

à ce résultat; elles sont employées le soir, au moment du coucher. On les étend le long du bord palpébral, avec la pulpe de l'index que l'on promène d'une des extrémités de la paupière à l'autre, en ayant soin que le médicament pénètre profondément jusque dans l'intervalle de la base des cils. Faute de prendre cette dernière précaution, la pommade n'agit pas sur les tissus affectés. Dans la journée, il est préférable d'appliquer des topiques adoucissants, tels que l'axonge, la glycérine, sur le bord libre enflammé et sur toute la surface cutanée des paupières, pour combattre la rougeur morbide. On se sert aussi avantageusement de fomentations, une ou deux fois par jour, sur le bord des paupières, avec une solution de sublimé (12 à 25 milligrammes de ce sel pour 30 grammes d'eau distillée).

Dans les blépharites ciliaires à un degré moyen, je me suis très-bien trouvé du badigeonnage du bord libre des paupières avec la *teinture d'iode* additionnée de parties égales d'eau distillée.

Lorsque la maladie est plus avancée, qu'il existe des ulcérations des follicules ciliaires, il faut modifier la vitalité des tissus atteints, par une médication plus énergique. On applique sur le bord palpébral une *pommade très-concentrée, au nitrate d'argent*, ou bien encore on étend sur la partie, avec un pinceau à miniature, une *solution de parties égales d'azotate d'argent et d'eau distillée*, en prenant toutes les précautions nécessaires pour que le sel lunaire ne pénètre pas sur la conjonctive. Dans les blépharites invétérées, il convient parfois d'arracher les cils avec une pince épilatoire, parce que ces poils jouent le rôle de corps étrangers. Après avoir pratiqué cette avulsion, on *cautérise* les ulcérations avec une *solution concentrée de nitrate d'argent*, ou plutôt avec la pointe d'un *crayon de pierre infernale*. L'application de l'*huile de Cade* peut aussi rendre service dans ces cas. Lorsque la maladie se termine par un épaississement avec induration du bord de la paupière, (*tylosis*), qu'il existe des ulcérations et des irrégularités du bord palpébral, on cherche d'abord à obtenir la résorption de la lymphe plastique concrétée dans les tissus malades, par l'application de *cataplasmes chauds de ciguë et de saponaire*, avec addition d'une petite quantité de *camphre*, par des onctions avec de l'*onguent hydrargyrique*. Rosas préconise dans ces cas les *scarifications* de la région calleuse.

CHAPITRE VI.

DIFFORMITÉS DES PAUPIÈRES.

Les difformités des paupières sont congénitales ou acquises. Les premières ont été mentionnées précédemment (p. 859), les secondes sont la conséquence de blessures ou de phlegmasies. Les indications thérapeutiques ne diffèrent pas dans les deux cas.

ARTICLE I.

Absence des paupières.

Les paupières manquent rarement. Certains fœtus monstrueux en sont privés; c'est alors un vice de conformation qui n'a qu'une importance secondaire à côté d'autres lésions plus graves qui coïncident avec lui. D'autres fois les paupières sont détruites, soit par gangrène, soit à la suite d'une brûlure; ou bien encore l'ablation en est nécessitée par l'extirpation de tumeurs malignes. Dans le dernier cas, les ressources de la nature sont telles, qu'une perte de substance, même considérable, est le plus souvent comblée, parce que la peau, attirée de tous les points voisins par le travail cicatriciel, vient combler la brèche. Alors même que toute l'étendue de la paupière est détruite, s'il reste une portion suffisante de la muqueuse, celle-ci se boursoufle, se *cutise* et devient pour l'œil un organe protecteur. En cas contraire, le globe, exposé continuellement à l'air, ne tarde pas à s'enflammer et finit par être détruit en partie, d'où la perte de la vision. La *blépharoplastie* est indiquée dans ces circonstances.

ARTICLE II.

Brièveté des paupières.

Lorsque les paupières sont diminuées de hauteur, c'est-à-dire raccourcies, la difformité est connue sous le nom de *lagophthalmos* ou de *lagophthalmie* (de *λαγρός*, lièvre, et *ὀφθαλμός*, œil; parce que l'on croyait que les lièvres dorment les yeux ouverts). Cette disposition anormale est bien plus rarement un vice de conformation congénital, que la conséquence de lésions traumatiques, d'ulcérations de tous genres, de rétraction des tissus par suite de carie de l'orbite. On l'observe parfois à la suite de granulations de la conjonctive traitées pendant longtemps par la cautérisation.

