

M. Malgaigne dans son *Manuel de médecine opératoire*, et nous pensons que les ciseaux boutonnés sont de beaucoup préférables à tout autre instrument. L'opération, ainsi qu'on le voit, est des plus simples.

Quel que soit le procédé qu'on ait choisi, la division permanente des paupières doit en être la conséquence. La difficulté d'obtenir cet écartement explique le nombre des procédés imaginés. C'est donc sur ce point qu'il faut surtout diriger son attention. Ici encore on retrouve la multiplicité des moyens : les uns proposent au malade de tenir les yeux ouverts pendant au moins vingt-quatre heures (Stæber); les autres préconisent l'interposition de corps étrangers entre les lèvres de la plaie (Celse, Bartisch, Solingen, Rosas), ou même la suture de la conjonctive (d'Ammon); ceux-ci écartent les paupières par des anses de fil qui les traversent (Jünken); ceux-là recommandent la cautérisation des lèvres de la plaie (Carron). Il nous semble que de tous ces moyens quelques indications utiles doivent rester au chirurgien : des bandelettes de taffetas d'Angleterre maintiendront la division dans un écartement convenable; l'une des paupières sera cautérisée superficiellement avec le nitrate d'argent, tandis que l'autre sera seulement baignée de collyres astringents. Lorsqu'on lèvera ces bandelettes, on recommandera au malade d'exercer, autant que possible, les mouvements des paupières. Si, comme cela arrive le plus ordinairement, l'adhérence tend à reparaitre vers les angles, on déchirera tous les jours la cicatrice au moyen d'une épingle ou de la pointe d'un instrument tranchant, selon le procédé de M. Amussat. Ce dernier moyen, qui nous a été très utile dans des cas de symblépharon très graves, doit trouver une application utile dans l'opération qui nous occupe ici.

*Opération de l'ankyloblépharon artificiel.* — Elle est fort simple. On commence par arracher les cils dans l'étendue convenable, puis on accroche la paupière avec une forte érigne, de manière à la tendre fortement. Cela fait, on avive le bord palpébral à l'aide de ciseaux, en ayant soin de n'emporter que le moins possible de tissu, afin d'épargner les bulbes des cils. Après avoir avivé le bord de l'autre paupière de la même manière, on réunit, comme dans le coloboma, à l'aide d'épingles qu'il faut placer avec beaucoup de soin et en se servant de ma pince à suture. (Voy. *Symblépharon*, p. 466.)

On peut remplacer l'érigne et les ciseaux par la plaque de Beer et le bistouri, mais cela m'a paru beaucoup plus douloureux pour le malade et beaucoup plus difficile pour le chirurgien, et j'y ai renoncé.

Le traitement consiste à appliquer des compresses d'eau froide sur la plaie et à recommander au malade de tenir les yeux fermés. J'applique, pour plus de sécurité, un morceau de taffetas d'Angleterre sur l'œil sain pendant deux ou trois jours et même davantage. Lorsque les épingles sont enlevées, je ne permets pas au malade d'ouvrir l'œil opéré avant huit ou dix jours, afin d'éviter la déchirure de la cicatrice encore trop récente pour résister à l'action musculaire.

#### ARTICLE IV.

##### ADHÉRENCES DES PAUPIÈRES AVEC LE GLOBE DE L'ŒIL. (SYMBLÉPHARON).

Cette maladie, qui n'a été observée que très rarement à l'état congénial sur des fœtus dont les yeux avaient disparu à la suite de certaines affections développées pendant la vie intra-utérine, est très commune au contraire à l'état accidentel. On a divisé le symblépharon en total ou partiel, selon que l'union de la paupière au globe a lieu en dehors de la cornée, ou que celle-ci est comprise en entier dans l'adhérence.

