

contre le globe oculaire au moyen d'un bandeau bien appliqué. Dans l'ectropion paralytique, outre le bandeau, on doit employer les moyens propres à guérir la paralysie du facial, notamment l'électricité. L'ectropion sénile ne se guérit sans opération que pour autant qu'il n'ait pas acquis un haut degré. On fait appliquer pendant longtemps un bandeau, la nuit, et l'on recommande au malade de sécher les larmes qui se répandent sur la joue, par des frottements de bas en haut et non, comme on le fait habituellement, de haut en bas, ce qui fait descendre davantage encore la paupière. En outre, il est bon de fendre le conduit lacrymal inférieur, pour diminuer l'épiphora résultant de l'éversion du point lacrymal. Les

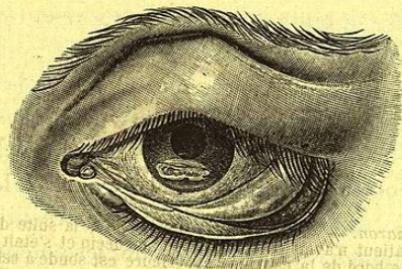


FIG. 234. — Ectropion avec lagophthalmie, consécutif à une carie guérie des rebords supérieur et inférieur de l'orbite. La peau de la paupière supérieure, immédiatement sous le milieu du sourcil, est attirée contre le rebord orbitaire et fixée à celui-ci par une cicatrice d'un centimètre de longueur. Par conséquent, le bord libre de la paupière est relevé dans sa région médiane, mais surtout la paupière est mise dans l'impossibilité de s'abaisser dans le clignement. Il existe une seconde cicatrice à la partie externe du rebord orbitaire inférieur; elle est recouverte par le bord libre de la paupière, mais on peut sentir, à travers celui-ci, une encoche irrégulière du rebord orbitaire net et uni ailleurs. Le bord de la paupière est fixé à l'os et ainsi la paupière tout entière est tirée en dehors et en bas, tout particulièrement dans sa moitié externe; ici la conjonctive palpébrale, exposée à l'air, est fortement hypertrophiée et rouge; on l'a représentée en foncé dans le dessin. La paupière inférieure fixée ne peut être relevée dans le clignement. Pendant le sommeil, la partie inférieure de la cornée reste donc découverte. Aussi elle porte un ulcère allongé, à bords d'un blanc jaunâtre, dont les parties centrales sont plus profondes et par là plus foncées. En haut et en bas, une opacité grisâtre forme comme un halo à cet ulcère jaune.

ectropions très prononcés, surtout l'ectropion cicatriciel, exigent un traitement opératoire, dont on trouve la technique plus loin (§ 172).

4° Ankyloblépharon.

§ 113. — L'ankyloblépharon (1) consiste dans la réunion de la paupière inférieure à la paupière supérieure le long du bord palpébral (fig. 235). Il est total ou partiel et, très souvent, compliqué d'adhérences entre la paupière et le globe, c'est-à-dire de symblépharon. Le symblépharon et l'ankyloblépharon ont d'ailleurs une origine commune. L'ankyloblépharon se développe quand, à la suite de brûlures, d'ulcères, etc., les deux bords

(1) ἀγκύλη, membre raide.

palpébraux sont dénudés sur deux points situés en regard l'un de l'autre et adhèrent l'un à l'autre.

L'ankyloblépharon a pour effet de diminuer la fente palpébrale et de gêner les mouvements des paupières. Quand l'ankyloblépharon est total, la fente palpébrale est entièrement fermée. Quand il s'agit d'un simple ankyloblépharon sans complication de symblépharon, le traitement consiste à séparer par un coup de ciseaux les paupières adhérentes. Si les adhérences s'étendent jusqu'à l'angle de l'œil, il faut recouvrir celui-ci de conjonctive, sinon les adhérences se reproduisent, en commençant par cet angle. Dans les cas où l'ankyloblépharon est compliqué de symblé-

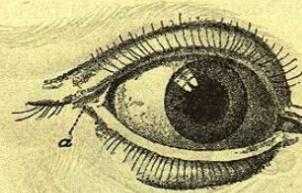


FIG. 235. — Ankyloblépharon. — Celui-ci s'est développé à la suite d'une blessure faite par un morceau de verre; le patient n'avait pas consulté de médecin et s'était tenu l'œil bandé pendant un certain temps. En a le bord de la paupière supérieure est soudé à celui de la paupière inférieure et dans toute cette étendue les cils manquent. Plus vers la tempe, il persiste encore un peu de fente palpébrale s'étendant jusqu'à la commissure externe. Dans ce cas, donc, une simple section du point cicatriciel suffirait à guérir l'ankyloblépharon.

pharon, la possibilité d'opérer dépend principalement de l'étendue de ce dernier.

