

les autres sont blanches, opaques et calcaires. Ces dernières seules méritent, à proprement parler, le nom de *calculs*. Elles se forment par le mécanisme suivant : sous l'influence de l'inflammation, ou de toute autre cause, l'orifice des conduits excréteurs des glandes de Meibomius s'oblitére ; la matière sécrétée par les parois du follicule s'accumule et dilate le conduit ; puis, par le fait du séjour prolongé, la partie la plus fluide se résorbe, pendant que les éléments solides subsistent et se transforment en concrétion de nature calcaire.

Ces calculs produisent des phénomènes variables : dans quelques cas, les sujets ne ressentent pendant longtemps aucune incommodité, alors même qu'il existe des concrétions de couleur jaunâtre dans presque toutes les glandes de Meibomius. Au bout d'une certaine période, il se développe généralement une hyperhémie de la conjonctive, qu'on essaye en vain de guérir par les moyens ordinaires. D'autres fois, la concrétion devenue plus solide se fait jour du côté de l'œil, elle traverse la paroi du conduit meibomien et, repoussant au-devant d'elle la conjonctive, finit par perforer cette dernière et s'engage en partie par l'ouverture. Alors les malades éprouvent tous les phénomènes qui résultent de la présence d'un corps étranger dans la cavité conjonctivale. Si la pointe du corps étranger est en rapport avec la cornée, celle-ci s'ulcère et il en résulte des accidents plus graves encore.

C'est en vain qu'on essaye d'obtenir la dissolution des concrétions des glandes de Meibomius par l'emploi de pommades ou de collyres de tout genre. Il faut en opérer l'extraction. Pour cela, après avoir fait fixer convenablement la tête du malade, on renverse la paupière : avec une aiguille à cataracte, ou avec la pointe d'un bistouri à lame étroite, on incise la paroi conjonctivale du conduit meibomien, puis on détache chaque concrétion séparément avec l'extrémité pointue d'un stylet ou avec le bord d'une petite spatule. Quelquefois la concrétion adhère si fortement aux parois du conduit, qu'on a beaucoup de peine à l'en séparer.

CHAPITRE V.

INFLAMMATIONS DES PAUPIÈRES.

Ces inflammations sont de deux genres : les unes sont communes aux paupières et aux autres régions du corps ; ce sont l'*érysipèle*, le *phlegmon simple*, les *abcès*, le *phlegmon diffus*, le *furoncle*, l'*anthrax*, la *pustule maligne*. Nous renvoyons à la première et à la seconde partie de cet ouvrage pour la connaissance de ces états morbides et à notre *Traité des maladies des yeux*, p. 341 et suiv., pour les particularités spéciales que ces affections présentent aux paupières. D'autres inflammations appartiennent en propre à ces voiles membraneux et doivent être décrites ici.

ARTICLE I.

Inflammation et abcès des follicules de Meibomius.

L'inflammation des follicules de Meibomius est bornée le plus souvent à un seul de ces organes. Je l'ai observée maintes fois chez des sujets atteints d'affections *cutanées* des paupières.

Elle débute par une sensation de prurit, de picotement sur la paupière affectée. Bientôt celle-ci se gonfle et rougit un peu. La tuméfaction présente tous les caractères d'un œdème. Si à ce moment on renverse la paupière, de façon à mettre à découvert la face muqueuse du voile, on reconnaît que la conjonctive est légèrement injectée dans toute son étendue. Cette injection est plus prononcée, et la muqueuse un peu boursoufflée, dans une petite portion correspondant précisément au follicule malade. Les paupières sont collées le matin au réveil par une matière visqueuse sécrétée par les glandes de Meibomius. Sur le bord libre existent quelques croûtes minces, grisâtres, résultant du dessèchement à l'air de la matière précédente.

La phlegmasie se termine généralement par résolution, dans l'espace de deux à cinq jours. Des lotions avec un liquide astringent, tel que de l'eau de Goulard ; l'application d'un petit cataplasme de pomme de reinette favorisent cette terminaison. Dans d'autres cas, il se forme un petit abcès.