CAUSES. — Elles sont nombreuses. Tantôt le symblépharon est le résultat d'ophtalmies répétées; tantôt celui d'accidents, tels que les brûlures de la conjonctive par le feu, la chaux vive, les acides plus ou moins concentrés. La destruction de la conjonctive par une cause quelconque, comme l'enlèvement d'une tumeur, l'épaississement de cette membrane, l'amène très souvent à sa suite; il est très intéressant, au point de vue du traitement, de distinguer ces deux ordres de causes l'un de l'autre. Dans quelques cas, des tissus de nouvelle formation, comme on en peut voir après les excoriations superficielles, deviennent une cause de symblépharon. Ces exsudations plastiques s'observent souvent à la suite des cautérisations faites sans précaution sur les muqueuses palpébrales avec le nitrate d'argent. Le docteur Furnari m'a ra-



conté que pendant son séjour en Afrique il a observé et opéré un si grand nombre de symblépharons dus à cette cause, qu'il en était véritablement fatigué. C'est là un de ces faits que bien des auteurs ont signalés, et sur lequel nous avons cherché à attirer l'attention de nos confrères. (Voyez *Mém. sur une nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies*, p. 9.)

**CARACTÈRES DU SYMBLÉPHARON.** — Cette maladie se présente quelquefois à l'état le plus simple. Une petite bride filiforme tendue de la muqueuse palpébrale à la muqueuse scléroticale, libre partout, sauf à ses deux extrémités, offre le cas le plus léger de la maladie qui nous occupe. Le plus haut degré, au contraire, se caractérise par des brides nombreuses très courtes, très serrées, soudées étroitement entre elles et tendues de la conjonctive palpébrale, tantôt à toute la cornée, tantôt à une plus ou moins grande partie de cette membrane, avec laquelle la paupière est le plus souvent intimement unie.

Une seule paupière peut être atteinte de symblépharon; on conçoit que les deux puissent l'être à la fois, et que la vision en soit ou grandement empêchée ou qu'elle soit tout à fait perdue.

Les mouvements du globe sont en rapport nécessaire avec l'étendue, le nombre de brides et le lieu qu'elles occupent. Le symblépharon peut donc devenir aussi un véritable ankyloblépharon, c'est-à-dire que l'adhérence entre la muqueuse palpébrale et le globe peut être complète et s'étendre aussi au bord libre des paupières. Il serait superflu de décrire ici tous les degrés intermédiaires de cette maladie: aussi nous bornerons-nous à ces caractères généraux, qui nous paraissent suffisants pour faire comprendre que le pronostic et le traitement dépendent de la nature et de l'étendue des adhérences.

D'Ammon désigne sous le nom de *symblépharon antérieur* l'affection que nous venons de décrire; il nomme *symblépharon postérieur* un raccourcissement de la muqueuse que l'on voit à la suite des ophthalmies purulentes, surtout, ajouterai-je, quand on s'est servi des caustiques énergiques. Ce raccourcissement porte, non sur le cul-de-sac muqueux spécialement, je veux dire à l'endroit où la conjonctive de palpébrale devient bulbaire, mais sur la membrane dans sa totalité. Il y a à la fois ici, d'Ammon aurait dû l'ajouter, symblépharon et ectropion léger avec larmolement; cette

maladie se caractérise surtout par un manque de profondeur des replis conjonctivaux, et par une diminution relative des mouvements de la paupière supérieure, ordinairement devenue épaisse. Il n'y a rien à faire contre cet état.

**TRAITEMENT.** — Il est nécessairement subordonné à la gravité de la maladie, au nombre des adhérences, au lieu qu'elles occupent, au temps depuis lequel elles existent et à la cause qui les a produites. Il ne peut donc être que chirurgical.

Lorsqu'une seule bride est tendue de la paupière au globe, on peut l'exciser facilement à chacune de ses extrémités, en recommandant au malade de détruire le parallélisme de la plaie par de fréquentes tractions, s'il s'agit de la paupière inférieure, et seulement pendant le temps nécessaire au premier travail de la cicatrisation. Mais lorsque le globe est entièrement cutisé, toute opération doit être entièrement rejetée, parce que le bulbe se recouvre constamment d'un tégument opaque, et que les adhérences se reproduisent (Chélius).