Le *lagophthalmos* peut exister seul, ou bien il est accompagné d'un *ectropion*. Ces deux variétés diffèrent l'une de l'autre, en ce que, dans la seconde, le raccourcissement est plus prononcé du côté de la peau que de la muqueuse; tandis que, dans la première, les paupières ne changent pas de direction; elles restent seulement éloignées l'une de l'autre, l'œil ne pouvant être entièrement recouvert. Dans les deux cas, il en résulte des conséquences fâcheuses: l'œil, n'étant pas suffisamment abrité, ne tarde pas à s'enflammer; la cornée se vascularise, s'infiltré, s'ulcère, et la vision peut être gravement compromise, se perdre même. Chez quelques malades, les accidents sont moins graves, parce que l'une des paupières, notamment la supérieure, supplée celle qui est raccourcie. Lorsque le muscle orbiculaire a été détruit en même temps que les téguments, la portion restante de la paupière n'exécute plus de mouvement, et si, par une opération autoplastique, on l'allonge, on n'arrive pas à lui restituer de la mobilité.

Le traitement est préventif ou curatif. En cas de lésions traumatiques, de gangrène des paupières, on cherche à prévenir une rétraction trop prononcée des tissus. Lorsque le raccourcissement est peu prononcé, quelques auteurs conseillent de s'abstenir de toute tentative opératoire. Le malade reste exposé à des inflammations oculo-palpébrales incessantes. J'ai tenté, dans un cas de ce genre, et avec succès, de corriger le lagophthalmos, en rétrécissant l'orifice interpalpébral par une opération d'*ankyloblépharon partiel* (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 364). Dans les cas où la perte de substance est plus étendue, il faut recourir à une opération auto-plastique. Le raccourcissement de la paupière par des brides cicatricielles comporte des indications spéciales (voy. *Ectropion*).

Par opposition à la lagophthalmie, nous devons mentionner l'*euryblépharon*, autre vice de conformation, consistant dans une disposition des paupières telle que ces voiles sont trop grands pour l'œil qu'ils abritent.

ARTICLE III.

Étroitesse de l'ouverture des paupières.

On l'a appelée *phimosis palpébral*, *blépharophimosis*, *blépharosténose*. Elle peut être congénitale. Elle est quelquefois la conséquence d'une lésion traumatique. D'après Rognetta, l'affection est fréquente dans la vieillesse, par suite de l'atrophie des tissus et du resserrement naturel des ouvertures muqueuses.

Quel que soit le point de départ du blépharophimosis, il en résulte des conséquences fâcheuses. Lorsque la difformité est très-prononcée, la vision est plus ou moins gênée. Il se développe fréquemment des inflammations oculo-palpébrales; parfois il y a strabisme, spasme des paupières, entropion et amblyopie plus ou moins prononcée. La diminution de l'ouverture palpébrale apporte de grands obstacles à la plupart des opérations que l'on pratique sur le globe.

Traitement. On a proposé d'agrandir la fente des paupières, en excisant un lambeau transversal aux dépens de la peau de la paupière supérieure, comme dans la méthode de Celse pour l'entropion. Ce procédé est le plus souvent infidèle. D'Ammon croit que l'on peut retirer de bons résultats de la *division sous-cutanée* du muscle orbiculaire à l'angle externe de l'œil. Si cette tentative échoue, le chirurgien de Dresde préfère employer le procédé qu'il appelle *canthoplastie*, et qui consiste à fendre l'angle externe des paupières pour y transplanter un lambeau de la conjonctive oculaire, qu'on attache sur le bord de la plaie.

ARTICLE IV.

Coloboma.

Le coloboma est une fente verticale de la paupière. On l'a assimilé au *bec-de-lièvre*. Tandis que ce dernier est plus fréquent à titre de division

congénitale que de solution de continuité accidentelle, le premier est bien plus souvent le résultat d'une blessure. On l'a observé sur l'une et l'autre paupière; le coloboma acquis semble plus fréquent en haut qu'en bas.