5° Symblépharon (voir page 35).

6° Blépharophimosis (1).

Dans le blépharophimosis, la fente palpébrale paraît raccourcie au niveau de l'angle externe de l'œil (fig. 236.) Mais, si l'on écarte les paupières l'une de l'autre, on constate que le raccourcissement provient d'un repli de la peau qui se tend verticalement au niveau de l'angle externe de l'œil et qui s'avance au-devant de cet angle comme une coulisse. Quand on tire le repli cutané au dehors, on découvre derrière lui l'angle externe de l'œil normalement conformé, ainsi que la faible bandelette réunissant les deux bords palpébraux. La différence entre l'ankyloblépharon et le blépharophimosis, deux états que l'on confond habituellement, est donc la suivante: dans l'ankyloblépharon, ce sont les bords palpébraux qui sont adhérents l'un à l'autre; dans le blépharophimosis, les bords des

(1) Φίμωσις, rétrécissement, de φίμος, muselière.

paupières sont normaux, le raccourcissement de la fente palpébrale est seulement apparent et constitué par un repli de la peau qui s'avance devant l'extrémité externe de cette fente.

On rencontre le plus fréquemment le blépharophimosis chez les personnes qui souffrent depuis longtemps de larmolement et de spasme palpébral, donc principalement dans les inflammations chroniques de la conjonctive. Il provient de ce que, à cause de l'humectation constante par la sécrétion ou les larmes, la peau des paupières se raccourcit. Lorsque le raccourcissement est particulièrement prononcé dans le sens horizontal, la peau est attirée du voisinage, et elle forme, au niveau de la tempe, un pli qui glisse comme une coulisse devant la fente palpébrale. Il s'y joint

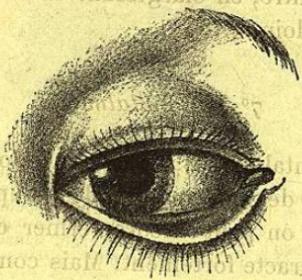


Fig. 236. — Blépharophimosis et ectropion sénile. — L'ectropion est, comme c'est habituel, plus développé du côté nasal que du côté temporal, parce que, du côté du nez, les deux paupières ne sont pas aussi intimement unies à cause de l'encoche en fer à cheval qui constitue la commissure interne. Du côté externe, le blépharophimosis s'oppose en outre, dans le cas actuel, à ce que la paupière tombe.

l'action du muscle orbiculaire, qui, dans le spasme palpébral, attire la peau du dehors vers l'angle externe. En faisant glisser avec les doigts la peau de la tempe vers la fente palpébrale, on peut imiter artificiellement le blépharophimosis, de même qu'on peut effacer un blépharophimosis en tirant la peau vers la tempe. D'ordinaire, on ne rencontre pas de blépharophimosis à l'angle interne de l'œil, parce que la peau de la racine du nez est peu mobile; cependant, chez les vieillards à peau mince, on y observe parfois également la formation d'un semblable pli saillant. — Le blépharophimosis doit donc son origine à un raccourcissement de la peau, absolument comme l'ectropion qui se développe à la suite d'un catarrhe chronique, d'un larmolement, etc. La différence consiste en ce que, dans le premier cas, le raccourcissement se produit de préférence dans le sens horizontal; dans le second cas, dans le sens vertical. On peut donc observer en même temps le blépharophimosis et l'ectropion comme provenant de la même cause (fig. 236). Cependant, il est rare que ces deux états se trouvent réunis, ce qui provient de ce que le repli cutané verti-

cal qui forme le blépharophimosis attire en haut la paupière inférieure et en prévient le renversement au dehors. Pour ce motif, le blépharophimosis favorise directement le développement d'un entropion, qui, dans ce cas, se guérit souvent dès qu'on fait disparaître le blépharophimosis. — Une autre conséquence du blépharophimosis, c'est que, quoiqu'il ne raccourcisse la fente palpébrale qu'en apparence, il empêche néanmoins de l'ouvrir comme à l'état normal.

