

champ visuel pour les différentes couleurs ne répondent plus à la normale (voir page 39) et ne sont plus en rapport avec l'étendue du champ visuel pour le blanc. Des personnes dont le champ visuel est extraordinairement rétréci, circulent encore sans hésitation et sans encombre dans un endroit qui leur est presque inconnu. C'est même ce que l'on peut observer quelquefois chez les patients entièrement aveugles, quand ils ne se croient pas observés. Le réflexe pupillaire sous l'influence de la lumière est également conservé, alors qu'il y a cécité absolue. On peut juger, d'après ces indications, combien il est difficile de distinguer souvent entre l'amblyopie simulée et la cécité hystérique, c'est-à-dire la cécité réellement imaginaire. Dans ce dernier cas aux symptômes de l'amblyopie hystérique viennent se joindre d'autres signes d'hystérie ou de neurasthénie, qui éclairent le diagnostic.

L'amblyopie hystérique atteint principalement les individus jeunes, notamment du sexe féminin. Parfois elle se produit après des blessures, qui même peuvent ne pas avoir atteint l'œil (névrose traumatique). Le pronostic est favorable ; la guérison est d'ordinaire complète. Néanmoins la maladie dure habituellement longtemps, souvent pendant des années. Le traitement consiste à combattre l'affection originaire ; on peut y ajouter les injections de strychnine ou l'application du courant constant. Les succès, quelquefois si brillants, obtenus par ces deux derniers moyens sont surtout dus à leur influence psychique sur le patient, qui met toute sa confiance dans le traitement et en attend sa guérison.

L'*asthénopie* (1) hystérique ou nerveuse consiste en ce que les yeux, bien que doués d'une acuité visuelle normale, sont incapables de soutenir une tension de quelque durée. Les uns se plaignent de ce que, après une lecture ou un travail de courte durée, tout se couvre d'un brouillard, au point qu'ils sont obligés de suspendre leur travail. D'autres, après un court exercice, même après la lecture de quelques lignes, gagnent de violentes douleurs des paupières, du globe ou de la tête, qui leur rendent la continuation de tout travail impossible (copiologie (2) hystérique, Fœrster). Lorsque les yeux sont en repos, le patient ne ressent aucune gêne ; dans d'autres cas cependant, les douleurs ne disparaissent jamais entièrement, ou bien il existe constamment une grande sensibilité à la lumière.

Avant d'établir le diagnostic, il faut surtout être certain que ce n'est pas un défaut de réfraction ou d'équilibre musculaire qui fait naître cette gêne. L'*asthénopie* nerveuse est, comme l'amblyopie hystérique, avec laquelle elle marche fréquemment de pair, souvent extraordinairement opiniâtre et, quelquefois pendant des années, elle empêche les personnes qui en sont atteintes de se livrer à toute occupation sérieuse. Pour le traitement, c'est encore ici l'influence morale qui joue un grand rôle. Ce que j'ai trouvé de plus efficace, c'est l'électricité.

(1) De ἀσθενής, faible, et ὄψ.

(2) De κόπια, fatigue, et ὄψ.

CHAPITRE XII

MALADIES DES PAUPIÈRES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

§ 106. — Les paupières (palpebræ) (1) sont, d'après les données embryologiques, des replis de la peau extérieure, qui glissent sur le globe oculaire pour le recouvrir et le protéger. La limite de la paupière supérieure est indiquée par le sourcil ; par contre, la paupière inférieure se perd dans la peau de la joue sans présenter de limite nette. Les paupières circonscrivent la fente palpébrale et se réunissent aux deux bouts de cette fente pour constituer les angles de l'œil. L'angle externe de l'œil (canthus externe) est aigu. Si l'on écarte les paupières, on voit se former à cet endroit un léger repli de la peau qui relie la paupière supérieure à l'inférieure : c'est la commissure externe. Par contre, l'angle interne de l'œil présente la forme d'un fer à cheval, au fond duquel est située la caroncule (fig. 38, C). L'écartement du milieu des paupières est variable selon les individus. En moyenne, cet écartement est tel que, dans le regard ordinaire, la paupière supérieure recouvre la partie supérieure de la cornée, tandis que la paupière inférieure laisse la partie inférieure de la cornée libre. La forme et la largeur de la fente palpébrale ont un très grand effet sur l'expression des yeux. Les yeux dont on vante la grandeur et la beauté ne sont généralement pas, en réalité, de gros globes oculaires, mais des yeux à fente palpébrale largement ouverte. De même, l'expression vulgaire « l'œil est plus petit » ne signifie pas que le globe oculaire est réellement plus petit, mais seulement que l'ouverture palpébrale est moins large.