Si des brides sont soudées à une partie de la cornée en dehors de la pupille, on pourra tenter une opération, particulièrement si elles ne sont ni trop épaisses ni trop nombreuses, et surtout si le cul-de-sac conjonctival est resté sain sur chacun de leurs côtés. On y aura encore recours si ces brides exercent un tiraillement fâcheux sur le globe, ou si elles le maintiennent dans une immobilité telle que la diplopie en soit la conséquence, l'autre œil étant resté sain; mais alors on devra, comme je l'ai fait assez souvent avec avantage (voy. *Pterygion*), disséquer le muscle au-dessus duquel elles sont placées, et l'obliger à prendre des adhérences nouvelles loin de la cornée. Les difficultés, non pas de diviser l'adhérence, mais bien de maintenir l'écartement des lèvres de la division, n'ont pas peu contribué à donner naissance ici, de même que dans toutes les opérations chirurgicales dont le succès est douteux, à un nombre considérable de procédés qui sont plus ou moins abandonnés aujourd'hui, et parmi lesquels je range en premier lieu celui de Fabr. Hildanus, qui consiste à séparer les adhérences au moyen d'un fil de plomb ou d'argent. Himly et Brulet (*Ann. d'ocul.*, t. XIX) paraissent cependant en avoir tiré quelques avantages.

*Application au symblépharon du procédé de M. Amussat pour l'extension permanente des cicatrices.* — Le symblépharon gé-



néral, avons-nous dit, ne doit point être opéré, surtout quand la cornée est désorganisée; les moyens chirurgicaux seront applicables quand, au contraire, le symblépharon sera partiel et que la vision sera empêchée plutôt par la traction que les brides exercent sur le globe que par toute autre cause.

C'est ici que le procédé de M. Amussat pourra être tenté; mais l'expérience m'a appris que la dissection simultanée de la bride et des digitations musculaires sous-jacentes, dont il vient d'être parlé dans le paragraphe précédent, est de beaucoup préférable. Voici le procédé de M. Amussat :

Après avoir divisé la bride muqueuse dans une étendue aussi grande que possible, on aura soin de porter tous les jours dans le sommet de la division, soit une pointe d'épingle, soit l'extrémité aiguë d'un instrument tranchant, pour déchirer la membrane pyogénique, et l'on continuera exactement de pratiquer cette petite opération jusqu'au moment où les lèvres cutisées de la solution de continuité ne pourront plus adhérer entre elles.

Nous avons vu, il y a plus de quatorze ans, M. Lisfranc pratiquer avec l'ongle cette déchirure quotidienne sur le prépuce d'individus opérés de phimosis, et nous avons constaté, dès cette époque, l'efficacité de cette méthode dans certains cas. Il ne faut pas se dissimuler pourtant que cette déchirure de la plaie répétée tous les jours provoque quelquefois l'apparition d'érysipèles; qu'elle exige, de la part du médecin, une persévérance et une attention soutenues pendant plusieurs semaines, et que malheureusement la malade se fatigue souvent avant que la cutisation de la muqueuse ait été obtenue.

On remplace avantageusement par ce procédé l'interposition de corps étrangers dans les lèvres de la division, tels que les lames de plomb (Bartisch), un morceau de vessie (Callisen) ou de parchemin (Solingen), une coque de cire de la forme d'un œil artificiel (Rosas), un œil artificiel trempé dans de l'huile d'amandes douces (Demours), une coque d'ivoire préalablement ramollie dans l'acide hydrochlorique (Carron), etc., moyens qui doivent être absolument rejetés, parce qu'ils ne servent qu'à développer une inflammation plus forte et à produire ainsi une rapidité plus grande dans la réapparition des brides qui s'élèvent du fond de l'incision, et chassent bientôt au dehors le corps étranger. Le procédé de M. Amussat m'a réussi dans plusieurs cas, entre autres dans le suivant :

Obs. *Atrophie de l'œil consécutive à une lésion traumatique ancienne.* — *Symblépharon partiel du côté externe.* — *Application du procédé Amussat.* — *Prothèse oculaire.*

M. K..., étudiant, reçoit dans l'œil un coup de poignard; l'instrument intéresse à la fois le globe et les paupières, surtout l'inférieure. Une inflammation traumatique se déclare, et des adhérences nombreuses apparaissent du côté externe. C'est dans cet état que je vois ce jeune homme pour la première fois. Le désir qu'il a de porter un œil artificiel pour éviter un vif chagrin à son père le conduit chez moi. Il faut, s'il se peut, essayer d'agrandir l'ouverture palpébrale; les adhérences nombreuses, épaisses et courtes qui unissent le moignon et les paupières, le racornissement de la conjonctive, la disparition du cul-de-sac conjonctival, sont autant de difficultés à vaincre; il est impossible de passer un stylet sous aucune de ces adhérences.

