

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

qu'outre la difformité, la blessure a encore pour conséquence de faire naître un larmolement continu.

On s'assure s'il y a fracture des *os sous-jacents*, en palpant à l'aide du doigt le rebord orbitaire situé sous la paupière tuméfiée. S'il y a fracture, elle se constate par des inégalités et par une sensibilité spéciale sur un point, où l'on sent souvent une crépitation manifeste. Un signe certain qu'il y a fracture des os, c'est l'*emphysème* de la paupière. Ce phénomène consiste en ce que de l'air a pénétré dans le tissu cellulaire sous-cutané des paupières. Alors, celles-ci présentent au doigt une sensation de mollesse spéciale, semblable à celle que donne un coussin de plumes; en même temps l'on sent la crépitation produite par le déplacement de l'air sous la pression du doigt. L'air vient des cavités voisines de l'orbite, le plus souvent des cellules ethmoïdales. La présence de l'air dans le tissu sous-cutané des paupières indique l'existence d'une communication anormale avec ces cavités, communication qui ne peut s'établir que par une fracture des os. L'emphysème se produit quand le patient fait des efforts en se mouchant ou en toussant, tous actes qui compriment l'air dans les fosses nasales et dans les cavités voisines, et qui le chassent dans le tissu cellulaire sous-cutané à travers l'endroit fracturé (voir § 133).

La gravité des plaies des paupières résulte de ce que leur mutilation menace les fonctions de l'œil lui-même. En effet, à la suite d'un raccourcissement cicatriciel ou d'un colobome des paupières, il peut se développer une lagophtalmie et, comme conséquence, une inflammation de la cornée.

Le *traitement* des blessures des paupières s'établit suivant les règles générales de la chirurgie. Dans les simples suffusions sanguines, on applique des compresses froides d'eau blanche. Dans l'emphysème des paupières, l'air emprisonné dans le tissu disparaît d'ordinaire sans autres conséquences. Pour en activer la résorption, on applique un bandeau compressif. En même temps, le patient évitera de faire des efforts, de se moucher, etc., pour ne pas pousser de nouvelles masses d'air dans les tissus. Les plaies fraîches, dont les bords ne sont pas trop déchiquetés, seront promptement suturées. Sur les blessures dont les lèvres sont trop contuses, etc., on applique des compresses d'acétate d'alumine ou un pansement antiseptique, en attendant que les parties de peau nécrosées soient éliminées. Il faut en agir de même dans les brûlures et dans les corrosions. Après l'élimination des parties cutanées mortifiées, on se trouve en présence d'une surface bourgeonnante, qui se cicatrise et amène ainsi un raccourcissement des paupières. Pour l'empêcher, on procède absolument comme dans le cas de destruction de la peau par inflammation (voir p. 626).

D'ordinaire, les *suffusions* sanguines se terminent brusquement au niveau du rebord orbitaire, parce que la peau y est fixée par du tissu conjonctif résistant, qui empêche le sang de fuser plus loin. Par contre, il n'est pas rare que le sang fuse sous la peau du dos du nez jusqu'au côté opposé. Alors, on trouve aussi une ecchymose dans les paupières de l'autre œil. Mais, comme la peau est épaisse sur le dos du nez, le sang ne s'y voit pas souvent et l'on ne se rend pas compte de la continuité qui existe entre la suffusion de l'un et de l'autre œil. Alors on pourrait être facilement induit en erreur et croire que les deux yeux ont été blessés. Cependant, on peut observer le fait dans beaucoup de cas où cette erreur est impossible, quand, par exemple, à la suite de l'énucléation d'un œil, l'ecchymose se montre de l'autre côté.

Le sang extravasé peut cheminer de la même façon dans les fractures de la base du crâne. Le sang venant de l'endroit fracturé fuse le long du plancher de l'orbite vers la face. Alors, quelque temps après l'accident, le sang forme une ecchymose au niveau de la partie inférieure de la conjonctive bulbaire, ainsi que de la paupière inférieure tout près du bord orbitaire et principalement dans la région de l'angle interne de l'œil. C'est là un symptôme très important pour le diagnostic de la fracture de la base du crâne, quoiqu'il ne se montre pas toujours.

Comme dans la conjonctive, on observe quelquefois dans les paupières des ecchymoses *spontanées*, provoquées par des efforts violents, une forte toux, etc.

Les extravasations sanguines des paupières, au lieu de disparaître par résorption, peuvent devenir purulentes et donner lieu à un abcès de la paupière. Cette terminaison est notamment à craindre, quand il existe en même temps dans la peau de la paupière une solution de continuité, par où les germes infectieux peuvent pénétrer dans le tissu palpébral.

