

je les préfère au goudron. Souvent on obtient de bons effets de prescrire un lavage minutieux des paupières le matin, à l'aide de savon; on aura recours au savon au goudron ou à un de ces savons neutres liquides que l'on trouve dans le commerce et qui irritent moins.

Dans un grand nombre de cas de blépharite ulcéreuse, surtout quand elle est compliquée de tylosis, on n'obtient le résultat désiré qu'après avoir épilé tous les cils. On pratique cette épilation en plusieurs séances, puis on enlève successivement les cils qui repoussent, jusqu'à ce que le bord palpébral ait entièrement repris son aspect normal. On ne doit pas craindre, dût-on les arracher plus souvent encore, que les cils finissent par ne plus repousser. Contre le tylosis même, le massage avec la pommade au précipité blanc rend les meilleurs services. Il a pour effet, d'abord, d'activer la résorption, ensuite de faciliter mécaniquement l'écoulement du contenu des glandes du bord palpébral et d'en empêcher ainsi l'obstruction.

Le *demodex folliculorum* se rencontre dans les racines des cils, particulièrement dans les cas de blépharite avec croûtes jaunes d'aspect melliforme. Une pommade composée de 2 parties de baume de Pérou pour 6 d'excipient tue les acares, guérirait ainsi la blépharite (Raehlmann).

On ne doit pas confondre avec la blépharite la *phthiriasis des paupières*, c'est-à-dire la présence sur les cils du pou de pubis (*Phthirus inguinalis* ou *pediculus pubis*). Ces parasites donnent aux bords palpébraux un aspect foncé frappant. A un examen plus attentif, on ne tarde pas à se convaincre que cet aspect est dû à la présence de lentes de morpions solidement agglutinées aux cils. Parfois, on rencontre aussi entre les cils un individu adulte isolé. Cette affection, qui est rare, et que l'on n'observe pour ainsi dire que chez les enfants, donne quelquefois lieu à une blépharite. On la guérit facilement par l'onguent gris, qui, appliqué sur les bords palpébraux, tue les parasites.

### III. — MALADIES DES GLANDES PALPÉBRALES.

§ 109. — Les glandes dont il est question ici sont les glandes des follicules pileux (les glandes de Zeiss) et les glandes de Meibomius. Les maladies des premières ont déjà été traitées en partie à propos de la blépharite, qui constitue une affection diffuse répandue sur tout le bord palpébral et dans laquelle les glandes des follicules pileux jouent un rôle important. Il faut distinguer de cette maladie les inflammations isolées, qui se localisent à une seule ou quelques-unes seulement de ces glandes et représentent des affections propres. Quand une maladie de cette nature se déclare, on la désigne sous le nom d'orgelet lorsqu'elle est aiguë, de chalazion quand elle est chronique. Il faut en distinguer les simples obstructions des glandes avec épaissement de leur contenu, sans inflammation; elles sont l'origine des infarctus des glandes de Meibomius.

#### 1° Orgelet (*hordeolum*) (1).

Il existe un orgelet externe et un orgelet interne.

L'*orgelet externe* consiste dans la suppuration d'une glande de Zeiss. On observe d'abord un œdème inflammatoire de la paupière atteinte. Dans les cas violents, cet œdème s'étend même à la conjonctive bulbaire. Par une palpation minutieuse, on découvre, dans l'épaisseur de la paupière gonflée, un point qui se distingue par une résistance plus grande et une sensibilité particulière au toucher. Ce point est situé près du bord palpébral et répond à la glande enflammée. Dans les jours suivants, la tuméfaction prend encore plus de développement, la peau rougit à l'endroit malade, devient plus tard jaunâtre, et finit par s'ouvrir au bord de la paupière, pour donner issue à une certaine quantité de pus. Lorsque le petit abcès est vidé, les symptômes inflammatoires disparaissent promptement, la cavité se comble bientôt et tout le processus est terminé. — Bien que la maladie ne dure que quelques jours, elle incommode vivement le patient par les douleurs souvent intenses, par le fort gonflement et la tension des paupières qu'elle provoque. Un second inconvénient, c'est que, chez beaucoup de personnes, elle récidive fréquemment.

L'*orgelet interne* est beaucoup plus rare que l'orgelet externe. Il consiste dans la suppuration d'une glande de Meibomius et, pour cette raison, s'appelle orgelet méibomien. La marche en est entièrement la même que celle de l'orgelet externe. Mais, comme les glandes de Meibomius sont plus grandes que les glandes de Zeiss et qu'en outre elles sont enchâssées dans le tissu fibreux du tarse, les symptômes inflammatoires sont plus violents, et le processus dure plus longtemps, avant que le pus se crée une voie au dehors. Tant que le pus est renfermé dans la glande malade, il se fait reconnaître à sa couleur jaune que l'on voit transparaître à travers la conjonctive, quand on renverse la paupière. Plus tard, le pus perfore la conjonctive, ou bien il s'écoule par le canal excréteur de la glande. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'orgelet interne s'ouvre par la peau; au contraire, dans l'orgelet externe, cette terminaison est la règle.