Si c'est la portion du follicule avoisinant le bord libre de la paupière qui s'enflamme, on peut être embarrassé, au premier abord, de localiser le siège exact de la petite tumeur. On y arrive en établissant ses rapports avec les cils. On sait que les orifices des follicules de Meibomius répondent à l'interslice du bord libre de la paupière. Si la tumeur est en arrière de la ligne cilifère, il n'y a pas de doute possible sur son point de départ.

Lorsqu'une portion plus étendue d'un follicule de Meibomius s'enflamme, il se développe dans l'épaisseur de la paupière une tumeur qui a tous les caractères du phlegmon aigu. Lorsque le pus s'y est formé, le liquide se fraye une issue au dehors, par l'orifice normal du follicule, ou bien par une ulcération qui s'établit en arrière, du côté de la conjonctive. Le pus une fois évacué, la tumeur s'affaisse et tout rentre dans l'ordre ; ou bien l'ouverture anormale persiste, et il s'établit une véritable *fistule borgne interne* du follicule. Pour prévenir cette terminaison fâcheuse, il convient d'évacuer de bonne heure le pus, en pratiquant, à l'aide de la pointe d'une lancette une ponction dans l'épaisseur du bord libre de la paupière et dans la direction du follicule malade. S'il existe déjà une *fistule borgne interne*, après avoir renversé la paupière pour mettre le globe en dehors de l'atteinte du caustique, on porte dans le trajet fistuleux la pointe d'un crayon de pierre infernale. On est parfois obligé d'inciser tout le trajet fistuleux, vers le bord libre de la paupière, avec des ciseaux très-fins.

ARTICLE II.

Inflammation des follicules ciliaires.

Cette phlegmasie se montre fréquemment chez les sujets atteints d'hyperhémie conjonctivale ou de blépharite ciliaire. On en attribue aussi le développement à l'usage d'une alimentation excitante et de liqueurs fortes. Il n'est pas démontré que le tempérament strumeux exerce une influence marquée. L'apparition du mal coïncide parfois avec un embarras gastrique. Deval l'a observé fréquemment chez les phthisiques, à la période de fonte des tubercules pulmonaires. Plusieurs auteurs ont noté le retour périodique de cette affection à l'époque des règles.

Symptômes. Il existe une douleur tensive, lancinante, accompagnée de tuméfaction diffuse du bord palpébral. Au toucher, ce bord est rénitent et sensible dans un point, tandis que les autres portions demeurent souples et indolentes. Bientôt il se développe une tumeur d'un rouge foncé, dure, de la grosseur d'un grain d'orge ou d'un pois. Cette tumeur siège sur la *lèvre antérieure* du bord libre de la paupière; elle se porte plutôt du côté de la face cutanée du voile, sur laquelle elle anticipe toujours, que du côté de l'interstice des deux arêtes de ce bord; et, à plus forte raison, elle n'anticipe pas sur la conjonctive. Limitée par des cils, elle est le plus souvent traversée par quelques-uns de ces poils. L'irritation se propage aux parties voisines: de là une injection plus ou moins marquée de la conjonctive, une augmentation de la sécrétion de cette membrane, parfois un chémosis séreux et de l'œdème palpébral. Le plus souvent les cils sont agglutinés au réveil, les mouvements de la paupière sont gênés. Quelques malades ont un léger mouvement fébrile et de l'insomnie.

Il est rare que cette affection se termine par résolution. Au bout de quelques jours, la tumeur s'élève en pointe; au niveau de celle-ci on aperçoit une petite tache de couleur blanche-jaunâtre; la peau très-amincie s'ulcère, et il s'échappe une petite quantité de pus mêlé de stries sanguinolentes. Le même liquide s'écoule, lorsqu'on plonge dans la tumeur la pointe d'une lancette. Dans quelques cas, il sort de la tumeur, indépendamment des produits précédents, une substance blanche-grisâtre, consistante, considérée par la plupart des auteurs comme du tissu cellulaire désorganisé, c'est-à-dire comme un véritable *bourbillon*. Zeis pense, et nous partageons cette opinion, que cette portion de substance désorganisée est la capsule des cils. Après l'ouverture spontanée ou artificielle de la tumeur, celle-ci s'affaisse et la plaie se cicatrise. Les cils de la partie malade tombent; ils peuvent se reproduire ou ne plus repousser.