VII. — TUMEURS DES PAUPIÈRES.

§ 116. a) TUMEURS BÉNIGNES. — Le *xanthélasma* (1) est une tumeur aplatie, d'un jaune de soufre sale, qui ne s'élève que légèrement au-dessus du niveau de la peau. On le rencontre le plus fréquemment sur les paupières supérieure et inférieure, dans le voisinage de l'angle interne de l'œil. Souvent, on observe ces tumeurs symétriquement de chaque côté, semblables aux taches jaunes qui se trouvent au-dessus des yeux des chiens bassets. On rencontre des xanthélasmas chez les personnes d'un certain âge, notamment chez les femmes. Ils se développent lentement et n'entraînent pas d'autres inconvénients que la difformité qu'ils causent.

(1) De ξανθος, jaune, et ελασμα, plaque. On dit aussi xanthome.

C'est aussi pour ce seul motif qu'on les enlève quelquefois par une opération.

Le *molluscum contagiosum* est une petite tumeur arrondie, dont la surface légèrement aplatie porte au centre une dépression ombiliquée. Quand on comprime cette tumeur, il s'en échappe une substance ressemblant à du sébum. Le *molluscum contagiosum* est infectieux. — Le *molluscum simplex* (fibroma molluscum) est une tumeur cutanée, attachée à la paupière par un pédicule et suspendue à la peau comme une bourse. — Enfin, on observe sur les paupières des verrues et des cornes cutanées.

Parmi les *kystes* que l'on rencontre dans les paupières, mentionnons le milium, les kystes athéromateux et dermoïdes. Ces derniers, qui peuvent acquérir un grand développement, seront décrits avec plus de détails à propos des affections de l'orbite (§ 135). Sur les bords des paupières, on observe fréquemment de petits kystes à contenu limpide comme de l'eau et se développant aux dépens de glandes sudoripares oblitérées des bords palpébraux (les glandes de Moll, fig. 46).

Les *tumeurs vasculaires* (angiomes) s'observent aux paupières sous les deux formes de tumeurs érectiles artérielles et angiomes veineux. Les premières se présentent sous forme de taches d'un rouge clair, ayant leur siège dans la peau palpébrale elle-même. Par contre, les dernières siègent sous la peau de la paupière, qu'elles soulèvent et derrière laquelle elles paraissent de teinte bleuâtre. Elles sont formées par un paquet de grosses cavités veineuses, qu'on peut sentir et comprimer sous la peau. Les artères qui aboutissent à la tumeur sont dilatées. — Les tumeurs vasculaires sont le plus souvent congénitales, mais elles grandissent plus tard, de façon à acquérir, quelquefois, un tel développement qu'elles cachent une grande partie de la face et s'étendent aussi en arrière sur la conjonctive et dans le tissu orbitaire. Pour ce motif, il faut les faire disparaître le plus tôt possible. Quand on opère ces tumeurs, on doit surtout s'attacher à respecter autant que possible la peau palpébrale, sinon, la paupière se raccourcirait, ce qui aurait pour résultat le développement d'un ectropion et d'une lagophtalmie. Les petites téléangiectasies, on les détruit par la cautérisation au moyen de l'acide nitrique fumant ou bien par le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Si elles sont d'un certain volume, on peut les exciser, à moins qu'on ne doive sacrifier trop de peau. Dans ce cas, il faut préférer l'électrolyse. Le pôle positif d'une batterie à courant constant est muni d'une plaque que l'on applique à la tempe. La cathode est terminée par une aiguille de platine que l'on pique dans la tumeur; on ferme le courant et bientôt apparaît autour de l'aiguille une mousse, composée de vésicules d'hydrogène. On retire l'aiguille et on l'introduit à un autre endroit. Par suite de la décomposi-

tion des liquides des tissus par le courant électrique, le sang se coagule dans les vaisseaux sanguins qui s'oblitérent. Pour faire disparaître entièrement la tumeur, plusieurs séances sont d'habitude nécessaires.

b) TUMEURS MALIGNES. — Les *carcinomes* qui s'observent à la paupière sont, en général, des épithéliomes qui prennent leur origine dans la peau de la paupière (notamment du bord). Plus tard, ils envahissent le globe oculaire et pénètrent aussi dans les profondeurs de l'orbite. Les *sarcomes* se développent aux dépens du tissu connectif de la paupière, les mélanosarcomes pigmentés proviennent le plus souvent d'un nævus congénital de la peau ou de la conjonctive. Dans les tumeurs malignes, on trouve les glandes lymphatiques voisines gonflées, d'abord les glandes préauriculaires, plus tard les sous-maxillaires et celles du cou. On enlève ces tumeurs suivant les règles connues. Lorsque, en extirpant la tumeur, on a dû sacrifier une partie de la paupière assez grande pour que l'œil reste à découvert, il faut terminer l'opération en remplaçant la peau de la paupière perdue par blépharoplastie. Lorsque les tumeurs sont très développées, il est souvent nécessaire d'énucléer le globe et même de pratiquer l'exentération de l'orbite.

