

seur de la paupière on l'extirpe, en dédolanit, de façon à ne pas traverser l'organe entier. Si la tumeur est petite et rapprochée du bord libre, on la circonscrit par deux incisions en forme de V, à base tournée vers le bord libre, et on emporte ainsi tout le mal. Cette opération s'exécute soit avec un bistouri, ce qui est plus long, soit avec des ciseaux. On réunit les lèvres de la perte de substance, si faire se peut, par quelques points de suture entortillée. La tumeur occupe-t-elle une grande étendue du bord libre, on l'excise avec des ciseaux courbes, que l'on conduit parallèlement à ce bord; ou bien encore on pratique, au delà des limites du mal, une incision semi-lunaire, à concavité parallèle au bord libre. Si la dégénérescence est superficielle et comprend une grande étendue en hauteur de la paupière, on fait l'ablation de toute la partie malade avec le bistouri, en respectant la conjonctive. On abandonne la plaie à elle-même, en pansant à plat. L'expérience démontre que, dans ces cas, les téguments voisins, attirés par le tissu cicatriciel, viennent remplacer la perte de substance. Si on n'obtient pas ce résultat, on pratique plus tard une blépharoplastie. Si le cancer s'étend à la fois à toute la hauteur et à toute l'épaisseur de la paupière, la manière d'agir est la même que dans le cas précédent.

Lorsque le mal siège au petit angle, on pratique une perte de substance en V, à base située au niveau de la commissure. On réunit les lèvres de la plaie par la suture entortillée. Si c'est un grand angle, c'est-à-dire si le cancer siège au côté interne de l'une ou l'autre paupière, ou bien encore à la partie interne des deux paupières à la fois, on enlève les portions malades, en se servant du bistouri ou des ciseaux; si, après la cicatrisation, la brèche n'est pas réparée, on peut emprunter un lambeau autoplastique au nez. Dans des cas plus avancés, on est contraint d'enlever non-seulement les portions altérées de la paupière, mais encore l'œil lui-même. Si le cancer adhère aux parois de l'orbite, si les os qui limitent cette cavité sont eux-mêmes dégénérés, on est parfois obligé d'emporter une portion de ces parois osseuses.

## CHAPITRE VIII.

### AFFECTIONS DIVERSES DES PAUPIÈRES.

#### ARTICLE I.

##### Blépharospasme.

Cette affection est caractérisée par une contraction spasmodique d'une portion ou de la totalité des fibres de l'orbiculaire. On l'appelle encore *clignotement morbide*, *tressaillement*, *tremblement des paupières*, *souris*.

Elle se présente sous deux formes : ou bien les convulsions n'ont cha-

cune qu'une très-courte durée et se succèdent très-prompement les unes aux autres, c'est-à-dire que le muscle se contracte et se relâche alternativement; ou bien les contractions sont plus prolongées, sans période de rémission. Dans le premier cas, ce sont des spasmes *cloniques*; dans le second, des spasmes *toniques*.

**Causes.** Les spasmes *cloniques* se rencontrent plus souvent chez les femmes, surtout chez les hystériques; on les observe, chez les sujets des deux sexes, à la suite de chagrins, de vives contrariétés. Ils sont parfois la conséquence d'une cause mécanique, c'est-à-dire de l'irritation de la conjonctive, par la déviation d'un ou de plusieurs cils, par la présence d'un corps étranger. On les a encore observés chez les enfants tourmentés de vers intestinaux, et alors l'expulsion de ces derniers suffit souvent pour faire cesser le spasme palpébral. D'autres fois, la maladie se développe après un simple refroidissement de la face. Elle peut être aussi congénitale et coïncide alors le plus souvent avec l'oscillation du globe (*nystagmus*).

La forme *tonique* se montre plutôt chez les sujets qui sont atteints d'une hyperesthésie de la rétine, chez ceux qui appliquent les yeux à de petits objets ou à des objets placés à de courtes distances, qui fatiguent l'organe de la vision; à la suite de blessures de cette partie ou pendant le cours de phlegmasies diverses de l'œil.

Quelques auteurs ont signalé l'existence de blépharospasmes à la suite de lésions de la cinquième paire, notamment après des névralgies faciales se rattachant à la carie ou à des abcès dentaires.