Dans d'autres cas, la phlegmasie a une marche subaiguë ou chronique. La tumeur ne suppure qu'au bout de plusieurs semaines; quelquefois même elle se termine par induration ou par une sorte de kyste purulent qui s'enflamme de nouveau à la première occasion.

Traitement. Au début, il faut chercher à obtenir la résolution par l'ap-

plication de topiques réfrigérants. Si l'inflammation montre de la tendance à se terminer par suppuration, on favorise cette dernière par l'application sur les paupières de cataplasmes émollients. Lorsque le pus est formé, on lui donne issue par une incision faite avec une lancette. Si après cette ouverture la plaie ne se cicatrise pas, et qu'elle est entretenue par la présence, au fond de la petite poche, de cette substance grise-blanchâtre appelée *bourbillon*, on peut, avec les mors d'une petite pince, saisir celui-ci pour l'attirer au dehors. La tumeur a-t-elle de la tendance à se terminer par induration, après l'avoir fendue avec une lancette, on porte dans la cavité la pointe d'un crayon de pierre infernale; on applique ensuite un cataplasme émollient. Le même traitement est applicable aux cas dont nous avons parlé précédemment, dans lesquels il existe une espèce de kyste purulent à la place du follicule.

DE L'ORGOLET ET DU GRÉLON.

L'orgeolet, qu'on a aussi appelé *crithe*, *grain d'orge*, *hordeolum*, à cause de la ressemblance de la petite tumeur avec un grain d'orge, est une inflammation aiguë, subaiguë ou chronique d'un follicule ciliaire. Sous le nom de *grélon*, on a compris des tumeurs de diverse nature, ayant pour caractère commun d'être placées sur le bord libre de la paupière, d'avoir une ressemblance grossière avec un grain de grêle, et constituées soit par une *phlegmasie chronique d'un follicule ciliaire*, soit par un *petit kyste développé à l'extrémité d'un des follicules de Meibomius* (voy. la discussion critique sur la nature de ces affections, dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 349 et suiv.).

ARTICLE III.

Blépharite ciliaire.

On l'a aussi appelée *inflammation glandulo-ciliaire des paupières*, *blépharite scrofuleuse*, *blépharite glanduleuse*, *psorophthalmie*, *teigne*, *gale*, *gratelle des paupières*, *ophthalmie du tarse*, *xérophthalmie*, *lippitude arida* ou *lippitude*, *ophthalmie sèche*, *sycosis*, *tylosis*, *madarosis*. Elle consiste en une inflammation chronique des bulbes et des glandes ciliaires, inflammation à laquelle prend part la peau du bord libre de la paupière, et qui reste quelquefois circonscrite à cette portion du tégument.

Causes. La blépharite ciliaire est plus fréquente dans l'enfance et la jeunesse qu'aux autres périodes de l'existence. Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. Elle débute quelquefois après les fièvres éruptives, la rougeole, la variole, la scarlatine. Le tempérament lymphatique y prédispose. Rien ne prouve que l'usage habituel du vin ou de liqueurs spiritueuses, que des irritations gastriques de toutes sortes en soient le point de départ. La fatigue des yeux, l'impression d'un air froid, impur, chargé de fluides ammoniacaux, jouent un certain rôle dans le développement de la maladie.

