété spéciale, dite lagophthalmos paralytique.

Le traitement variera suivant la cause de l'affection. S'il s'agit d'un lagophthalmos paralytique, on combattra par les moyens convenables la paralysie de l'orbiculaire. En cas de cicatrices vicieuses, on sera conduit à pratiquer des opérations autoplastiques. On pourra notamment pratiquer la tarsorrhaphie ou suture de la commissure externe des paupières après avivement.