Les cancroïdes aplatis, que l'on observe assez souvent sur les paupières, méritent une mention spéciale. Ce sont de petites tumeurs peu élevées, à fond bosselé et à bords durs et irréguliers. L'infiltration des bords de l'ulcère est le seul signe caractéristique de l'affection, car, de tumeur proprement dite, il n'y en a pas. C'est pour cette raison que ceux qui n'en ont pas l'expérience, se trompent facilement sur la véritable nature du mal, qui n'est autre chose qu'un carcinome épithélial; c'est pourquoi on lui a donné le nom d'*ulcère rongéant*. Cependant, l'extension s'en opère avec une lenteur extraordinaire, de façon que de tels ulcères existent souvent depuis de longues années avant qu'ils n'aient acquis une certaine étendue.

Par suite de la complication de la structure anatomique des paupières, composées de tissus de tant d'espèces différentes, il n'est pas étonnant qu'on y observe, à l'occasion, les tumeurs les plus diverses. Comme tumeurs rares des paupières, on a rencontré des lymphomes, des fibromes, des enchondromes, des myxomes, des lipomes, des lymphangiomes caverneux, des névroses plexiformes, des adénomes des glandes sébacées, des glandes de Meibomius, des glandes de Krause, des glandes sudoripares et des glandes de Moll, enfin des carcinomes glandulaires.

VIII. — ANOMALIES CONGÉNITALES DES PAUPIÈRES.

§ 117. — Sous le nom de *colobome* de la paupière, on désigne une encoche de cet organe, laquelle affecte à peu près la forme d'un triangle

dont la base est tournée vers le bord palpébral et dont le sommet regarde le rebord orbitaire. On rencontre aussi bien le colobome congénital que le colobome acquis par suite d'un traumatisme. Le colobome congénital (fig. 238) est, en général, rare et s'observe plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Quelquefois on le rencontre accompagné d'un dermoïde de la cornée (voir page 143).

On appelle *épicanthus* un repli cutané qui s'avance de chaque côté du dos du nez devant l'angle interne de l'œil, de façon à le recouvrir en

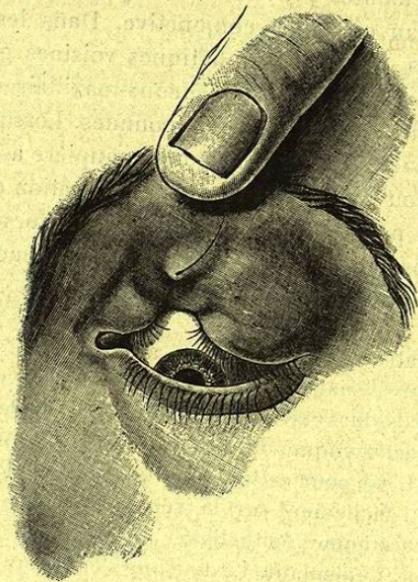


FIG. 238.

partie. Dans la race mongole, on observe régulièrement un certain degré d'épicanthus, ce qui produit l'aspect caractéristique de la fente palpébrale propre à ces hommes. Dans la race caucasique, on observe assez souvent, chez les enfants, un léger degré d'épicanthus, mais il disparaît plus tard quand le dos du nez devient plus saillant. Les degrés d'épicanthus plus prononcés, qui persistent pendant toute la vie, doivent être considérés, chez nous, comme des difformités et sont quelquefois accompagnés d'autres défauts congénitaux (par exemple de ptosis). Le repli cutané qui constitue l'épicanthus, s'efface quand, au moyen des doigts, on plisse la peau sur le dos du nez, de façon à la raccourcir dans le sens horizontal. C'est sur cette observation que repose l'opération d'Ammon contre l'épicanthus. En effet, elle consiste dans l'excision, sur

le dos du nez, d'un lambeau de peau de forme elliptique. On peut aussi exciser le repli cutané saillant lui-même (Arlt).

Parmi les autres anomalies, souvent congénitales, des paupières, il faut encore mentionner : le ptosis, le distichiasis, la brièveté de la fente palpébrale, la brièveté anormale des paupières et, comme degré extrême de ce défaut, l'absence complète des paupières (ablépharie). En outre, le symblépharon, l'ankyloblépharon et même le recouvrement complet de l'œil par la peau qui, à la place des paupières, s'étend uniformément sur l'ouverture orbitaire (cryptophtalmie, Zehender), enfin les kystes de la paupière inférieure dans la microphtalmie.