L'orgelet, qu'il soit externe ou interne, est constitué essentiellement par le même processus, c'est-à-dire une suppuration aiguë d'une glande sébacée, car les glandes de Meibomius, elles aussi, ne sont autre chose que des glandes sébacées modifiées. Ils ressemblent à l'acné de la peau

(1) *Hordeum*, orge.

(d'où Stellwag les a désignés sous le nom d'*acné ciliaire*). Les symptômes inflammatoires violents, et notamment l'œdème considérable qui caractérise l'orgelet et qu'on n'observe pas dans la pustule d'acné ordinaire, dépendent de la structure anatomique spéciale des paupières, structure qui les rend particulièrement propres aux tuméfactions inflammatoires.

L'orgelet se rencontre surtout chez les individus jeunes, particulièrement quand ils sont d'une constitution anémique ou scrofuleuse et souffrent en même temps de blépharite. A cause de l'accumulation des pellicules squameuses et des croûtes au bord palpébral, la blépharite favorise la multiplication des microbes qui existent toujours sur le bord libre de la paupière et qui peuvent aisément pénétrer dans l'orifice des glandes. Ajoutons à cela que le gonflement du bord palpébral peut amener l'oblitération du canal excréteur des glandes.

Au début, le *traitement* de l'orgelet consiste dans l'application, sur les paupières, de compresses chaudes, dans le but de faire plus tôt suppurer l'infiltration. Lorsque le pus jaune devient visible à travers la peau ou à travers la conjonctive, on peut ouvrir l'abcès par une petite incision et raccourcir ainsi de quelques jours la durée de l'inflammation. Pour prévenir la récurrence de l'orgelet, il faut, avant tout, diriger le traitement contre la blépharite, s'il en existe.

### 2° Chalazion (1).

Le chalazion est une affection *chronique* des glandes de Meibomius. Il consiste en une tumeur plus ou moins dure, qui se développe peu à peu dans la paupière. Dans beaucoup de cas, cela se fait sans aucun symptôme inflammatoire, de façon que le patient n'en constate la présence que lorsque la tumeur a acquis un certain développement. Dans d'autres cas, on observe bien quelques accidents inflammatoires, mais ils sont insignifiants, comparés à ceux qui accompagnent l'orgelet. Pendant plusieurs mois, la tumeur grandit, jusqu'à ce qu'elle acquière ou dépasse la grosseur d'un petit pois. Alors, elle fait saillie sous la peau, au point d'occasionner une difformité visible de la paupière. Quand on palpe la tumeur, on constate qu'elle est résistante et intimement unie au tarse, tandis que la peau qui la recouvre est mobile. Quand on renverse la paupière, on trouve, au niveau de la tumeur, la conjonctive rouge, épaissie et légèrement bombée. Plus tard, la tumeur paraît grise sous la conjonctive et finit par la perforer. Alors, il s'en échappe un peu de liquide trouble et

(1) De  $\chi\alpha\lambda\alpha\zeta\alpha$ , grêle.

filant qui provient des parties centrales ramollies de la tumeur. Quant à la masse principale, formée de granulations fongueuses, elle reste en place, et c'est pour ce motif que la tumeur, quoique ouverte, ne disparaît pas aussitôt complètement. La tumeur diminue peu à peu, tandis qu'assez souvent les masses granuleuses prolifèrent et sortent à travers l'ouverture de perforation de la conjonctive sous forme d'un champignon. Mais, avant que la tumeur soit complètement disparue, il se passe des mois.

Le chalazion et l'orgelet interne ont un siège commun, les glandes de Meibomius, mais ils se distinguent par la nature de leur processus. L'orgelet est une inflammation aiguë qui aboutit à la suppuration et est terminée en peu de jours. Le chalazion, au contraire, est une affection chronique, dans laquelle la suppuration fait défaut, où se développe un tissu granuleux, et qui dure des mois et des années.

Le chalazion se rencontre plus souvent chez les adultes que chez les enfants. Il n'est pas rare qu'un patient porte plusieurs chalazions à la fois. Le chalazion incommodé celui qui en est atteint, d'abord parce que la tumeur produit une certaine difformité, et ensuite parce qu'elle entretient une certaine irritation dans l'œil. Cette irritation est, en partie, le résultat de l'inflammation chronique des paupières, en partie celui de l'influence mécanique exercée sur le globe oculaire par la conjonctive inégale et proéminente qui recouvre la surface interne de la tumeur.