Quelle que soit la cause de cette solution de continuité, celle-ci présente une hauteur variable; parfois elle s'étend du bord libre jusqu'au bord adhérent du cartilage tarse; dans d'autres cas, elle est plus grande et se rapproche plus ou moins du contour de l'orbite. Plus la fente est longue, plus les bords en sont écartés. Si elle n'entame pas toute la hauteur du cartilage tarse, la portion demeurée entière de celui-ci limite l'éloignement des lèvres, de façon que la solution de continuité a la figure d'une encoche. Si, au contraire, la fissure se prolonge jusque vers le rebord orbitaire, la tonicité des fibres de l'orbiculaire écarte les lèvres de la fente qui représente un V ou un triangle à base tournée du côté du bord libre, à sommet dirigé vers le bord adhérent de la paupière.

La structure des deux lèvres de la fente varie, suivant que cette dernière est accidentelle ou congénitale. Dans le premier cas, la peau et la muqueuse palpébrale sont réunies par un *tissu cicatriciel* intermédiaire. Dans le second, le bord de chaque lèvre présente la même conformation que le bord libre de la paupière; il est formé par la *muqueuse*, qui change insensiblement de structure, des parties profondes vers les parties superficielles, pour se convertir en membrane cutanée. Les lèvres du coloboma congénital sont quelquefois garnies de cils.

Le coloboma est une difformité plus ou moins choquante, d'après l'étendue de la division de la paupière. S'il est très-prononcé, il laisse l'œil en partie à découvert, ce qui expose cet organe à être atteint de phlegmasies plus ou moins graves. Lorsqu'il occupe la paupière inférieure, les larmes s'écoulent incessamment sur la joue par cette ouverture. Il est parfois compliqué de prolapsus de la paupière, de symblépharon, de strabisme, etc.

Traitement. Le coloboma congénital, l'accidentel qui date déjà d'un certain temps, exigent une opération (*blépharorrhaphie*) basée sur les mêmes principes que pour le bec-de-lièvre: il faut aviver les lèvres de la solution de continuité et les réunir ensuite par une suture appropriée. Le coloboma accidentel de production récente, celui dont les bords sont encore saignants, n'exigent que le second temps de l'opération que nous venons d'indiquer.

On a soulevé pour le coloboma de la paupière une question analogue à celle qui a été longuement débattue pour le bec-de-lièvre. A quelle époque de la vie faut-il opérer? La plupart des chirurgiens conviennent que, si l'œil ne souffre pas de la difformité, il est préférable d'attendre l'âge de raison. Si la division est profonde, que le globe risque d'être compromis, il faut opérer immédiatement après la naissance.

ARTICLE V.

Ankyloblépharon.

L'ankyloblépharon est l'union anormale des bords libres des paupières. Il est congénital ou accidentel.

Variétés. L'ankyloblépharon *congénital*, tantôt partiel, tantôt total, est rare. L'ankyloblépharon *accidentel* n'occupe le plus souvent qu'une portion de l'étendue des bords palpébraux et en général le petit angle de l'orbite, quelquefois la partie moyenne des paupières ou encore le voisinage de l'angle interne. Le tissu qui réunit les bords palpébraux varie de nature; le plus souvent il est très-dense, très-court, et il affronte immédiatement les bords palpébraux. Dans d'autres cas, il est lâche et forme une espèce de membrane intermédiaire bien distincte. L'ankyloblépharon est parfois compliqué de symblépharon, de cicatrice des paupières, de recoquillement des tarses, de l'oblitération des conduits lacrymaux, d'atrophie du globe.

Causes. Lorsque les paupières sont soudées par leur bord libre à la naissance de l'enfant, ce vice de conformation est le résultat d'un *arrêt de développement*. L'ankyloblépharon accidentel se forme parfois après la variole, quand les bords palpébraux ont été ulcérés; à la suite de plaies de tout genre, de brûlures, d'ulcérations du bord libre. Le blépharospasme qui accompagne certaines inflammations oculo-palpébrales en favorise la production, lorsque, comme cela arrive souvent, les marges palpébrales sont en même temps excoriées. L'ankyloblépharon partiel de l'angle externe est commun chez les vieillards affectés d'excoriations du bord libre des paupières. Quelques-unes des opérations exécutées en vue de guérir le *trichiasis* sont suivies du même résultat. Dans certains cas, la soudure des paupières entre elles est exécutée par le chirurgien lui-même, en vue d'une indication thérapeutique; l'ankyloblépharon est alors appelé *artificiel*.