Symptômes. Ils varient d'après le siège du mal, c'est-à-dire d'après l'espèce de tissu atteint. Le tégument du bord libre est-il seul affecté, il existe un léger liséré rose-jaunâtre, pointillé, entre la racine des cils, particulièrement du côté cutané de la paupière. Ce liséré est couvert de petites écailles furfuracées. Les sujets se plaignent d'une sensation de prurit, de sécheresse (blépharite *furfuracée*, *psorophthalmie*). A une période plus avancée, on trouve sur le bord libre des paupières des croûtes d'un jaune verdâtre, parfois superposées les unes aux autres, en nombre variable, toujours traversées par un ou plusieurs cils qu'elles agglutinent ensemble. Lorsqu'on enlève ces croûtes avec précaution, au moyen d'une pince, et qu'on essuie avec une petite éponge fine la place même qu'elles occupaient sur la lèvre cutanée du bord libre de la paupière, on remarque au-dessous d'elles une petite surface excoriée, parfois légèrement saignante. Quand les croûtes sont épaisses et dures, on emporte quelquefois avec elles les cils qui les traversent. Sur d'autres points du bord libre, il existe, à la base des cils, une substance de consistance visqueuse, et au-dessous de cette matière une surface d'un rouge un peu moins vif qu'au niveau des croûtes. Alors les malades accusent une sensation de brûlure et de cuisson et moins de prurit. Les paupières sont collées le matin au réveil, et pour les écarter, le patient est obligé d'humecter les croûtes, sans quoi il est exposé à arracher les cils. Cette variété est désignée sous le nom de blépharite *exulcéreuse*.

Dans d'autres cas, il se forme, au début, de petites pustules plus ou moins nombreuses, du volume d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle, plus ou moins dures, un peu rouges. Le sommet présente bientôt un point blanc ou jaunâtre. Une matière gluante ou purulente, fournie par les pustules, se concrète et forme des croûtes qui se collent sur place, entourent les cils et contractent avec eux des adhérences. Détache-t-on les croûtes, on trouve de petits points ulcéreux d'un rouge violacé ou jaunâtre, différant des ulcérations que nous avons mentionnées précédemment, parce qu'elles sont plus profondes, moins larges, mieux circonscrites et en général arrondies. Dans cette troisième forme, que l'on peut appeler blépharite *folliculeuse*, les follicules ciliaires sont enflammés à une profondeur plus considérable.

Au début, la face interne des paupières est légèrement rouge; les vaisseaux injectés se dirigent vers le bord palpébral. Plus tard, l'hyperhémie atteint la conjonctive scléroticale, la peau de la joue est irritée et excoriée par les mucosités et les larmes qui s'écoulent sur cette partie. Les malades accusent une sensation de prurit, de cuisson, d'élançements dans les tissus phlogosés. Quelquefois il existe une ulcération au niveau de la commissure externe des paupières.

Marche. Terminaisons. La première forme de blépharite, la *furfuracée*, donne rarement lieu à des conséquences fâcheuses; il n'en est pas de même des deux autres. Si on abandonne l'affection à elle-même, les ulcérations du bord palpébral se multiplient et deviennent plus profondes. Elles attaquent tôt ou tard les bulbes des cils. Ceux-ci tombent spontanément ou avec les croûtes qu'on enlève; quand ils repoussent, ils sont plus minces,

plus pâles; si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, les bulbes ciliaires sont détruits, et le bord palpébral correspondant reste définitivement privé de cils. Tantôt quelques-uns de ces appendices manquent, d'autres fois toute la rangée est tombée. Dans d'autres cas, les cils de nouvelle formation repoussent dans une mauvaise direction, notamment en dedans, et sont une cause permanente d'irritation pour l'œil.