*Traitement.* — Lorsque les chalazions sont très petits, le mieux est de les abandonner à eux-mêmes. Quant aux chalazions plus grands, on les extrait par une opération, dans le but d'enlever la difformité ainsi que la cause d'irritation de l'œil. Pour cela, on renverse la paupière, et, au moyen d'un bistouri pointu, on incise la

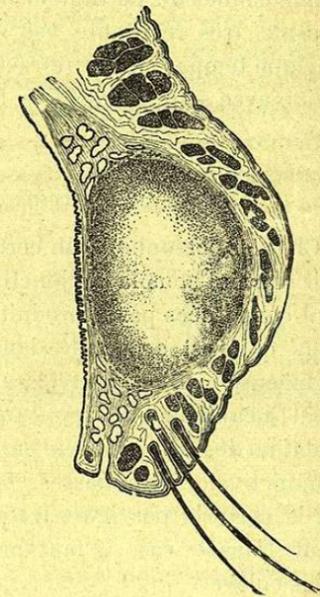


FIG. 233. — Chalazion. Coupe verticale à travers la paupière supérieure. Gross.  $\frac{4}{1}$ . — Le chalazion s'est développé à peu près au milieu de la hauteur du tarse et, comme il proémine plus en avant qu'en arrière, il a produit une courbure de la paupière. La tumeur est constituée par du tissu de granulations, avec des cellules géantes dont l'une a des dimensions telles qu'on la voit à l'œil nu sur la coupe. Elle siège près de la paroi antérieure de la plus grosse des deux cavités claires produites par le ramollissement muqueux du tissu de granulations. La tumeur est entourée d'une capsule mince. A sa face antérieure, elle est recouverte par la peau, dont on reconnaît l'amincissement à l'étroitesse des faisceaux de l'orbiculaire rencontrés par la coupe. La conjonctive est peu épaissie et inégale au niveau de la tumeur, à cause de son hypertrophie papillaire. Au-dessus et au-dessous de la tumeur, on voit les acini normaux des glandes de Meibomius.

conjonctive ainsi que la paroi du chalazion sous-jacent. Lorsque la partie liquide s'en est échappée, on extirpe, à la curette, les masses granuleuses qui sont encore restées en place (on se sert dans ce but d'une petite curette tranchante, ou de la curette de Daviel, ou encore d'une sonde cannelée). La tumeur ne disparaît pas entièrement, parce que la capsule très résistante est restée en place; cependant, au bout de quelque temps, elle se rétracte. — Lorsqu'on a négligé de vider le chalazion avec soin, il récidive facilement et il faut recommencer l'opération.

### 3° *Infarctus des glandes de Meibomius.*

Chez les personnes d'un certain âge, quand on renverse la paupière, on voit souvent sous la conjonctive de petites taches jaune clair. Ces taches sont constituées par le produit de sécrétion épaissi des glandes de Meibomius, qui s'est accumulé dans les acini de ces glandes et en a provoqué la distension. D'ordinaire, ces infarctus n'occasionnent aucun inconvénient; néanmoins, il arrive quelquefois qu'ils se transforment, par l'accumulation des sels calcaires, en masses dures comme une pierre (lithiase (1) conjonctivale). Ces masses, faisant saillie sous la conjonctive, finissent par la perforer par leurs arêtes aiguës et irritent alors l'œil mécaniquement. Dans ce cas, il faut pratiquer une incision dans la conjonctive et les enlever.

Il ne faut pas confondre les infarctus des glandes de Meibomius avec les concrétions beaucoup plus fréquentes qui se développent dans les glandes néoformées dans la conjonctive du tarse. Elles constituent également des taches jaunes, mais sont plus superficielles (voir p. 53).