**Symptômes.** Ils varient d'après la forme de la maladie, c'est-à-dire suivant que les convulsions sont *cloniques* ou *toniques*. Dans le premier cas, les manifestations morbides sont elles-mêmes subordonnées au degré et à l'étendue de la contraction. Chez quelques sujets, cela se borne, de temps en temps, et quelquefois à des intervalles éloignés, à quelques frémissements, quelques battements dans les paupières. Le mouvement qui se passe sous la peau de ces parties a quelque ressemblance avec celui qu'exciterait une souris cachée sous un drap de lit; de là le nom de *souris* donné à cette forme. Si on observe le malade au moment où les contractions se produisent, on voit manifestement un faisceau de l'orbiculaire se contracter et se relâcher, c'est-à-dire exécuter une série d'oscillations, pour retomber au repos après quelques instants. D'autres fois, les contractions sont plus fortes et plus prolongées. Tout d'un coup les paupières se ferment brusquement, se rouvrent pour se fermer de nouveau, et l'on voit ainsi une série non interrompue de mouvements de clignement se succéder dans un espace de temps fort court. Dans certains cas, les contractions de l'orbiculaire se prolongent plus longtemps; les yeux se ferment, et le malade est contraint, pour les ouvrir, d'écarter les paupières avec les doigts. A ce degré, l'affection devient tellement gênante, que les sujets n'osent plus s'aventurer dans les rues. Presque toujours alors il existe en même temps des contractions spasmodiques des autres muscles sous-cutanés de la face et d'autres troubles nerveux, tels qu'un sentiment de constriction qui part du haut de la poitrine et s'étend progressivement au cou, puis à la

tête, jusqu'au haut du front. Les émotions morales, les contrariétés exaspèrent cet état morbide. Plusieurs observateurs ont noté, et j'ai remarqué aussi sur plusieurs femmes, qu'au moment même où les contractions de l'orbiculaire sont le plus fortes, on les fait cesser immédiatement par une compression énergique pratiquée au niveau de l'angle externe des paupières. Dans un cas rapporté par Ch. Bell, le blépharospasme cessait lorsqu'on comprimait la carotide contre les vertèbres, au-dessous de l'angle de la mâchoire, ou les cartilages costaux au niveau de l'hypochondre gauche, de façon à agir sur la portion cardiaque de l'estomac.

Le blépharospasme *tonique* se distingue du précédent par la durée de la contraction de l'orbiculaire et par la force de cette contraction, qui est parfois telle, que les plus grands efforts exécutés par le chirurgien sont impuissants pour écarter les paupières l'une de l'autre.

**Diagnostic.** Il est facile. Le spasme ou les convulsions d'un des côtés de la face pourraient au premier abord en imposer pour une hémiplégié faciale du côté opposé, parce que les contractions morbides dévient parfois la bouche. C'est une erreur facile à éviter, en inspectant d'une part la contractilité du côté que l'on suppose paralysé, et en observant les mouvements spasmodiques des muscles sous-cutanés de la face du côté réellement malade.

**Pronostic.** Le tressaillement des paupières est une affection de peu d'importance. Il n'en est pas de même du véritable blépharospasme, de celui qui donne lieu à une fermeture convulsive des paupières. Celui-ci est très-difficile à guérir; la forme *clonique* résiste plus aux efforts de l'art que la forme *tonique*.

**Traitement.** Les médications les plus diverses ont été opposées à cette affection : émissions sanguines locales, sangsues derrière les oreilles, purgatifs, toniques; antispasmodiques de toute sorte, inhalation de chloroforme; révulsifs sur le front, la tempe, derrière l'oreille; topiques divers appliqués sur les paupières, notamment des cataplasmes d'opium, de jusquiame, de ciguë; bain de poussière d'eau froide sur les paupières; jet continu d'eau froide ou saturée d'acide carbonique sur l'œil; vapeurs d'opium ou de belladone dirigées sur cet organe. J'ai essayé sans succès l'administration à l'intérieur de la valériane, des pilules de Méglin, les onctions sur l'orbite avec une pommade à l'acétate de morphine, les vésicatoires au-dessus du sourcil pansés avec ce médicament, l'électrisation, répétée tous les jours, des paupières. Des médications empiriques ont parfois réussi à faire cesser le blépharospasme; l'usage d'un collyre à l'eau de l'épicier; la cautérisation avec le sulfate de cuivre, de la conjonctive palpébrale, d'ailleurs saine; la section du nerf *susorbitaire* (A. de Græfe); une incision pratiquée sur le bord de l'orbite, au-dessous des sourcils, depuis le grand jusqu'au petit angle de l'œil (Moreau). Il est probable que, dans ce cas, la section avait porté sur l'orbiculaire, et la réussite obtenue par de Græfe n'a pas d'autre interprétation. Cunier et Dieffenbach ont pratiqué avec succès la section sous-cutanée du muscle orbiculaire des paupières.

Nous avons mentionné précédemment ce fait, qu'au moment où les con-

tractions de l'orbiculaire sont le plus fortes, on les fait cesser immédiatement par une compression énergique pratiquée au niveau de l'angle externe des paupières. J'ai pensé que l'on obtenait ce résultat parce que, dans le point que nous venons d'indiquer, la compression porte sur le plus grand nombre des filets nerveux que le facial envoie à l'orbiculaire. De là l'idée, qui s'est présentée à nous, de pratiquer la section sous-cutanée de ces filets nerveux, en même temps que l'on coupe la portion correspondante du muscle. Cette modification au procédé opératoire nous a donné un beau succès (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 478).

