

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.

ment d'un ectropion et d'une kératite. Dans les cas de paralysie très prononcée, le bandeau doit être porté constamment ; dans les cas légers, il suffit de l'appliquer seulement pendant la nuit. Si la paralysie semble incurable, alors, pour rendre l'occlusion palpébrale possible, on doit recourir à la tarsorrhaphie.

Dans le blépharospasme *hystérique*, les yeux du patient se ferment tout à coup, le plus souvent sans cause connue. Au bout de quelques heures, de quelques jours ou même de quelques mois, les yeux peuvent s'ouvrir de nouveau tout aussi soudainement. Des atteintes semblables peuvent plusieurs fois se répéter, et la durée en est très variable. Le spasme hystérique atteint presque toujours les deux yeux ; une seule fois j'ai vu un blépharospasme hystérique unilatéral. En même temps que le blépharospasme, on observe encore d'autres symptômes de l'hystérie. Chez une fillette qui souffrait d'un pareil blépharospasme et que j'avais traitée en vain par différents remèdes, je suis parvenu enfin à la guérir en instillant une seule fois de la cocaïne ; mais, quelques minutes après que la fillette eut ouvert les yeux, ses deux membres inférieurs se paralysèrent, et la paralysie dura pendant plusieurs jours.

Quand on examine des malades qui souffrent de blépharospasme hystérique, on réussit souvent à trouver des points que l'on appelle points de compression, c'est-à-dire des points du corps sur lesquels on n'a qu'à presser pour faire ouvrir les yeux comme par un coup de baguette magique (v. Graefe). Dans le plus grand nombre des cas, les points de compression se trouvent dans le domaine du trijumeau, par exemple aux points d'émergence des nerfs sus-orbitaire ou sous-orbitaire, au niveau du bord orbitaire supérieur ou inférieur. Cependant souvent ces points se trouvent plus difficilement lorsque, par exemple, ils sont situés dans les fosses nasales, la cavité buccale (dans la carie des dents) ou dans la gorge. D'autres fois, les points de compression ne se trouvent pas dans le domaine des branches du trijumeau. C'est ainsi qu'il se rencontre des cas où, en exerçant une pression sur les cartilages costaux ou sur les vertèbres, ou bien sur l'un ou l'autre point du bras, de la jambe, etc., on est parvenu à faire disparaître le blépharospasme. Souvent c'est le patient lui-même qui appelle l'attention du médecin sur les points de compression, dont il a déjà utilisé la connaissance pour se procurer du soulagement. Les cas les plus fréquents sont ceux où le patient fait disparaître le blépharospasme en opérant une pression sur le front, aux points qui correspondent aux branches du nerf sus-orbitaire. Ainsi, les jeunes gens portent un chapeau à bord raide, qu'ils serrent fortement sur le front ; les jeunes filles s'appliquent sur la tête un bandeau serré, etc. Mais, dès que la pression cesse, par exemple si l'on ôte le chapeau, les yeux se ferment de nouveau. — Dans un grand nombre de cas, on réussit à faire disparaître momentanément le blépharospasme, en distrayant l'attention du patient.

Le blépharospasme hystérique, où les yeux restent tranquillement fermés sans spasme apparent, présente une grande analogie avec un ptosis. Mais on peut facilement constater qu'il y a une contracture, si l'on essaye d'ouvrir l'œil en relevant la paupière supérieure ; on perçoit la résistance qu'oppose l'orbiculaire à l'ouverture de la fente palpébrale. En rapport avec cette contraction, on voit la peau du front plissée verticalement, particulièrement sur la glabella, et les sourcils abaissés. Or, dans le ptosis, la peau du front montre des plis horizontaux et les sourcils sont relevés. (A l'état normal, le sourcil répond au rebord orbitaire supérieur.)

Le blépharospasme *sénile* n'est souvent qu'un symptôme partiel d'un spasme général de la face (tic convulsif). Des deux formes de spasmes séniles, la forme clonique est la moins incommode pour le malade, parce que la vue n'est que légèrement gênée par le clignotement constant. Dans le blépharospasme tonique, les yeux se ferment brusquement et restent spasmodiquement clos pendant quelques minutes. Quand ces malades gagnent un accès au moment où ils se trouvent dans une foule, ou qu'ils traversent une rue encombrée, etc., ils sont sujets à des accidents. — Dans le blépharospasme sénile aussi, on rencontre souvent des points de compression qui ont de l'influence sur le spasme.