Les anciens médecins considéraient le chalazion comme un orgelet durci, c'est-à-dire qui n'avait pas passé à la suppuration. Cette opinion est encore répandue dans le vulgaire. D'autres croyaient que le chalazion est un simple kyste de rétention des glandes de Meibomius, semblable aux athéromes des glandes sébacées. Il existe vraiment des kystes de rétention, mais ils sont rares et diffèrent essentiellement des chalazions. Dans ce dernier, il s'agit d'une inflammation chronique particulière, qui produit non du pus, mais du tissu de granulations, et qui, probablement, est causée par un microbe différent des microcoques pyogènes. L'examen microscopique d'un chalazion montre d'abord que l'épithélium des acini d'une glande de Meibomius prolifère et qu'autour des acini il se développe une infiltration inflammatoire dans le tissu du tarse. Celle-ci prend bientôt le dessus, de sorte que, d'une part, les acini de la glande, d'autre part le tissu du tarse finissent par disparaître dans cette prolifération de petites cellules (fig. 233). Il se

(1) De λίθος, pierre.

développe alors un tissu mou, ressemblant à des bourgeons charnus et contenant comme ceux-ci des cellules géantes. Dans l'intérieur de la tumeur granuleuse, on rencontre des dépôts amorphes qui représentent les restes du contenu épaissi des acini; d'autre part, à l'extérieur, la tumeur s'enveloppe dans une capsule de tissu conjonctif. Cette capsule provient de ce que, à mesure que la tumeur se développe, le tissu environnant, de plus en plus comprimé, gagne constamment en densité. Enfin, les parties centrales de la tumeur granuleuse, très peu vascularisées, subissent une espèce de ramollissement muqueux, de sorte qu'au centre de cette tumeur se trouve une cavité remplie d'un liquide trouble. — Horner a appelé l'attention sur l'analogie qui existe entre le chalazion et l'acné rosacé. Dans celui-ci, les glandes sébacées jouent le même rôle que les glandes de Meibomius dans le chalazion.

Dans les vieux chalazions qui ne se sont pas ouverts, on trouve parfois tout le contenu liquéfié. Alors, ils sont transformés en une espèce de kyste à enveloppe épaisse et à contenu trouble et muqueux. — Les chalazions qui se développent dans les canaux excréteurs des glandes de Meibomius présentent une forme spéciale. Ils sont situés près du bord libre, sur lequel ils font saillie, à la façon d'une verrue, tandis qu'ils sont aplatis à leur face postérieure par la pression du globe oculaire. Quand ils exercent sur l'œil une irritation mécanique, il faut les enlever.

On rencontre assez souvent des personnes qui auparavant n'avaient jamais été atteintes de chalazion et qui en gagnent tout à coup plusieurs l'un après l'autre. Ainsi, en une ou plusieurs semaines, il s'en développe constamment de nouveaux, et ils s'annoncent chaque fois par de légers symptômes inflammatoires. Finalement, on trouve dans chacune des quatre paupières un ou plusieurs chalazions. Dans les cas particulièrement mauvais, il se développe une véritable dégénérescence des paupières, surtout des paupières supérieures. Celles-ci sont devenues plus épaisses et l'on a de la difficulté à les renverser. Dans un cas que j'ai observé, la paupière avait 1 centimètre d'épaisseur. La peau de la paupière est bosselée, mobile sur sa base, et n'a pas subi de modifications essentielles. Au contraire, la surface de la conjonctive palpébrale est inégale, bosselée par places, injectée et veloutée, ailleurs grise et translucide ou couverte de granulations hypertrophiées; à première vue, les cas très prononcés de cette espèce feraient songer à une tarsite ou à quelque néoplasme. En opérant ces cas, on peut se convaincre que le tarse est complètement transformé en un tissu granuleux spongieux, ramolli en certains points.

Au lieu d'ouvrir simplement les chalazions, on peut encore les opérer par extirpation, en incisant la peau à leur niveau et puis en les excisant du tarse. Par ce procédé, on pratique une fenêtre dans le tarse ainsi que dans la conjonctive. Cette manière d'extirper les chalazions est assez compliquée et douloureuse; c'est pourquoi, dans le plus grand nombre de cas, on préfère la simple incision avec curettage, d'autant plus qu'elle donne le même résultat. L'extirpation n'est indiquée que lorsqu'il s'agit de chalazions très

développés, faisant fortement saillie, dont la capsule est particulièrement épaisse.

*Affections du tarse.* — Le tarse ne participe pas seulement aux maladies des glandes de Meibomius, mais encore à celles de la conjonctive. Cela est surtout vrai pour le trachome et la dégénérescence amyloïde de la conjonctive. Dans le trachome, on sent souvent, en renversant la paupière supérieure, que le tarse est devenu plus épais et plus lourd. Cet état dépend de la présence d'une infiltration inflammatoire, qui amène plus tard de l'atrophie et une incurvation de ce cartilage par rétraction cicatricielle, et qui, pour ce motif, doit être considérée comme la principale cause du trichiasis. Dans les cartilages palpébraux ainsi modifiés on trouve les glandes de Meibomius en grande partie détruites. Dans la dégénérescence amyloïde de la conjonctive, le tarse est le siège du même processus, de façon qu'il se transforme en une masse épaisse, grossière et cassante (voir p. 423).