Je saisis la paupière au moyen de fortes pinces à griffes, et, armé d'un bistouri très effilé, je pratiquai la dissection des brides aussi profondément que possible, surtout dans l'angle externe. Je ne rencontrai de difficulté que dans l'écoulement du sang, qui là, comme dans toutes les opérations sur les paupières, devient un obstacle de plus, en masquant les parties à diviser. Je fis faire sur l'œil des fomentations d'eau froide, et aucun accident ne survint.

Dès le lendemain, au moyen de la pointe du bistouri, j'égratignai le fond de la plaie, et je recommençai ainsi pendant plusieurs semaines. Les lèvres de la division se cutisèrent enfin, et vers la quatrième semaine le malade commença à porter un œil artificiel qu'il n'avait pas quitté dix-huit mois après, époque à laquelle je le vis pour la deuxième fois.

*Procédé de M. Pétrequin.* — Le procédé qui précède pourrait être remplacé, dans quelques cas légers, par l'application de ligatures sur la bride, selon les indications données par M. Pétrequin (III<sup>e</sup> vol. *Suppl. des ann. d'oculist.*, p. 56). Un fil double est conduit à travers l'adhérence; le fil le plus rapproché de la sclérotique est serré fortement, tandis que celui qui est voisin de la peau l'est à un moindre degré. L'étranglement ayant eu lieu plus tôt du côté de l'œil, la cicatrice y est assez avancée pour que de nouvelles adhérences ne s'établissent pas avec la surface

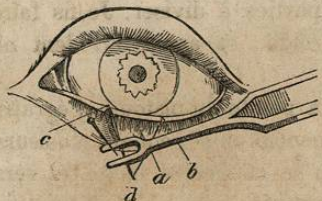


cutanée, celle-ci se trouvant dans des conditions de vitalité différentes. La partie étranglée tombe ainsi en deux temps, se détache d'abord du côté de l'œil, puis se sépare de la paupière un ou deux jours après.

*Procédé d'Ammon.* — Il a pour but de guérir radicalement le *sympblepharon partiel* en évitant la possibilité de reproduction des adhérences.

Le premier temps de l'opération consiste à circonscrire au moyen d'un couteau à cataracte, ou, ce qui est préférable, d'un bistouri très étroit et effilé, toute la portion adhérente de la paupière entre les deux côtés d'un triangle dont la base est tournée vers le bord libre (voy. la fig. 39). La portion adhérente de la paupière est séparée par deux traits de bistouri partant du bord libre *bc* et se réunissant en *d*. Les deux incisions qui dessinent les deux côtés du triangle comprennent toute l'épaisseur de la paupière, de sorte qu'on a ainsi trois lambeaux dont le médian reste fixé sur l'œil par les brides accidentelles qui ne sont point touchées par l'instrument tranchant. Les deux lambeaux externe et interne (*cd*, *bd*) sont réunis par-dessus le médian (*a*) au moyen de la suture entortillée,

Fig. 39.



aussitôt que l'hémorrhagie a cessé. On comprend que la réunion de ces deux lambeaux puisse se faire aisément sans contracter d'adhérence avec le lambeau médian qui est fixé sur l'œil; il est nécessaire seulement de surveiller le bord libre, qui doit rester parfaitement bien affronté.