Symptômes. Il y a impossibilité pour le malade d'écarter les paupières. Le chirurgien n'arrive pas non plus à ce résultat, malgré des efforts de traction. La vision est notablement diminuée, ou même abolie, suivant l'étendue de l'ankyloblépharon. Si celui-ci est congénital, et que les bords ciliaires puissent se séparer légèrement et laisser à découvert la membrane muqueuse étendue de l'un à l'autre, les malades ont la faculté de distinguer la lumière des ténèbres, et même, quoique vaguement, certains objets. Si l'ankyloblépharon est accidentel et complet, c'est-à-dire si les bords palpébraux sont soudés, dans toute leur épaisseur et toute la longueur, par un tissu inodulaire, le patient est réduit à ne voir que la lueur de la lumière.

Traitement. Diviser l'adhérence morbide et empêcher la réunion des parties divisées, par un des artifices que nous ferons connaître tout à l'heure, telles sont les indications à remplir.

Quelques chirurgiens prescrivent de s'abstenir d'opérer, lorsque l'ankyloblépharon est partiel et placé de manière à ne pas gêner la vision; ou bien, lorsqu'étant soit partiel, soit général, l'œil est perdu. Nous croyons, au contraire, qu'il y a avantage, dans le premier cas, à rendre à l'ouverture des paupières des dimensions normales, et même dans le second, si le malade désire porter un œil artificiel.

Lorsque l'ankyloblépharon est incomplet, on divise l'adhérence avec des ciseaux mousses aux extrémités, ou avec un bistouri conduit sur une sonde

cannelée, introduits derrière les paupières, en agissant toujours dans la direction du bord interciliaire. Lorsque l'ankyloblépharon est *complet*, il faut d'abord se frayer une voie à travers les paupières, pour conduire une sonde cannelée derrière ces voiles; on soulève les paupières, au-devant du globe, près du petit angle, de manière à faire un pli vertical; l'une des extrémités du pli est confiée à un aide, pendant que l'autre est tenue par le chirurgien. Ce dernier incise le pli dans la direction de la fente palpébrale, de façon à faire une petite boutonnière, à travers laquelle il insinue une sonde cannelée et l'une des branches de ciseaux destinée à être conduite sur la cannelure de la sonde. Une simple incision suffit dans les cas de cicatrice solide unissant les deux paupières. Si la membrane d'union est large, on la détache en premier lieu du bord de l'une des paupières; on la saisit ensuite avec des pinces, et on l'excise, le long de la paupière opposée, avec des ciseaux.

C'est une grande difficulté que d'empêcher la formation de nouvelles adhérences entre les bords sanglants. On a usé d'une foule d'artifices, les uns impraticables, les autres rationnels; quelques-uns de ces derniers d'une efficacité douteuse. Il faut donc avoir recours à un autre expédient:

Procédé d'Ammon. Autoplastie par inflexion. Ce procédé est fondé sur le fait suivant: si on interpose aux bords palpébraux un lambeau conjonctival, les surfaces avivées n'adhèrent pas. Pour l'exécuter, on dissèque et on décolle la muqueuse au niveau de l'angle externe des paupières seulement; on la renverse en dehors et on l'affronte à la peau par un point de suture. Au lieu de n'agir que sur le petit angle, Serre, de Montpellier, affronte la conjonctive palpébrale avec la peau, dans une étendue plus considérable par la suture entrecoupée.

ARTICLE VI.

Symblépharon.

On désigne sous ce nom les adhérences anormales des paupières au globe oculaire, c'est-à-dire les adhérences entre le feuillet palpébral et le feuillet sclérotical de la conjonctive. La dénomination de *synommoblépharie* conviendrait mieux que celle de *symblépharon*, qui rappelle à l'esprit une réunion des paupières entre elles, plutôt qu'une réunion des paupières et du globe.

Causes. Ce vice de conformation est rare à l'état *congénital*, où on le désigne sous le nom de *symblépharose*. Il est le plus souvent *accidentel*: à la suite de brûlures de la conjonctive; de plaies qui intéressent à la fois les deux feuillets de cette membrane; de l'ablation de tumeurs diverses de la muqueuse, lorsque les deux feuillets de la conjonctive sont emportés simultanément dans une portion de leur étendue, ce qui arrive par exemple dans les opérations de certains ptérygions, de cancers. Cette difformité est souvent la conséquence d'ophtalmies granuleuses traitées par la cautérisation avec la pierre infernale.