Une affection propre au tarse s'observe dans la syphilis, sous forme de *tarsite syphilitique*. Elle se développe lentement et habituellement sans grande douleur. Lorsqu'elle a atteint son apogée, on trouve l'une des paupières ou les deux paupières du même oeil fortement développées, la peau tendue et rouge. Par le palper, on se rend compte que la cause de l'épaississement se trouve dans le tarse, qui se présente à travers la peau comme un corps épais, dur comme du cartilage, et de forme arrondie. Le plus souvent, le gonflement du tarse est si prononcé qu'on ne parvient plus à renverser la paupière. Si l'on pratique une incision dans le tarse ainsi développé, on voit qu'il est transformé en un tissu lardacé et pauvre en vaisseaux. Les cils de la paupière atteinte tombent et le ganglion lymphatique préauriculaire se tuméfie. Après que le gonflement s'est maintenu au même degré pendant quelques semaines, il diminue très lentement, jusqu'à ce que le tarse ait regagné son volume antérieur ou soit même devenu plus petit par atrophie. Avant que la maladie soit entièrement terminée, il se passe plusieurs mois. La tarsite est une manifestation de la syphilis tertiaire et doit par conséquent être considérée comme une infiltration gommeuse du tarse.

#### IV. — ANOMALIES DE DIRECTION ET DE POSITION DES PAUPIÈRES.

##### 1° *Trichiasis et Distichiasis.*

§ 110. — Le trichiasis (1) consiste en ce que les cils, au lieu de regarder en avant, sont dirigés en arrière, tantôt plus, tantôt moins, de façon qu'ils viennent en contact avec la cornée. Cette anomalie de direction peut atteindre tous les cils ou simplement les rangées tout à fait postérieures.

(1)  $\theta\rho\epsilon\acute{\iota}$ , le cheveu.

D'autre part, elle peut s'étendre sur toute la longueur de la paupière ou seulement sur une partie (trichiasis total ou partiel). Les cils dirigés en dedans sont rarement normaux, le plus souvent ils sont malingres. Ce sont de petits tronçons ou de petits poils fins, pâles, souvent à peine visibles.

Dans le trichiasis, les cils produisent une irritation constante du globe de l'oeil. Cette irritation est accompagnée de photophobie, de larmolement et d'un sentiment de corps étranger dans l'oeil. La cornée elle-même subit des lésions importantes. A la surface de cet organe, on remarque des opacités superficielles; en effet, par suite de l'irritation constante dont l'oeil est le siège, l'épithélium devient épais et calleux et préserve en même temps la cornée contre les influences extérieures nuisibles. Dans d'autres cas, il se produit sur la cornée des dépôts panniformes ou des ulcères. Il n'est pas rare que certaines personnes soient incommodées par de petits ulcères cornéens qui récidivent fréquemment. A la fin, le médecin découvre, dirigé contre la cornée, un cil fin qui donnait naissance à ces ulcères.

La cause la plus fréquente du trichiasis est le trachome (p. 83). La conjonctive ayant subi, pendant le stade régressif du trachome, une rétraction qui l'a raccourcie, tend à attirer la peau extérieure en arrière au delà du bord libre et imprime ainsi aux cils une direction de plus en plus fautive. D'abord, ce sont les cils postérieurs qui se dirigent en arrière; plus tard, il en est de même des rangées antérieures. L'incurvation du tarse agit dans le même sens. En effet, la partie du tarse la plus rapprochée du bord libre forme un angle avec le reste du cartilage et se dirige en arrière (fig. 29, B, l'), entraînant avec elle le revêtement du bord libre, qui y adhère solidement.

Le trichiasis partiel, c'est-à-dire celui où il n'y a que quelques cils dirigés en arrière, peut aussi se développer sous l'influence des cicatrices qui se forment au bord libre de la paupière ou dans la conjonctive, après la blépharite, l'orgelet, la diphtérie, les brûlures, les opérations, etc.

Sous le nom de *distichiasis* (1) on désigne l'état dans lequel il existe deux rangées de cils sur une paupière normalement conformée. L'une des rangées est dirigée en avant; l'autre, habituellement moins complète, regarde en arrière. On observe cet état comme une anomalie congénitale rare, quelquefois aux quatre paupières.

*Traitement.* — Quand il n'y a que quelques cils dont la direction soit vicieuse, on peut les épiler. Mais, comme ils repoussent, il faut répéter cette petite opération après quelques semaines. C'est, d'ailleurs, un soin

(1) De  $\delta\iota\varsigma$ , double, et  $\sigma\tau\acute{\iota}\chi\omicron\varsigma$ , la rangée.