La peau qui recouvre les paupières est une des plus minces du corps humain. De plus, comme elle n'est réunie au tissu sous-jacent que par un tissu conjonctif lâche et privé de graisse, elle est très mobile. Cette dis-

(1) De *palpare*, caresser de la main.

position favorise son plissement et son extension lorsque les paupières s'ouvrent et se ferment. Chez les personnes d'un certain âge, la peau de la paupière présente de nombreuses rides. Comme elle est très mobile, elle est facilement entraînée par des cicatrices avoisinantes, ce qui donne naissance à un ectropion cicatriciel. En outre, à cause de la laxité de ses adhérences, elle est très sujette à des ecchymoses et à des œdèmes étendus. Ce n'est que dans le voisinage du bord palpébral libre que la peau est solidement unie au tarse sous-jacent par du tissu conjonctif résistant. Le bord libre de la paupière constitue une étroite surface dirigée en bas pour la paupière supérieure, en haut pour la paupière inférieure (fig. 29, *A, r, r*). Quand les paupières sont closes, ces deux surfaces s'adaptent exactement l'une contre l'autre, et grâce au produit des glandes de Meibomius, qui les huile, elles peuvent retenir les larmes. Chez les personnes atteintes de larmoiement et de spasme palpébral, il n'est pas rare de voir, au moment où l'on écarte de force les paupières, un torrent de larmes s'échapper des yeux. La rétention de ces larmes sous les paupières fermées constitue une preuve que leur occlusion est hermétique.

Les arêtes où la surface du bord palpébral libre se courbe d'un côté en arrière, de l'autre en avant, se nomment les angles antérieur et postérieur de la paupière (fig. 229, *v* et *h*). L'étroite surface limitée par les deux angles de la paupière porte le nom de liséré intermarginal. L'angle palpébral antérieur est arrondi et constitue le lieu d'implantation des cils, qui sont disposés en plusieurs rangées. A la paupière supérieure, les cils sont plus vigoureux et plus nombreux qu'à la paupière inférieure. — L'angle palpébral postérieur, où le bord libre de la paupière se continue dans la face postérieure, est net. Immédiatement au-devant de cet angle, se trouve une série unique de petits points : ce sont les orifices des canaux excréteurs des glandes de Meibomius (fig. 229, et fig. 230, *m*). Entre ces orifices et les cils, se trouve une fine ligne grise, qui divise le liséré intermarginal en une moitié antérieure et une moitié postérieure (fig. 230, *i*). — Le bord palpébral libre, constitué comme nous l'avons décrit ci-dessus, s'étend du côté interne jusqu'à l'endroit où se trouve le point lacrymal, dont la situation répond à la limite interne du tarse (fig. 230, *p*, fig. 231).

Lorsqu'on renverse la paupière, on en découvre la face postérieure qui est revêtue de la conjonctive. Celle-ci est intimement unie au tarse, et, à cause de sa transparence, elle laisse, surtout à la paupière supérieure, voir clairement les glandes de Meibomius, qui se trouvent là, enchâssées dans le tarse.