La figure 40 présente l'état de l'œil après la réunion des lambeaux externe et interne par-dessus le médian. Les lignes *cd* et *bd* sont réunies au moyen d'épingles sur lesquelles un fil a été serré. Le lambeau médian triangulaire *a* reste fixé au globe et se voit au-dessus du bord libre qu'on a abaissé pour que le dessin soit plus intelligible. Les deux lambeaux, ainsi qu'on peut le voir dans la

Fig. 40.



figure précédente, ont été traversés par les épingles après avoir été préalablement saisis entre les mors d'une pince bifurquée que j'ai fait construire pour faciliter l'application de la suture sur des parties molles et fines comme les paupières. Je reviendrai sur cet instrument en parlant du ptosis (voy. p. 479).

Lorsque les épingles ont été enlevées, que la réunion des parties est devenue solide, c'est-à-dire après quinze ou vingt jours au plus tôt, on passe au deuxième temps de l'opération, qui consiste à disséquer, au moyen de pinces ordinaires et d'un bistouri, le lambeau de peau médian (*a*) resté adhérent au globe. Cette seconde partie de l'opération est trop simple pour que nous la décrivions autrement.

Après chaque temps de l'opération on applique sur l'œil pendant vingt-quatre à trente heures des compresses d'eau glacée pour éviter une inflammation traumatique trop forte.

*Procédé de Dieffenbach.* — Il consiste à replier la paupière en dedans et à mettre sa face épidermique en contact avec le globe. Si c'est sur la paupière inférieure, par exemple, que Dieffenbach opère, il procède de la manière suivante : il commence par une incision qui, partant de l'angle interne de l'œil, descend le long du nez; une autre incision également verticale est conduite depuis l'angle externe de l'œil jusqu'au bord orbitaire correspondant. On détache la paupière du globe de l'œil et l'on rase les cils. On replie ensuite sur lui-même le lambeau quadrilatère ainsi obtenu jusqu'à ce que les cils viennent reposer sur l'arcade orbitaire inférieure, et on le fixe à l'aide de points de suture passés de dedans en dehors et de dehors en dedans, qu'on finit par nouer ensemble. Quatre sutures suffisent ordinairement; on les soutient encore avec des bandelettes agglutinatives, et on les recouvre de fomentations. Lorsque la plaie du globe de l'œil est une fois cicatrisée, on fait de nouveau disparaître l'entropion artificiel, en détruisant la cicatrice de la face interne de la paupière, dépliant celle-ci, et la réunissant aux bords voisins à l'aide de la suture entortillée pour la rétablir dans la première position. Le globe de l'œil, alors tapissé d'un tissu inodulaire, ne peut plus contracter d'adhérences avec la plaie saignante de la paupière, et se recouvre à son tour d'une cicatrice solide. On procède d'une manière analogue pour la paupière supérieure. On ne peut opérer que sur une seule paupière à la fois.



Dieffenbach a exécuté cette opération sur la paupière inférieure avec un plein succès, et plus tard il a encore détaché du globe de l'œil quelques cicatrices épaissies. (Chélius, p. 34.)

### ARTICLE V.

#### EURYBLÉPHARON (1), OU AMPLEUR DE L'OUVERTURE DES PAUPIÈRES.

Je nomme ainsi une affection que je n'ai observée qu'à l'état congénial.

Je n'en connais aucune description ; je l'ai rencontrée plusieurs fois, mais je n'ai pris que les trois observations que je vais rapporter.

La maladie consiste en une disposition des paupières telle que ces voiles sont trop grands pour l'œil, et que par suite de cette disposition il y a un larmolement assez gênant.

L'orbite, du côté externe, présente ordinairement une saillie plus grande que de coutume, et les paupières attachées un peu trop en avant ne touchent pas exactement l'œil. De là un espace triangulaire dont le sommet est formé par l'angle externe, les deux côtés par les bords palpébraux et la base par le globe oculaire qui se trouve éloigné de l'angle externe depuis 2 jusqu'à 5 millimètres. L'espace compris dans le triangle rempli par la muqueuse, et que partage en deux une saillie formée par le ligament palpébral externe, est ordinairement baigné de larmes.

Du côté interne, le triangle mesurant l'écartement du globe et des paupières est moins marqué, sans doute parce que la caroncule remplit l'espace compris entre ses côtés ; mais avec un peu d'attention, on reconnaît aisément aussi que les paupières ont là une ampleur inaccoutumée, et qu'elles s'attachent trop en avant du globe.