Variétés. Tantôt les paupières adhèrent au globe dans toute leur étendue, et la cavité conjonctivale est entièrement effacée; c'est le *symblépharon complet* ou *total*. Dans ce cas, il peut y avoir ankyloblépharon et *symblépharon* en même temps; les paupières adhèrent à la fois à la sclérotique et à la cornée; ou bien les bords palpébraux ne sont pas soudés ensemble, et une partie, ou même la totalité de la cornée reste à découvert. Tantôt l'adhérence entre la conjonctive palpébrale et l'oculaire n'a lieu que par places, et la cavité conjonctivale est conservée dans les autres points: c'est le *symblépharon incomplet* ou *partiel*.

Lorsque le *symblépharon* est incomplet, il peut avoir son siège sur tous les points du contour de la cavité oculo-palpébrale. Le plus souvent, les brides s'étendent de l'une des paupières à la conjonctive scléroticale; d'autres fois, de la paupière à la cornée; dans des cas plus graves, à la sclérotique et à la cornée à la fois, le miroir oculaire présentant alors une opacité plus ou moins prononcée au niveau et autour de l'adhérence. Celle-ci peut d'ailleurs être plus ou moins serrée, c'est-à-dire formée d'un tissu très-court et inextensible, auquel cas la paupière correspondante, entraînée vers le globe, présente un certain degré d'entropion et a perdu la faculté de se mouvoir sur l'œil; ou bien l'adhérence est lâche et quelquefois assez longue pour permettre à la paupière d'exécuter encore quelques mouvements. Dans le dernier cas, il existe une ou plusieurs brides, de longueur et de forme variables. Il est de la plus grande importance, pour le choix des moyens thérapeutiques, de bien se rendre compte des connexions de ces brides. Tantôt la bride adhère tout à la fois, par ses extrémités, à la paupière et à l'œil; par un de ses bords, au cul-de-sac oculo-palpébral, l'autre bord demeurant libre; tantôt la bride adhère seulement par les deux extrémités, elle est libre par toute la circonférence, si bien qu'il est possible de la contourner avec un stylet ou une sonde cannelée.

Le nombre des brides est d'ailleurs variable; l'étendue présente aussi des différences suivant les cas. Il en est qui ont à peine quelques millimètres de long; d'autres présentent une longueur de 1 à 2 centimètres.

Symptômes. Dans le *symblépharon complet*, les mouvements des paupières et de l'œil sont perdus: complètement, lorsqu'il existe des adhérences serrées; incomplètement, lorsque ces adhérences sont lâches. Dans ce dernier cas, il est parfois possible de plisser les paupières avec les doigts et de les éloigner de l'œil. L'état de la vision est subordonné à celui de la cornée; si le globe est intact, les paupières non soudées par le bord libre, la vision est possible, mais toujours très-limitée, parce que, d'une part, la cornée ne peut pas être mise suffisamment à découvert, et que, de l'autre, elle ne peut pas se porter en diverses directions. Dans le *symblépharon incomplet*, la vision est généralement meilleure; il existe néanmoins toujours une gêne dans les mouvements du globe, à moins que les brides ne soient lâches et extensibles. Pour cette variété de *symblépharon*, il est important de reconnaître si les brides sont adhérentes au cul-de-sac oculo-palpébral. On s'en assure en écartant le bord libre de la paupière autant que possible, de façon à mettre le cul-de-sac à découvert, ou bien en cherchant

à contourner la bride avec un stylet d'Anel, dans toute sa circonférence.

A quelque variété qu'il appartienne, le *symblépharon* est toujours une lésion sérieuse; il entrave, à un degré variable, l'exercice de la vision; il s'oppose à un écartement suffisant des paupières, et par cela seul il est déjà une difformité. La guérison en est difficile, parce que les adhérences, une fois divisées, se reproduisent avec une ténacité qui défie souvent les soins les plus attentifs. Ajoutez enfin, qu'alors même qu'on fait disparaître les liens anormaux des paupières et du globe, il reste le plus souvent une opacité de la cornée qui rend l'œil impropre à l'exercice de ses fonctions.