Le blépharophimosis peut se guérir peu à peu spontanément, tout au moins chez les sujets jeunes à peau élastique, quand les causes qui l'ont fait naître (larmolement, spasme palpébral) disparaissent elles-mêmes. Quand ce n'est pas le cas et lorsque le blépharophimosis devient gênant, on peut le faire disparaître, en élargissant la fente palpébrale par une canthoplastie (voir plus loin, § 169).

7° Lagophtalmie.

Sous le nom de lagophtalmie (1), on désigne l'occlusion imparfaite de la fente palpébrale lors de la fermeture des paupières. Dans les degrés légers de lagophtalmie, on peut encore fermer complètement les paupières quand on les contracte fortement. Mais comme, pendant le sommeil, les paupières ne sont pas serrées, mais seulement doucement fermées, ces personnes dorment les yeux entr'ouverts; de là le nom de la maladie. Dans les degrés élevés de lagophtalmie, le patient, même en serrant fortement les paupières, ne réussit pas à en réunir les bords.

Les suites fâcheuses de la lagophtalmie dépendent de ce que le globe oculaire est incomplètement recouvert. Quelle est la partie de la surface antérieure du globe qui reste à découvert dans la lagophtalmie? Qu'un patient qui souffre d'un faible degré de lagophtalmie, ferme légèrement les paupières, alors nous verrons que leurs bords restent écartés de quelques millimètres et que, dans l'intervalle, se montre la sclérotique, en dessous de la cornée; celle-ci, au contraire, est complètement couverte. Cela tient à ce qu'en même temps que les paupières se ferment, l'œil se tourne vers le haut, de façon que la cornée se cache sous la paupière supérieure. La même chose a lieu pendant le sommeil. Ce n'est donc que la conjonctive seule qui, dans le segment situé en dessous de la cornée, est constamment exposée à l'air. Il suit de là que la conjonctive se montre injectée, et le patient souffre des symptômes d'un catarrhe conjonctival chronique. Mais lorsque la lagophtalmie est plus prononcée,

(1) OEIL de lièvre, de λαγώς, lièvre, parce qu'on croyait que les lièvres dorment les yeux ouverts.

dans la fente qui reste ouverte au moment de la contraction des paupières, on voit aussi la cornée, mais seulement dans sa partie inférieure, puisqu'elle est dirigée en haut. Il est rare que la lagophtalmie acquière un degré tel que la cornée reste entièrement à découvert. Celle-ci peut souffrir de deux façons, quand elle est insuffisamment protégée : ou bien elle se dessèche à la surface sur toute l'étendue qui est constamment exposée à l'air, et il se produit une kératite par lagophtalmie (voir page 201 et fig. 134), ou bien, pour soustraire la cornée aux conséquences fâcheuses de son exposition à l'air, son épithélium s'épaissit et devient semblable à de l'épiderme, ce qui préserve contre le dessèchement les couches les plus profondes de la cornée (xérosis de la cornée, page 138). Comme à cet épaississement se joint le trouble de l'épithélium ainsi que de la cornée même, la vue est diminuée. Ainsi, dans tous les cas la lagophtalmie menace la vue, dès que l'affection est assez prononcée pour empêcher les paupières de recouvrir suffisamment la cornée. — Une autre conséquence de la lagophtalmie est le larmolement, car, pour que les larmes soient normalement poussées vers le nez, l'occlusion parfaite des paupières est nécessaire.

Les causes de la lagophtalmie sont : 1° le raccourcissement des paupières. Le raccourcissement dépend, dans le plus grand nombre des cas, de la perte d'une partie de la peau palpébrale, par suite de brûlures, d'ulcères (notamment le lupus), de certaines opérations, etc. Il arrive plus rarement qu'on observe la brièveté congénitale des paupières. Elle se reconnaît à ce que, pendant l'occlusion légère des paupières, un intervalle de quelques millimètres persiste entre elles et qu'en outre il n'y a pas de cicatrice indiquant une perte quelconque de substance. Souvent, dans ces cas, on observe les symptômes d'une vieille blépharite ulcéreuse ; 2° l'ectropion ; 3° la paralysie de l'orbiculaire ; 4° l'ouverture permanente des yeux chez les personnes très malades ou sans connaissance. Dans ce cas, la sensibilité de la cornée est diminuée, de façon que le clignement et l'occlusion réflexes de la paupière cessent de s'exécuter ; 5° le développement exagéré ou la saillie de l'œil tels que, malgré leurs dimensions et leur mobilité normales, les paupières ne suffisent plus à le recouvrir. Ici, il faut surtout mentionner la maladie de Basedow, dans laquelle la lagophtalmie est bilatérale, de façon qu'il en résulte parfois une cécité bilatérale.