De cette disposition il résulte en outre que les paupières, au lieu de présenter une courbure exactement semblable à celle de la partie antérieure de l'œil, semblent avoir été taillées sur une sphère plus grande, et ne touchent l'œil que par leur centre.

Cette anomalie entraîne encore avec elle un autre inconvénient, l'écoulement des larmes sur la joue. Se rendre compte de la cause

(1) De εὐρύς, grand, large, et βλέφαρον, paupière.

directe du larmolement est facile, car on remarque que le mamelon lacrymal n'est pas en rapport exact avec le globe, et que dans le triangle interne comme dans l'externe, formant deux petits culs-de-sac, les larmes doivent nécessairement s'accumuler et déborder bientôt des paupières, ce qui arrive en effet. D'une autre part, ces petits culs-de-sac muqueux recueillent, sans qu'ils puissent en être expulsés, les petits corps étrangers flottant dans l'air, et s'enflamment facilement, ce qui augmente encore le larmolement et dispose la conjonctive à de fréquentes inflammations.

Je ne connais aucun moyen de remédier à cette maladie : on pourrait certainement la faire disparaître du côté externe par l'ankyloblépharon artificiel ; mais, outre que ce moyen ne guérirait pas à coup sûr le larmolement, il serait évidemment plus fâcheux que le mal. Je n'ai employé, dans les cas que j'ai observés, que de légers astringents dirigés contre la conjonctivite. J'ai guéri celle-ci ; mais le larmolement a persisté, comme je m'y attendais.

Voici trois observations dont j'abrège les détails :

Obs. Eugénie Revel, âgée de dix ans, se présente à la Clinique le 23 décembre 1850 et raconte que depuis plus d'une année ses yeux pleurent quand elle s'expose à l'air ou à la moindre influence irritante. En l'examinant on remarque un agrandissement général des paupières qui semblent en même temps manquer de leur élasticité naturelle. Il résulte de cette disposition que le contact intime qui devrait exister entre la périphérie du globe et l'appareil tégumentaire est aboli dans ce cas. Entre les deux organes il y a une petite distance qui est plus marquée dans les deux angles, où elle se présente sous la forme de deux véritables culs-de-sac, surtout vers l'angle externe. De même, le bord interne de la marge palpébrale se trouve un peu écarté de la surface antérieure du globe, sans être pour cela renversé en dehors.

Le reste des conduits lacrymaux paraît sain à partir des mamelons. Une injection, faite avec de l'eau dans ces derniers, fait arriver le liquide jusque dans le nez, preuve qu'il n'y a pas dans le sac ou le canal lacrymal d'obstacle qui s'opposerait au libre cours de ces canaux. Il faut donc considérer la configuration malade des paupières comme cause unique de ce larmolement. (*Observation prise par le docteur Blattmann.*)

Obs. Mademoiselle R..., treize ans et demi, de Paris, faubourg Saint-Antoine, 206, non encore réglée, forte, présente un exemple



remarquable de cet état (2 mars 1852). Les yeux sont parfaitement conformés et la vue bonne; il n'y a que quelques cuissons qui arrivent le soir après des lectures prolongées.

Paupières très largement ouvertes, cul-de-sac très profond aux petits angles, semblables aux culs-de-sac que l'on voit dans les yeux qui commencent à s'atrophier.

Rapports des conduits lacrymaux avec les yeux un peu changés, mamelons presque horizontaux, un peu de larmolement quelquefois.

Légère rougeur dans les culs-de-sac externes.

Collyre de plomb.

Obs. Madame A. V..., du Chili, vingt-deux ans, rue d'Isly, 3, à Paris, 1<sup>er</sup> avril 1853, est atteinte de cuissons dans les yeux, avec rougeur des paupières et larmolement. Les paupières sont trop grandes; culs-de-sac aux angles externes, déviation légère des bords libres, mamelons lacrymaux horizontaux ne touchant plus les globes. Rougeur des paupières occasionnée par les larmes qui s'échappent sur la joue; blépharite glandulaire commençante.