La phlegmasie, dont le bord palpébral est le siège, ne reste pas toujours circonscrite dans ce point: elle se propage le plus souvent à la conjonctive, d'où une injection plus ou moins prononcée de cette membrane, un écoulement muqueux plus ou moins abondant; elle se transmet aussi au cartilage tarse, ce qui a pour résultat de le roidir, de le recoquiller, de tourner le bord libre de ce corps un peu en dedans, d'où la formation d'un *entropion*. La peau des paupières ne reste pas étrangère au processus morbide; elle s'enflamme légèrement, se recouvre parfois d'une légère desquamation furfuracée; ceci est surtout applicable à la paupière inférieure. En tous cas, l'effet de cette phlegmasie est de produire une rétraction du tégument; celui-ci entraîne le bord libre de la paupière qui se renverse un peu en dehors, d'où la formation d'un léger *ectropion*. La muqueuse elle-même étant généralement alors injectée et boursoufflée, il en résulte que l'orifice palpébral est encadré dans un bourrelet rougeâtre, ce qui donne à l'œil un cachet particulier rappelé par cette expression vulgaire d'*œil d'anchois*. D'autres fois, les ulcérations du bord palpébral, les bouffées inflammatoires dont il a été le siège en produisent l'épaississement, l'induration et la déformation. Il en résulte la production d'un bourrelet épais, dur, noueux, tantôt couvert de plaques rouges et d'excoriations garnies de croûtes, tantôt calleux, blanc, insensible, appelé *tylosis*.

Arrivée à cette période, la blépharite ciliaire entraîne le plus souvent des troubles sérieux du côté de l'œil. Celui-ci ne tarde pas à s'enflammer: de là des kératites graves et parfois très-persistantes, d'autant plus difficiles à guérir qu'elles sont entretenues le plus souvent par des rugosités de la face interne de la paupière supérieure, ayant succédé à des granulations conjonctivales qui se montrent si souvent chez les sujets atteints de blépharite ciliaire. On rencontre souvent d'autres lésions des organes avoisinants, notamment une phlegmasie des follicules méibomiens qui sécrètent un liquide puriforme; un catarrhe du sac lacrymal.

Pronostic. Il est bénin pour la forme *furfuracée*, plus grave quand il se produit des ulcérations; la perte des cils en est une conséquence fréquente.

Traitement. Il est général et local. Les sujets lymphatiques, strumeux, sont soumis à une médication reconstituante. Une précaution importante à prendre, dans tous les cas, est de ne pas laisser séjourner les croûtes sur la rangée ciliaire. On les ramollit et on les détache, en faisant au préalable l'application sur les paupières de cataplasmes émollients. On applique ensuite sur le siège du mal des topiques propres à en modifier la vitalité. Les pommades au *précipité rouge*, (pommades de Lyon, de Desault, du Régent et au *précipité blanc*, etc.) ont, de tout temps, été vantées pour arriver

à ce résultat; elles sont employées le soir, au moment du coucher. On les étend le long du bord palpébral, avec la pulpe de l'index que l'on promène d'une des extrémités de la paupière à l'autre, en ayant soin que le médicament pénètre profondément jusque dans l'intervalle de la base des cils. Faute de prendre cette dernière précaution, la pommade n'agit pas sur les tissus affectés. Dans la journée, il est préférable d'appliquer des topiques adoucissants, tels que l'axonge, la glycérine, sur le bord libre enflammé et sur toute la surface cutanée des paupières, pour combattre la rougeur morbide. On se sert aussi avantageusement de fomentations, une ou deux fois par jour, sur le bord des paupières, avec une solution de sublimé (12 à 25 milligrammes de ce sel pour 30 grammes d'eau distillée).

Dans les blépharites ciliaires à un degré moyen, je me suis très-bien trouvé du badigeonnage du bord libre des paupières avec la *teinture d'iode* additionnée de parties égales d'eau distillée.