De même que le clignement palpébral normal est un mouvement réflexe, provoqué par l'excitation des extrémités du trijumeau au niveau de la surface du globe oculaire, ainsi le blépharospasme, dans le plus grand nombre des cas, est de nature réflexe. Le fait est indubitable pour le blépharospasme symptomatique où l'on voit clairement que les extrémités terminales du trijumeau sont irritées par un corps étranger, une inflammation de l'œil, etc. Mais également pour la majorité des cas de blépharospasme essentiel, l'on doit admettre une action réflexe par la voie du trijumeau. En faveur de cette opinion plaide le fait, que la pression exercée sur les branches du trijumeau arrête souvent le blépharospasme et que, en outre, les points de compression sont souvent sensibles à la pression. Il s'ensuit que le traitement sera suivi de succès surtout dans les cas où l'on réussira à trouver des points de compression, car alors on est à même d'attaquer directement le point d'origine de l'arc réflexe. Le traitement consiste à appliquer le courant galvanique sur les points de compression ou à y faire des injections hypodermiques de morphine. Chez une jeune fille chez laquelle la compression du sommet du crâne faisait cesser le blépharospasme, il a suffi d'appliquer sur cet endroit une pommade (pommade à la vératrine) pour faire disparaître le mal. Quand on ne trouve pas de points de compression, il faut s'assurer si la surface de la cornée elle-même n'est pas la source du réflexe. Dans ce but, on la rend insensible au moyen de la cocaïne, ou bien on applique le courant constant sur les paupières fermées. De plus, on administre les remèdes employés contre les névroses en général. Dans un cas de blépharospasme sénile, contre lequel tout avait échoué, j'ai réussi à obtenir la guérison par des applications répétées de moxas derrière les oreilles. Dans les cas les plus rebelles, on a recours soit à l'élongation, soit à la résection

de la branche du trijumeau d'où part la contraction réflexe. On a ainsi très souvent pratiqué l'élongation du tronc du nerf facial sans qu'en général cette opération ait donné des résultats bien satisfaisants. Ce n'est que dans le blépharospasme sénile qu'on appliquera des moyens aussi héroïques; le blépharospasme hystérique, avec le temps, disparaît toujours spontanément.

Fréquemment, on voit des parents qui amènent leur enfant, âgé de huit à quinze ans, chez le médecin, pour le consulter au sujet d'un clignotement continu. Il n'est pas rare que ce défaut se soit développé à l'occasion d'une légère conjonctivite, mais il a persisté pour son compte après la disparition de l'inflammation. Il s'agit le plus souvent d'enfants anémiques ou nerveux. Cette affection — que les parents appellent souvent une mauvaise habitude — disparaît d'ordinaire spontanément après un certain temps.

Très souvent, chez des personnes tout à fait bien portantes, dont les yeux sont normaux, on observe des contractions fibrillaires répétées de quelques faisceaux isolés de l'orbiculaire, contractions dont le patient se rend compte lui-même. C'est un phénomène auquel il ne faut attacher aucune importance.

#### 2° Releveur de la paupière supérieure.

La paralysie du releveur de la paupière supérieure se manifeste par la chute de la paupière supérieure — *ptosis* (1). On rencontre le ptosis à tous les degrés de développement, depuis le simple abaissement à peine perceptible jusqu'à la chute complète de la paupière supérieure, au point qu'elle pend flasque et sans ride et cache entièrement le globe oculaire. Dans les degrés très élevés de ptosis, dans lesquels la paupière descend jusque devant la pupille, la vue est gênée, quand le patient ne relève pas la paupière avec les doigts ou quand il ne parvient pas, par la contraction du muscle frontal, à la remonter suffisamment. Par la contraction de ce muscle, le front se ride, ce qui a pour résultat d'en raccourcir la peau, en même temps que d'attirer en haut les sourcils et par là la paupière supérieure (fig. 237). Mais le relèvement de la paupière par ces moyens est insuffisant, et le patient doit encore renverser la tête en arrière, afin qu'en regardant devant lui, il puisse diriger les yeux en bas et ramener ainsi la pupille dans la fente palpébrale située trop bas. Les rides sur le front, les sourcils relevés et la tête renversée en arrière sont des symptômes caractéristiques que présentent les personnes atteintes d'un ptosis bilatéral.