Traitement. Il varie suivant que le *symblépharon* est complet ou incomplet:

A. **SYMBLÉPHARON COMPLET.** Dans ce cas, il ne faut tenter une opération qu'autant que l'œil a conservé la faculté de voir; ou bien encore lorsque la vision étant perdue, le sujet désire corriger la difformité dont il est atteint, en portant un œil artificiel. Qu'on s'attende à rencontrer de grandes difficultés pour diriger le traitement consécutif à la section des brides; le tissu inodulaire, c'est-à-dire les adhérences, se reproduisent malgré les soins les mieux entendus, les artifices de toutes sortes employés pour maintenir cette cicatrisation. Il est préférable d'avoir recours à l'une des méthodes préconisées pour le traitement du *symblépharon partiel*, en l'appliquant à plusieurs reprises, et à divers intervalles, au *symblépharon complet*, que l'on peut toujours considérer par la pensée comme formé d'un nombre plus ou moins considérable de *symblépharons incomplets*.

B. **SYMBLÉPHARON PARTIEL.** S'il s'agit d'une bride libre par toute la circonférence et non continue avec le cul-de-sac oculo-palpébral, on se contente de la diviser; on empêche la cicatrisation des deux lèvres de la plaie, en recommandant à l'opéré d'exécuter de fréquents mouvements du globe; en rompant tous les jours les adhérences avec l'extrémité d'un stylet, ou en faisant porter, pendant le temps nécessaire à la cicatrisation isolée des lèvres de la solution de continuité, un œil artificiel. Ces moyens ne suffisent plus lorsque le *symblépharon* se continue avec les sinus de la conjonctive. Force est alors d'avoir recours à l'un des procédés suivants: Amussat divise la bride dans une étendue aussi grande que possible, et porte tous les jours, dans le sommet de la division, une pointe d'épingle, ou l'extrémité aiguë d'un instrument tranchant, pour déchirer la membrane pyogénique. On continue cette pratique, jusqu'à ce que les lèvres *cutisées* de la solution de continuité ne puissent plus adhérer ensemble. Dans un cas où les adhérences s'étendaient jusqu'à la cornée, Flugge, après les avoir divisées, recouvrit de *collodion* les bords de la plaie et maintint la paupière fixe jusqu'à ce que l'éther se fût évaporé. La plaie fut pansée par ce procédé toutes les douze heures, pendant un certain temps. On obtint de cette façon un tissu cicatriciel lisse à la place de la conjonctive. Laugier et Arlt, se fondant avec raison sur ce principe que, pour éviter une récurrence, il faut mettre le globe, séparé des brides cicatricielles, en contact avec la face *muqueuse* et *non saignante* des lambeaux formés de ces mêmes brides qui adhèrent par la base aux paupières, ont imaginé le procédé suivant: On commence par

passer un fil (*ab*, fig. 161), muni d'une aiguille à chacune des extrémités, à travers la bride (*cde*, fig. 161), tout près de l'insertion de cette dernière à la cornée. La bride, étant tendue par le fil, est détachée par un couteau à

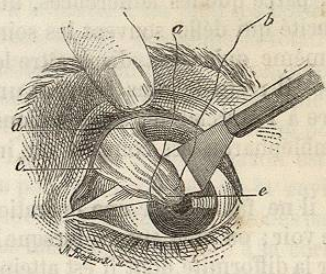


Fig. 161.

cataracte glissé sous lui (fig. 161). On renverse la bride sur elle-même (*k*, fig. 162), de façon à en appliquer la face sanglante contre elle-même; on passe les aiguilles et par conséquent les deux fils à travers le cul-de-sac conjonctival, pour les faire sortir par la peau de la paupière, sur laquelle on les noue par l'intermédiaire d'un petit cylindre de diachylon (*l*, fig. 162). Les bords de la perte de substance de la conjonctive oculaire sont réunis par quelques points de suture (*gh*, fig. 162).

Brulet (de Dijon) traverse les adhérences oculo-palpébrales aussi profondément que faire se peut, c'est-à-dire le plus près possible du cul-de-sac, avec une aiguille-lance qui entraîne un fil d'argent de 1 millimètre et demi de diamètre, et dont on réunit les extrémités. On laisse cet anneau à demeure pendant quinze jours à trois semaines. Alors le trajet est cicatrisé, et l'adhérence est convertie en une bride libre par toute la circonférence. A cette époque, on coupe le pont inodulaire, après avoir préalablement appliqué une ligature qui reste pendant quelques jours attachée au moignon palpébral.