Les mouvements des paupières se font de la façon suivante : au moment

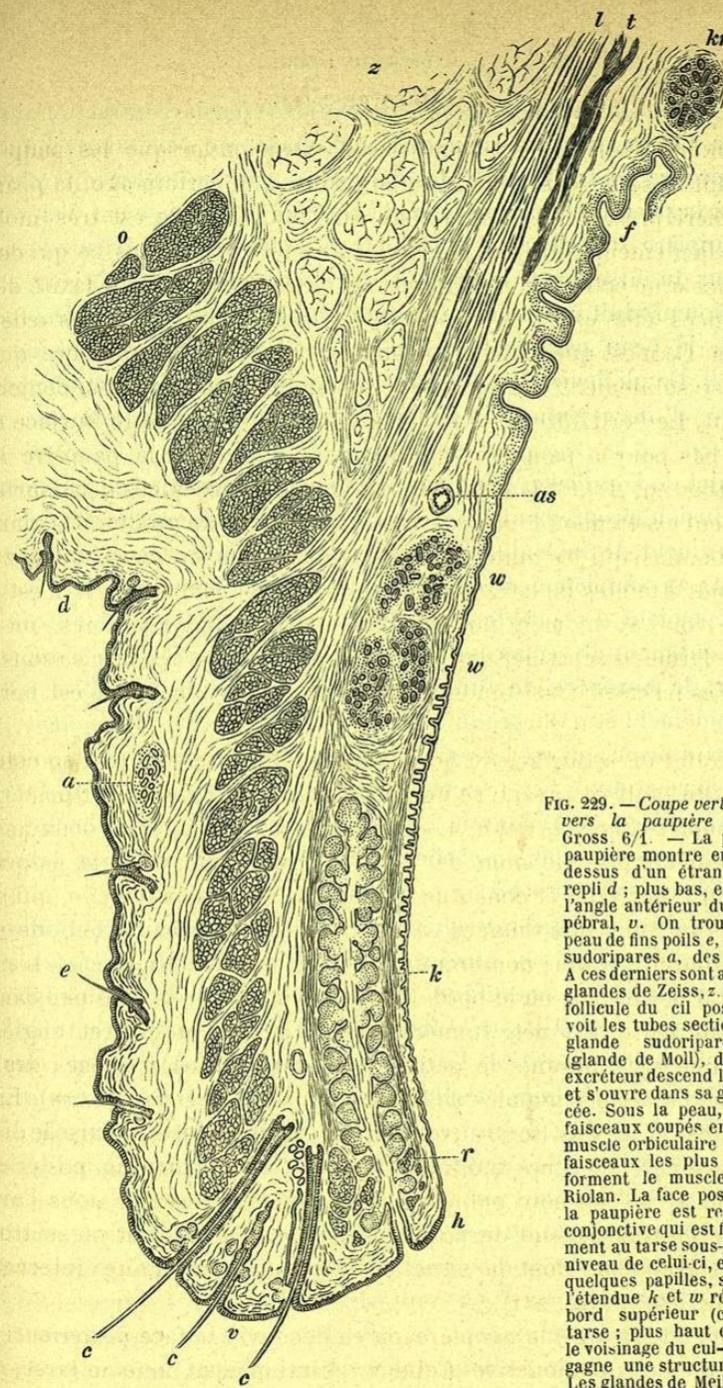


FIG. 229. — Coupe verticale à travers la paupière supérieure. Gross 6/1. — La peau de la paupière montre en haut, au-dessus d'un étranglement, le repli *d* ; plus bas, elle recouvre l'angle antérieur du bord palpébral, *v*. On trouve dans la peau de fins poils *e*, des glandes sudoripares *a*, des cils *c, c, c*. A ces derniers sont annexées les glandes de Zeiss, *z*. En avant du follicule du cil postérieur, on voit les tubes sectionnés d'une glande sudoripare modifiée (glande de Moll), dont le canal excréteur descend le long du cil et s'ouvre dans sa glande sébacée. Sous la peau, on voit les faisceaux coupés en travers du muscle orbiculaire *o*, dont les faisceaux les plus internes *r* forment le muscle ciliaire de Riolan. La face postérieure de la paupière est revêtue de la conjonctive qui est fixée intimement au tarse sous-jacent, *k*. Au niveau de celui-ci, elle présente quelques papilles, surtout dans l'étendue *k* et *w* répondant au bord supérieur (convexe) du tarse ; plus haut encore, dans le voisinage du cul-de-sac *f* elle gagne une structure adénoïde. Les glandes de Meibomius *g* ont

leur orifice en avant de l'angle postérieur du bord palpébral *h* ; au-dessus d'elles sont les glandes muqueuses *w* et, encore plus haut, les glandes de Krause *Kr* et devant elles le muscle palpébral supérieur de Müller *l* et le releveur de la paupière *t*. De ce dernier, part le tractus fibreux vers la peau de la paupière ; *z*, tissu conjonctif lâche, *as* est l'arc tarsal supérieur ; au-dessus de la racine des cils on voit la coupe de l'arc tarsal inférieur.

de l'ouverture, la paupière supérieure est levée par la contraction de son releveur, tandis que l'inférieure descend, mais très peu, sous l'influence de son propre poids. A cause des faisceaux que le tendon du releveur envoie à la peau de la paupière, celle-ci, dans le mouvement d'élévation de la paupière supérieure, s'infléchit profondément au niveau du bord supérieur du tarse, entre le globe et le rebord orbitaire supérieur. Cette disposition produit un sillon, au-dessus duquel est suspendue, sous forme de repli, la peau palpébrale relâchée — pli de recouvrement (fig. 29 et 229, *d*). Ce pli devient parfois si large qu'il dépasse le bord libre de la paupière et occasionne ainsi une difformité (ptosis adipeux, voir § 107).