Le ptosis peut être aussi bien acquis que congénital. Le ptosis *acquis* dépend d'une lésion du muscle lui-même ou du nerf qui le dessert. La

(1) πτείνω, tomber.

première résulte le plus souvent d'une blessure. Le nerf du releveur est une branche de l'oculo-moteur; on observe donc fréquemment le ptosis en même temps que des paralysies d'autres muscles animés par l'oculo-moteur. Les cas de ptosis isolé, sans autre signe de paralysie de la troisième paire, dépendent souvent d'une affection centrale.

Dans le ptosis *congénital*, on trouve le releveur insuffisamment déve-

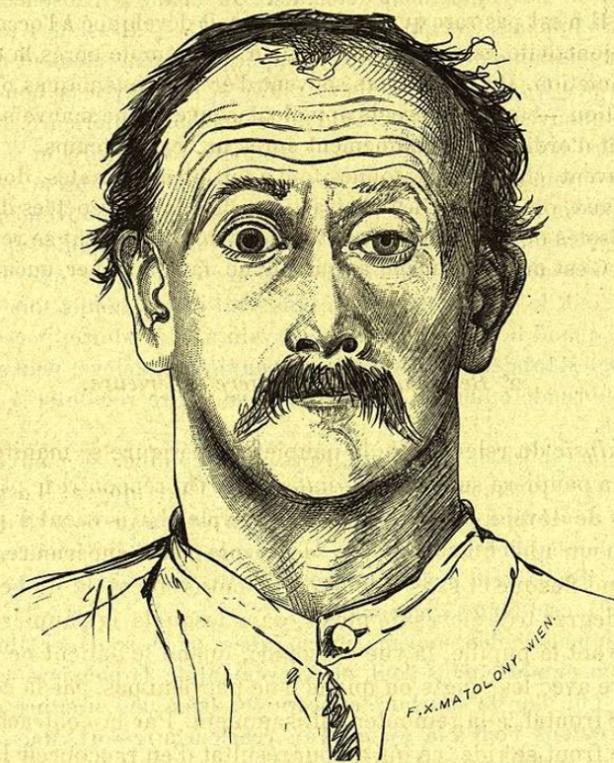


FIG. 237. — *Ptosis gauche.* — Le ptosis n'était pas complet, mais assez fort pourtant pour que la paupière supérieure couvrit la pupille. Comme l'œil gauche était le meilleur, le patient, pour voir, relevait la paupière par une contraction du frontal. Mais il ne pouvait limiter cette contraction du côté gauche, il plissait tout le front, de sorte que des deux côtés les sourcils sont trop haut. Comme la paupière supérieure droite est trop relevée, on voit au-dessus de la cornée une bande de sclérotique à nu, et la différence entre les deux fentes palpébrales est encore plus manifeste. La pupille de l'œil droit amblyope est dilatée.

loppé ou totalement absent. A l'inverse du ptosis acquis, lequel n'atteint le plus souvent qu'un œil, le ptosis congénital est en général bilatéral. Ce défaut se transmet souvent par hérédité à travers plusieurs générations.

En ce qui concerne le *traitement*, dans le ptosis acquis on doit chercher la cause de la paralysie et tâcher de la faire disparaître par les

moyens appropriés. Mais lorsqu'on a affaire à un ptosis invétéré ou à un ptosis congénital, on ne peut les améliorer que par une intervention opératoire (voir plus loin, § 172).

Le ptosis *congénital* se rencontre fréquemment accompagné d'autres anomalies congénitales. A celles-ci appartiennent l'impossibilité de regarder en haut, due à un développement défectueux ou même à l'absence du droit supérieur (Steinheim), ensuite l'épicanthus (§ 117). — Il est des cas où, par suite d'un ptosis congénital, la paupière supérieure (généralement la gauche) descend un peu trop bas, mais elle se relève si l'on ouvre la bouche ou si l'on fait des mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure. Cette corrélation entre les mouvements de la paupière supérieure et ceux de la mâchoire inférieure a été souvent observée, même en l'absence de ptosis. — Dans le ptosis acquis, il n'est pas rare d'observer un mouvement associé aux déplacements du globe oculaire. On le rencontre particulièrement dans les cas de paralysie centrale de l'oculo-moteur; on observe que, dans l'abduction de l'œil, le ptosis atteint son plus haut degré, tandis que dans l'adduction (ou quand le malade cherche en vain à la produire, parce que son droit interne est totalement paralysé), la paupière se relève, peut reprendre sa position normale ou même la dépasser, c'est-à-dire remonter à une hauteur inusitée.