Le traitement de la lagophtalmie consiste avant tout à remplir l'indication causale, c'est-à-dire à écarter les causes qui empêchent l'occlusion parfaite des paupières. On cherchera donc à faire disparaître le raccourcissement des paupières par la blépharoplastie, à guérir l'ectropion, à traiter la paralysie faciale, etc. Tant qu'on n'est pas parvenu à faire dis-

paraître la lagophtalmie elle-même, ce qui exige souvent beaucoup de temps, il faut préserver l'œil contre les suites fâcheuses qu'elle cause, en le fermant au moyen d'un bandeau. A cet effet, on rapproche les bords des paupières pour les coapter exactement, et on les maintient dans cette position à l'aide de bandelettes de taffetas anglais, que l'on fixe verticalement sur les paupières ; sur le tout on applique un bandeau protecteur ordinaire avec de la ouate sèche. Dans les cas légers, il suffit d'appliquer le bandeau uniquement pendant la nuit, parce que c'est alors que le dessèchement de la cornée est le plus à craindre. Pendant le jour, le clignement est suffisant pour humecter la cornée. Au contraire, dans les degrés plus élevés de la lagophtalmie, ou lorsque la cornée est déjà entreprise, il faut faire porter constamment le bandeau. Quand la lagophtalmie est tellement développée que l'on ne puisse plus rapprocher les bords des paupières et les y fixer par un bandeau, on doit renoncer à couvrir la cornée et se borner à la préserver de la dessiccation, en la plaçant dans une chambre humide. On recouvre l'œil d'un verre de montre, dont on fixe le bord au pourtour de l'orbite à l'aide d'emplâtre adhésif. En un point de la cavité du verre de montre, on place un peu de ouate humectée d'eau. La chaleur du corps vaporise cette eau, et ainsi l'œil baigne dans un air humide. — Dans les cas où les causes de la lagophtalmie ne peuvent disparaître, ou lorsqu'on prévoit qu'elles ne disparaîtront qu'après beaucoup de temps (par exemple par la guérison de la maladie de Basedow), il serait difficile pour le patient de porter le bandeau pendant si longtemps, c'est-à-dire pendant des années. Pour ces cas, la tarsorrhaphie est indiquée (voir plus loin, § 170). Elle consiste à raccourcir la fente palpébrale et à rapprocher les bords des paupières, de façon que l'occlusion en devienne plus facile.

Si l'on fait abstraction des rares cas de raccourcissement considérable des paupières que l'on a observés chez des monstres et dénommés microblépharie, la brièveté congénitale des paupières n'acquiert d'ordinaire qu'un degré peu élevé. Lorsque les paupières se ferment légèrement, la fente palpébrale présente un entre-bâillement de quelques millimètres, de façon qu'une mince bandelette de sclérotique (mais pas de la cornée) reste à découvert. Un autre signe de la brièveté congénitale des paupières, c'est que les personnes qui en sont atteintes dorment les yeux imparfaitement fermés. Les suites de cet état se manifestent principalement par du larmolement et, conséquemment, par de la blépharite ulcéreuse. Il s'ensuit que ces cas sont d'ordinaire considérés comme de vieilles blépharites, et la brièveté des paupières passe inaperçue ou est regardée comme une suite de la blépharite. Dans celle-ci il existe, par suite de la suppuration des glandes de Zeiss, de petites pertes de la peau, avec formation consécutive de cicatrices. Cependant, les cicatrices sont

trop peu importantes pour expliquer ce raccourcissement considérable des paupières. Il faut donc l'attribuer à une cause congénitale, puisqu'il n'est pas possible de lui en trouver d'autres. — Cet état est incurable. On parvient à en diminuer les inconvénients en appliquant sur les yeux, pendant la nuit, de la pommade au précipité blanc, étendue sur une compresse de toile. De cette façon, on réussit à arrêter la blépharite concomitante. — Il ne m'est arrivé de rencontrer que peu de cas où la brièveté congénitale des paupières fût telle que la cornée en souffrit au point de rendre une opération (tarsorrhaphie) nécessaire.

V. — MALADIES DES MUSCLES PALPÉBRAUX.

1° Orbiculaire.

§ 114. a) SPASME DE L'ORBICULAIRE (BLÉPHAROSPASME) (1). — Il se manifeste par la contraction des paupières. Il constitue tantôt un symptôme concomitant d'une autre affection des yeux — blépharospasme symptomatique, tantôt une entité morbide propre — blépharospasme essentiel.