Onctions sur la paupière inférieure avec un corps gras; nettoyer avec soin le bord libre; collyre de plomb; toniques à l'intérieur.

## ARTICLE VI.

### PHIMOSIS, OU ÉTROITESSE DE L'OUVERTURE DES PAUPIÈRES.

Le professeur d'Ammon a donné ce nom: 1° à l'étroitesse congéniale de l'ouverture des paupières; 2° à la diminution plus ou moins grande de l'ouverture palpébrale consécutive à l'atrophie ancienne du globe; 3° à l'étroitesse temporaire de la fente des paupières chez les nouveaux-nés très gras, causée par le gonflement des tissus ambiants.

Le phimosis est donc une étroitesse de l'ouverture palpébrale temporaire ou permanente. Non seulement il gêne plus ou moins la vision, mais il occasionne très souvent des inflammations de l'œil. Il est aussi quelquefois une cause de strabisme ou d'amblyopie plus ou moins grave; dans quelques cas il est accompagné de spasme des paupières, de clignotement, d'entropion et de fai-

blesse de la vue. Je l'ai vu accompagner le microphthalmos; mais alors les paupières sont proportionnées au globe oculaire. Il est normal dans la race mongole; de temps en temps on l'observe dans la race caucasienne.

Je n'ai lu aucune observation de phimosis héréditaire: cependant il semblerait, d'après un fait que je possède, que la transmission de cette maladie puisse avoir lieu quelquefois. Une pauvre femme qui habitait la même rue que moi, et sa fille âgée d'environ douze ans, sont atteintes de phimosis à un très haut degré. Toutes deux ont une difficulté extrême à regarder les objets placés à la hauteur de l'œil, et sont forcées d'incliner la tête à droite, à gauche ou en arrière à chaque instant. Placées l'une près de l'autre, si elles se parlent, l'une porte la tête obliquement à droite, l'autre en sens inverse, ce qui leur donne une physionomie tout à fait singulière, presque comique. Les paupières supérieures, dont les mouvements sont beaucoup plus limités que d'ordinaire, semblent tendues fortement dans le sens transversal. Quelques cicatrices existent sur les cornées de ces deux malades, qui sont très sujettes aux ophthalmies. La fille a subi une opération dans laquelle la peau a été excisée sans résultat.

Lorsque le phimosis est très prononcé et qu'il gêne l'œil dans ses fonctions, on excise, comme on l'a fait sans succès sur la jeune fille dont nous venons de parler, un lambeau de peau transversalement oblong, ainsi que cela est recommandé dans quelques cas d'entropion. On conçoit que cela ne puisse réussir que dans des cas particuliers où la peau de la paupière étant diminuée de longueur par l'opération, le diamètre vertical de l'œil gagne notablement en hauteur. Mais lorsque l'étroitesse de la paupière supérieure, surtout dans son diamètre vertical, est portée trop loin, ce moyen ne réussit plus, et il faut fendre l'angle externe, selon le conseil de d'Ammon, et y transplanter un lambeau de la conjonctive oculaire, qu'on attache sur le bord de la plaie, ou bien, ce qui vaut peut-être mieux, recourir au procédé d'Amussat, dont nous avons parlé plus haut. (Voy. *Symblépharon*.)

Voici comment procède le professeur de Dresde (Chélius, *loc. cit.*), qui a donné le nom de *canthoplastie* à l'opération du phimosis des paupières: " Au moyen d'un bistouri étroit, qu'on engage " sous l'angle externe des paupières très écartées, et qu'on fait " ressortir par les téguments extérieurs, on agrandit la fente pal- " pébrale jusqu'au bord externe de l'orbite, puis on passe une anse



» de fil à travers les plis de la conjonctive oculaire ; on attire celle-ci aussi fortement que possible entre les lèvres de la plaie, et l'on fixe le fil aux téguments près de l'angle externe de la plaie, en ayant soin de passer le point de suture de dedans en dehors, et de terminer par un nœud ordinaire. Enfin, on coud avec des aiguilles et de la soie très fine la conjonctive avec les bords de la plaie dans laquelle on l'a engagée, et en sorte que les sutures se trouvent fixées de dedans en dehors. »

J'ai employé ce procédé avec succès dans divers cas de phimosis en le modifiant un peu dans ses détails, suivant les circonstances.