Il existe une espèce de ptosis qui, sans cause connue, se manifeste chez les femmes (très rarement chez les hommes) à l'âge moyen. Il est toujours double et se développe si lentement que ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'il est susceptible de gêner la vue d'une manière notable. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une paralysie du nerf, mais d'une atrophie primitive du muscle (*ptosis myopathique*).

On a recommandé des moyens mécaniques pour soulager du ptosis : insertion d'un monocle dans l'œil, ou relèvement de la paupière supérieure par un mince fil d'or de courbure appropriée, fixé à une monture de pince-nez ou inséré dans l'œil à la façon d'un écarteur à ressort. Mais les appareils n'ont pas eu beaucoup de succès, et ils ne peuvent être conseillés que chez des patients qui se refusent à toute opération.

Le nom de ptosis s'emploie encore incorrectement pour désigner des états qui n'ont aucun rapport avec une affection du releveur de la paupière supérieure. Ainsi en est-il, par exemple, quand la paupière supérieure est pendante, parce que son poids a augmenté sous l'influence d'un épaissement dû au trachome, à un néoplasme, etc. De même, ce qu'on appelle le *ptosis adipeux* n'est pas à proprement parler un ptosis.

Le releveur à fibres lisses, ou le *muscle palpébral supérieur* (Müller), peut être paralysé, aussi bien que spasmodiquement contracté. C'est de la paralysie de ce muscle que dépend le ptosis léger qui constitue un des symptômes de la paralysie du grand sympathique (voir p. 402), ainsi que le ptosis trachomateux (p. 98). Un spasme de ce muscle, qui se trahit par le

relèvement de la paupière supérieure et l'élargissement de la fente palpébrale, peut être produit artificiellement par l'instillation de cocaïne. D'après quelques auteurs, le relèvement plus notable de la paupière supérieure, dans la maladie de Basedow, dépend aussi d'un spasme du muscle de Müller.

## VI. — BLESSURES DES PAUPIÈRES.

§ 115. — Les traumatismes de toute sorte des paupières, tels que simples contusions, plaies par instruments tranchants, par rupture, plaies contuses, brûlures, corrosions, etc., sont très fréquents. Comme particularité de ces traumatismes, il faut signaler que, par suite de la grande extensibilité de la peau palpébrale et de son union lâche au tissu sous-jacent, les suffusions sanguines, aussi bien que l'œdème, sont d'ordinaire beaucoup plus considérables aux paupières qu'à l'occasion de blessures d'égale importance d'autres parties du corps. Il ne faut donc pas s'effrayer à la vue d'une forte tuméfaction ou de la couleur bleu noirâtre des paupières, car ces phénomènes s'observent bien souvent à l'occasion d'une contusion relativement légère. Par conséquent, ce ne sera qu'après un examen attentif qu'on établira le diagnostic et le pronostic. A cette fin, on portera son attention sur les trois points suivants : y a-t-il des solutions de continuité de la peau palpébrale ? les os sous-jacents sont-ils blessés ? la blessure intéresse-t-elle le globe oculaire ?

Les *solutions de continuité* de la peau palpébrale présentent un aspect différent suivant leur direction. Celles dont la direction est horizontale, c'est-à-dire parallèle à celle des fibres de l'orbiculaire, ne présentent pas d'entrebâillement, et les lèvres de la plaie s'adaptent souvent spontanément d'elles-mêmes. Par contre, si la blessure ou la rupture divise transversalement les fibres de l'orbiculaire, la plaie montre un entrebâillement considérable, à cause de la rétraction des faisceaux musculaires coupés. Il s'ensuit que les cicatrices des blessures horizontales de la peau des paupières sont à peine visibles, tandis que celles qui proviennent d'une blessure verticale sont apparentes et difformes. C'est pour ce motif que, pour les opérations aux paupières, on a établi la règle de pratiquer, autant que possible, les incisions suivant la direction des fibres de l'orbiculaire. — Mais les blessures les plus mauvaises sont celles qui divisent la paupière verticalement dans toute son épaisseur. Ces plaies suturées ne se ferment pas par première intention, il reste sur le bord palpébral soit une encoche, soit même une forte perte de substance triangulaire (colobome traumatique de la paupière). Ce défaut a pour résultat d'empêcher l'occlusion parfaite des paupières, de façon