Le *blépharospasme symptomatique* accompagne tous les états irritatifs de l'œil et se rencontre par conséquent, lorsqu'il y a un corps étranger dans le sac conjonctival, dans le trichiasis et dans les inflammations les plus diverses des yeux, quand l'éclairage est trop intense, etc. Le degré du blépharospasme n'est pas du tout en rapport direct avec la gravité de la maladie de l'œil lui-même. Ce serait donc une erreur de prendre le degré du spasme comme mesure de l'intensité et de la durée de l'affection originaire. Mais il rend souvent très difficile l'examen de l'œil. Le blépharospasme est d'ordinaire le plus violent et le plus rebelle dans la conjonctivite eczémateuse. Outre qu'il réagit défavorablement sur l'affection oculaire, il provoque souvent de l'œdème des paupières, du blépharophimos, de l'ectropion ou de l'entropion spasmodique. — Pour guérir le blépharospasme symptomatique, il suffit de traiter l'affection principale (voir p. 112).

Le *blépharospasme essentiel* se distingue du blépharospasme symptomatique en ce qu'il atteint des yeux d'ailleurs parfaitement normaux. Chez des personnes jeunes, surtout des femmes, cette affection se manifeste par l'occlusion spontanée des yeux, qui restent fermés comme pendant le sommeil (*blépharospasme hystérique*). — Chez les personnes d'un certain âge, le blépharospasme (*blépharospasme sénile*) se manifeste sous forme d'un spasme clonique, c'est-à-dire d'un clignotement constant

(1) σπασμός, de σπάω, je tire.

(nictitatio) (1), ou bien sous forme d'un spasme tonique, qui fait que l'œil reste énergiquement fermé pendant longtemps. — Le blépharospasme essentiel est excessivement pénible pour le patient, à tel point que, dans les cas graves, il entraîne à peu près les mêmes conséquences qu'une cécité vraie, puisque le malade ne peut pas se servir des yeux fermés. — Le blépharospasme hystérique disparaît spontanément avec le temps, tandis que le blépharospasme sénile résiste longtemps au traitement et reste souvent incurable.

b) PARALYSIE DE L'ORBICULAIRE. — Quand il s'agit d'une paralysie récente, on ne remarque rien à l'œil ouvert; mais, dès qu'on fait fermer l'œil, on voit que l'occlusion est imparfaite, parce que la paupière inférieure ne se relève pas comme à l'état normal. Cette particularité est surtout frappante à la moitié interne de la paupière. Par suite de l'occlusion incomplète des paupières, il se produit du larmolement, qui, dans les cas légers, est souvent le seul inconvénient dont le malade se plaint. Quand la paralysie dure depuis longtemps, il se déclare d'autres altérations. D'abord la paupière inférieure s'écarte du globe oculaire et devient de plus en plus lâche et pendante — ectropion paralytique. Ensuite la cornée, étant à découvert pendant le sommeil, est exposée à se dessécher dans sa partie inférieure, et elle devient le siège d'une kératite par lagophtalmie.

La paralysie de l'orbiculaire dépend d'une affection du nerf facial qui innerve ce muscle. Les lésions du nerf facial peuvent être centrales ou périphériques. Dans le premier cas, la lésion se trouve sur le trajet des fibres nerveuses, depuis l'écorce jusqu'au noyau du facial; dans le second cas, en un point du tronc nerveux lui-même. Les paralysies centrales du facial en intéressent principalement la branche buccale, et alors l'orbiculaire reste ordinairement normal. Par conséquent, quand ce muscle est paralysé, on a généralement affaire à une lésion périphérique du facial. Le plus fréquemment il s'agit de ce qu'on appelle une paralysie rhumatismale; en outre, la paralysie peut dépendre d'un traumatisme (surtout d'une fracture de la base du crâne ou d'une opération dans la région parotidienne), d'une carie du rocher, d'une tumeur ou de la syphilis. Les paralysies rhumatismales comportent le meilleur pronostic; néanmoins, pour en obtenir la guérison, plusieurs mois de traitement sont nécessaires. Le traitement doit avant tout tendre à faire disparaître la cause de la paralysie. Le traitement symptomatique consiste principalement dans l'application du courant électrique (tant constant qu'induit). Aussi longtemps que les paupières ne se ferment pas complètement, il faut appliquer un bandeau sur l'œil (voir *lagophtalmie*), pour prévenir le développe-

(1) Nictare, cligner.