Au sujet de l'occlusion des paupières, il faut distinguer le clignement et l'occlusion proprement dite. Le clignement consiste en un brusque rétrécissement de la fente palpébrale, où les bords des paupières ne viennent pas complètement en contact. Le clignement peut être volontaire; cependant, il s'opère le plus souvent par voie réflexe. Il est provoqué par un sentiment de sécheresse dans l'œil ou par la présence d'un corps étranger, de poussière, de fumée, etc., alors les clignements se succèdent rapidement et il se produit du clignotement. Au clignement préside le trijumeau, qui est le nerf sensible de l'œil et des organes voisins, et qui, pour ce motif, est justement appelé le gardien de l'œil. Le rôle du clignement est de recouvrir la surface du globe d'une couche uniforme de larmes et d'en empêcher ainsi le dessèchement, en outre de balayer la poussière de l'œil.

Dans l'occlusion palpébrale qui est d'ordinaire volontaire, les bords des paupières se mettent en contact intime. Elle peut être légère, comme dans le sommeil, ou énergique, comme lorsqu'on serre les paupières. Dans ce dernier cas, la peau avoisinante est attirée vers la fente palpébrale et plissée fortement. — Lorsque les paupières se ferment pour le sommeil, le globe oculaire exécute un mouvement de rotation vers le haut (phénomène de Bell). On sent, soi-même, quand on lutte contre le sommeil, au moment où les paupières se ferment spontanément, que les yeux sont tirés en haut comme par une force invisible. Chez des personnes dont les paupières sont minces (les femmes et les enfants), on peut reconnaître la convexité de la cornée à travers la paupière supérieure et constater qu'elle est dirigée en haut sous les paupières fermées. Ce fait se constate encore mieux dans le cas d'une cornée staphylomateuse. Cette rotation du globe est importante, parce que, de cette manière, la cornée est toujours couverte par la paupière supérieure, alors même que, pendant le sommeil, la fente palpébrale n'est pas exactement fermée. Ce n'est que lorsque la lagophtalmie a acquis un degré plus élevé,

qu'une partie de la cornée reste constamment à découvert au niveau de la fente palpébrale. La partie à découvert est d'ailleurs toujours le segment inférieur de la cornée, et c'est pour ce motif aussi qu'elle est principalement exposée au danger de se dessécher (kératite par lagophtalmie, voir p. 201).

L'examen anatomique nous apprend que, dans les paupières, on trouve deux muscles volontaires, le muscle orbiculaire (ou sphincter palpébral) et le releveur de la paupière supérieure. L'orbiculaire est situé immédiatement sous la peau de la paupière à laquelle il appartient. Ce n'est pas autre chose qu'un muscle peaucier aplati qui entoure circulairement la fente palpébrale. On peut y distinguer deux portions : l'une interne, et l'autre externe. La portion interne se trouve dans la paupière même et s'appelle pour ce motif la portion palpébrale. Les fibres de cette portion naissent au niveau du *ligament palpébral interne*. C'est un cordon fibreux solide (fig. 230, *l*), qui s'insère à l'apophyse montante du maxillaire supérieur (*F*) et qui est situé immédiatement sous la peau de l'angle interne de l'œil (fig. 231). Aussi est-il visible, même sur le vivant, notamment chez des personnes maigres dont la peau est mince. Il suffit de tirer les paupières en dehors, pour voir le ligament palpébral interne faire saillie sous la peau. De leur point d'origine au ligament palpébral interne, les fibres de la portion palpébrale s'étendent en arc sur la face antérieure des deux paupières, qu'elles recouvrent depuis le bord libre jusqu'au bord orbitaire, pour se rejoindre finalement à l'extrémité externe de la fente palpébrale. A cet endroit elles se réunissent par l'interposition d'une bandelette fibreuse, sous laquelle se trouve le *ligament palpébral externe*, qui relie les extrémités temporales des deux cartilages torses au bord externe de l'orbite (fig. 230, *le*, fig. 231). — La portion externe de l'orbiculaire est la portion orbitaire. Elle est située à la périphérie de la portion palpébrale, sur le bord de l'orbite et de son pourtour. La portion palpébrale se borne à mouvoir la paupière même, et elle entre seule en contraction dans le clignement ordinaire et dans l'occlusion légère de la fente palpébrale. Dans l'occlusion volontaire, la portion orbitaire du muscle entre également en action et d'autant plus que la contraction est énergique.

Le releveur de la paupière supérieure s'insère au fond de l'orbite, au pourtour du canal optique et se dirige de là, en avant, couché sur le droit supérieur. S'étalant en forme d'éventail, il s'insère en avant, au moyen d'un court tendon, au bord supérieur et à la face antérieure du tarse de la paupière supérieure (fig. 229, *l*). — Outre ce muscle releveur de la paupière, formé par des fibres striées, il y en a un autre à fibres lisses, découvert par Henri Müller et appelé *muscle palpébral supérieur*. Les