Lorsque la maladie est plus avancée, qu'il existe des ulcérations des follicules ciliaires, il faut modifier la vitalité des tissus atteints, par une médication plus énergique. On applique sur le bord palpébral une *pommade très-concentrée, au nitrate d'argent*, ou bien encore on étend sur la partie, avec un pinceau à miniature, une *solution de parties égales d'azotate d'argent et d'eau distillée*, en prenant toutes les précautions nécessaires pour que le sel lunaire ne pénètre pas sur la conjonctive. Dans les blépharites invétérées, il convient parfois d'arracher les cils avec une pince épilatoire, parce que ces poils jouent le rôle de corps étrangers. Après avoir pratiqué cette avulsion, on *cautérise* les ulcérations avec une *solution concentrée de nitrate d'argent*, ou plutôt avec la pointe d'un *crayon de pierre infernale*. L'application de l'*huile de Cade* peut aussi rendre service dans ces cas. Lorsque la maladie se termine par un épaississement avec induration du bord de la paupière, (*tylosis*), qu'il existe des ulcérations et des irrégularités du bord palpébral, on cherche d'abord à obtenir la résorption de la lymphe plastique concrétée dans les tissus malades, par l'application de *cataplasmes chauds de ciguë et de saponaire*, avec addition d'une petite quantité de *camphre*, par des onctions avec de l'*onguent hydrargyrique*. Rosas préconise dans ces cas les *scarifications* de la région calleuse.

CHAPITRE VI.

DIFFORMITÉS DES PAUPIÈRES.

Les difformités des paupières sont congénitales ou acquises. Les premières ont été mentionnées précédemment (p. 859), les secondes sont la conséquence de blessures ou de phlegmasies. Les indications thérapeutiques ne diffèrent pas dans les deux cas.

ARTICLE I.

Absence des paupières.

Les paupières manquent rarement. Certains fœtus monstrueux en sont privés; c'est alors un vice de conformation qui n'a qu'une importance secondaire à côté d'autres lésions plus graves qui coïncident avec lui. D'autres fois les paupières sont détruites, soit par gangrène, soit à la suite d'une brûlure; ou bien encore l'ablation en est nécessitée par l'extirpation de tumeurs malignes. Dans le dernier cas, les ressources de la nature sont telles, qu'une perte de substance, même considérable, est le plus souvent comblée, parce que la peau, attirée de tous les points voisins par le travail cicatriciel, vient combler la brèche. Alors même que toute l'étendue de la paupière est détruite, s'il reste une portion suffisante de la muqueuse, celle-ci se boursoufle, se *cutise* et devient pour l'œil un organe protecteur. En cas contraire, le globe, exposé continuellement à l'air, ne tarde pas à s'enflammer et finit par être détruit en partie, d'où la perte de la vision. La *blépharoplastie* est indiquée dans ces circonstances.

ARTICLE II.

Brièveté des paupières.

Lorsque les paupières sont diminuées de hauteur, c'est-à-dire raccourcies, la difformité est connue sous le nom de *lagophthalmos* ou de *lagophthalmie* (de *λαγρός*, lièvre, et *ὀφθαλμός*, œil; parce que l'on croyait que les lièvres dorment les yeux ouverts). Cette disposition anormale est bien plus rarement un vice de conformation congénital, que la conséquence de lésions traumatiques, d'ulcérations de tous genres, de rétraction des tissus par suite de carie de l'orbite. On l'observe parfois à la suite de granulations de la conjonctive traitées pendant longtemps par la cautérisation.

Le *lagophthalmos* peut exister seul, ou bien il est accompagné d'un *ectropion*. Ces deux variétés diffèrent l'une de l'autre, en ce que, dans la seconde, le raccourcissement est plus prononcé du côté de la peau que de la muqueuse; tandis que, dans la première, les paupières ne changent pas de direction; elles restent seulement éloignées l'une de l'autre, l'œil ne pouvant être entièrement recouvert. Dans les deux cas, il en résulte des conséquences fâcheuses: l'œil, n'étant pas suffisamment abrité, ne tarde pas à s'enflammer; la cornée se vascularise, s'infiltré, s'ulcère, et la vision peut être gravement compromise, se perdre même. Chez quelques malades, les accidents sont moins graves, parce que l'une des paupières, notamment la supérieure, supplée celle qui est raccourcie. Lorsque le muscle orbiculaire a été détruit en même temps que les téguments, la portion restante de la paupière n'exécute plus de mouvement, et si, par une opération autoplastique, on l'allonge, on n'arrive pas à lui restituer de la mobilité.