Lorsque la bride est libre par toute la circonférence, on peut, au moyen d'un stylet, conduire un fil autour de cette bride; les deux extrémités pendantes sur la joue en sont liées et serrées. Pétrequin passe un fil double autour de l'adhérence, dédouble le fil et pratique deux ligatures: l'une, serrée fortement, du côté de l'œil; l'autre, peu serrée, du côté de la paupière. En raison de la constriction inégale exercée par les fils, les ligatures ne tombent pas en même temps; celle qui est du côté de l'œil, et qui est très-serrée, se détache la première, et la plaie correspondante se cicatrise avant la chute de la seconde ligature.

Dans les cas où les adhérences sont étendues, il est préférable d'avoir recours à l'autoplastie, qui comprend deux méthodes générales: l'autoplastie par GLISSEMENT (Hays, d'Ammon) et l'autoplastie par INFLEXION (Dieffenbach). Le procédé de Hays consiste à détacher les brides oculo-palpébrales au niveau du globe, ce qui a pour résultat, de donner lieu à une large surface

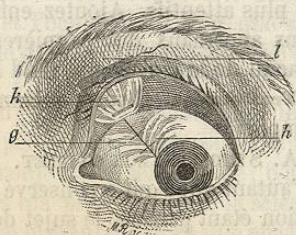


Fig. 162.

cruente, par-dessus laquelle on fait glisser les bords de la conjonctive, qu'on affronte par quelques points de suture simple. D'Ammon divise toute l'épaisseur de la paupière par deux incisions en forme de V, aux limites mêmes des adhérences. Il fait glisser l'un contre l'autre les bords sanglants, et les réunit de façon à laisser en arrière de la cicatrice palpébrale le lambeau de la paupière qui adhère au globe. Plus tard seulement, il enlève ce lambeau adhérent lui-même, ce qui donne lieu à une surface cruente du côté de l'œil; mais comme cette surface sanglante est en rapport avec une portion déjà cicatrisée de la face postérieure de la paupière, les adhérences ne se reproduisent pas. Dieffenbach a employé un autre artifice: il taille aux dépens de toute l'épaisseur de la paupière un lambeau quadrilatère à base correspondant au pourtour de l'orbite, et d'une largeur proportionnée aux adhérences oculo-palpébrales; il replie ce lambeau sur lui-même (inflexion) de façon à en mettre la face cutanée en rapport avec le globe, dont la surface cruente se cicatrise isolément. Cette cicatrisation obtenue, Dieffenbach dédouble le lambeau replié et reconstitue la paupière avec ses dimensions primitives. (Pour plus de détails, consultez mon *Traité des maladies des yeux*, t. 1, p. 378 et suiv.)

ARTICLE VII.

Epicanthus.

C'est un vice de conformation consistant dans la présence, au grand angle de l'œil, d'un pli cutané anormal qui s'avance au-devant de la caroncule et peut masquer une partie du globe. L'étymologie du mot *epicanthus* (de *ἐπί*, sur, *καθός*, angle) n'apprend rien sur la nature du mal.

Variétés. Suivant que le pli anormal se trouve au grand ou au petit angle, on l'appelle *epicanthus proprement dit*, ou *epicanthus externe*. Ce dernier est très-rare. L'*epicanthus* proprement dit, le seul dont il sera question, est formé par un repli de la peau dont les faces regardent, l'une en avant, l'autre en arrière, dont le bord adhérent se continue avec la racine du nez, dont le bord libre est tourné en dehors et représente un croisissant, les extrémités de ce dernier se continuant avec la peau des paupières. Il y a des degrés variables, suivant la largeur du pli anormal, qui ont fait admettre l'existence d'un *epicanthus* complet ou incomplet.

Causes. Le plus souvent, l'*epicanthus* est un vice de conformation originel. Dans ce cas, il est presque toujours bilatéral, c'est-à-dire qu'il existe des deux côtés à la fois. On cite, comme exception à cette règle, les faits rapportés par d'Ammon et par Cornaz. On a cherché à expliquer la présence du pli anormal au grand angle de l'orbite. D'Ammon en rendait compte par l'exubérance de la peau de la face qui recouvre la région de la racine du nez; Siehel, par une configuration primitive particulière des os propres du nez, qui sont aplatis pour ainsi dire, rejetés sur les côtés et élargis, de manière à perdre beaucoup plus en élévation qu'ils ne gagnent