## ARTICLE VII.

## OEIL-DE-LIÈVRE (LAGOPHTHALMOS, LAGOPHTALMIE).

Cette maladie se rapproche tellement de la précédente, que beaucoup d'auteurs l'ont confondue avec elle. De même que dans le phimosis, l'ouverture transversale des paupières est raccourcie, mais le globe reste à découvert et n'est pas protégé par les paupières. Ce n'est donc que par un étrange abus de mots que l'on a donné le nom de *lagophthalmos paralyticus* à l'impossibilité de fermer l'œil à la suite de la paralysie faciale. L'œil-de-lièvre se caractérise par l'impossibilité d'abaisser la paupière supérieure, privée de son étendue normale par une sorte d'arrêt de développement. Il résulte quelquefois de cette disposition que la conjonctive palpébrale supérieure, trop grande relativement à la peau, s'enflamme, s'hypertrophie, et s'abaisse au-devant de l'œil, qu'elle protège ainsi plus ou moins contre le contact incessant de l'air atmosphérique. Cette maladie est grave, presque au même degré que l'absence des paupières, et pour la même cause.

L'œil-de-lièvre est infiniment plus rare à l'état congénial qu'à l'état accidentel. Les ophthalmies granuleuses répétées, la carie de l'orbite, les coups et blessures, les brûlures, les ulcères, l'anthrax de la paupière supérieure, une trop grande perte de substance dans l'opération de l'ectropion par le procédé d'Adams, etc., en fournissent à leur suite de nombreux exemples. M. d'Ammon en cite un cas avec atrophie de l'œil, à la suite d'un coup de pied de cheval sur l'orbite. J'en ai observé assez souvent, soit après des

accidents semblables, soit après des brûlures ou d'anciennes blessures sur des soldats invalides, et je les ai presque toujours vus compliqués d'accidents graves du côté de la cornée.

L'œil-de-lièvre accompagne le plus souvent l'ectropion, qui entraîne aussi quelquefois à sa suite l'affection connue sous le nom de *xérophthalmie*.

TRAITEMENT. — Il est chirurgical ou médical. Nous nous occuperons du premier en étudiant l'ectropion et la blépharoplastie, et du second en parlant de l'ophthalmie granuleuse et de ses complications.

## ARTICLE VIII.

## ÉPICANTHUS.

Le professeur d'Ammon, de Dresde, a observé et décrit le premier cette maladie, à laquelle il a imposé le nom qu'elle porte (*Zeitschrift*, t. I, p. 533). Elle consiste dans un repli semi-lunaire de la peau, dont la concavité est tournée en dehors, et qui s'avance quelquefois jusqu'au point de masquer une partie de la cornée et du côté interne. Ce repli est uni par sa convexité à la peau du nez, par son extrémité supérieure à la peau du sourcil, et par son extrémité inférieure à la peau qui recouvre le côté inférieur interne de la base de l'orbite. Il résulte de cette disposition que la vue dans le sens latéral n'est possible que d'un œil, l'autre se cachant dans l'angle interne sous le repli cutané qui masque en même temps la caroncule. Lorsqu'on se place du côté opposé à l'épicanthus, on reconnaît que ce repli de la peau est d'autant plus distant de l'œil, que celui-ci est placé plus profondément dans l'orbite, de sorte qu'il est facile d'introduire l'extrémité du doigt entre le globe et la face postérieure du repli cutané.

On a publié récemment deux ou trois cas d'épicanthus externe ; c'est une maladie fort rare, que je n'ai pas encore rencontrée.

L'épicanthus est *congénial* ou *acquis*, *monoculaire* ou *double*, *interne* ou *externe*.

L'épicanthus *congénial*, selon M. d'Ammon, est simple ou compliqué de blépharoplégie, de strabisme.

L'épicanthus *acquis* doit être divisé, d'après nos propres obser-