## ARTICLE II.

## Blépharoptose.

Sous le nom de *blépharoptose*, on comprend un état de la paupière supérieure tel que le voile, pendant au-devant du globe, ne peut être relevé par la volonté du malade, c'est-à-dire par le fait seul de la contraction du muscle élévateur propre; il faut, de toute nécessité, pour obtenir cet effet, que le mouvement d'ascension soit communiqué, soit par les doigts du malade lui-même, soit par les doigts du chirurgien. La blépharoptose est aussi désignée sous les noms de *ptosis*, *blépharoptosis*, *prolapsus de la paupière*, *atoniatobléphon*, et plus particulièrement sous celui de *blépharoplégie*, quand elle est de nature paralytique.

**Causes.** La blépharoptose peut être *congénitale*; il est probable que dans ce cas le muscle releveur propre de la paupière supérieure est incomplètement développé, ou le nerf de la troisième paire en partie paralysé. On rencontre parfois cette espèce de ptosis chez plusieurs membres d'une même famille, d'où l'opinion, émise par quelques auteurs, qu'elle est *héréditaire*. Certaines lésions traumatiques produisent une chute de la paupière supérieure. Tantôt le muscle élévateur, ou le filet nerveux qui l'anime, est coupé en travers, par un instrument tranchant; tantôt la lésion est plus profonde; elle intéresse, soit dans l'intérieur de l'orbite, soit dans l'intérieur du crâne, le nerf de la troisième paire: c'est le ptosis *traumatique*. Dans le plus grand nombre de cas, la blépharoptose est la conséquence d'une *paralysie* du nerf moteur oculaire commun. En général, la chute de la paupière supérieure est accompagnée d'un strabisme divergent et d'une dilatation de la pupille, dus à la paralysie simultanée des autres muscles animés par ce nerf; dans d'autres circonstances, le releveur seul est frappé d'impuissance. Le ptosis *paralytique* se développe parfois sous l'influence de l'action du froid; le plus souvent, il reconnaît pour point de départ quelque lésion cérébrale, une congestion, un épanchement sanguin ou séreux, une tumeur située à l'intérieur du crâne, comprimant la troisième paire. On ne saurait se refuser non plus à admettre l'existence d'un ptosis de nature *hystérique*. La *syphilis* est une cause avérée de blépharoptose.

Il suffit de réfléchir au mécanisme suivant lequel s'exécute, dans l'état

normal, le mouvement d'élévation de la paupière supérieure, pour comprendre comment certaines altérations des couches organiques de ce voile s'opposent à cette fonction. On peut considérer la paupière supérieure comme divisée en deux portions transversales superposées, l'une inférieure ou palpébrale proprement dite, l'autre supérieure ou orbitaire. Le muscle élévateur, s'insérant au bord supérieur du cartilage tarse, tire ce bord à la fois en haut et en arrière, de façon qu'au moment de la contraction, la moitié transversale inférieure tend à s'enfoncer derrière la moitié transversale supérieure. Lorsque l'élévation est parvenue au plus haut degré, cette moitié supérieure forme un bourrelet au-devant de la moitié inférieure, qui glisse en arrière de la précédente. Que le tissu cellulaire sous-cutané de la paupière s'infiltré de sérosité, de sang, de graisse, de lymphé plastique, ce mouvement de glissement ne peut plus s'accomplir et la paupière demeure pendante. Il y a donc des ptosis qui sont liés à des *ecchymoses* des paupières, à l'*œdème* de ces voiles, à leur *infiltration graisseuse* (ptosis *lipomateux* de Sichel); d'autres qui sont la conséquence de phlegmasies subaiguës et chroniques ayant laissé à leur suite une *induration* du tissu cellulaire.

Lorsque la peau de la paupière est devenue trop longue, et qu'elle pend sous forme de bourrelet au-devant de la fente palpébrale, le mouvement d'élévation du voile peut bien s'accomplir, mais l'œil reste en partie masqué par le bourrelet cutané; il y a ptosis par *hypertrophie* (ptosis *atonique* de Sichel). Quelques auteurs admettent que cette variété est fréquente chez les vieillards, d'où le nom de *blépharoptose sénile*. Mais rien ne prouve que, dans ce dernier cas, la chute de la paupière supérieure ne soit pas plutôt la conséquence d'un affaiblissement du muscle élévateur propre. J'ai expérimenté sur moi-même et sur plusieurs sujets, qu'en comprenant un repli de la paupière entre les branches d'une pince du poids de 15 grammes, en augmentant par conséquent de cette quantité le poids du voile, celui-ci s'élève tout aussi bien qu'auparavant. Or il paraît difficile que la peau et les autres éléments de la paupière aient subi une hypertrophie assez considérable pour rendre la paupière plus lourde de 15 grammes.

**Symptômes.** Le ptosis est facile à reconnaître : la paupière supérieure est habituellement pendante, et conséquemment le globe plus ou moins caché, ce qui contraste avec le côté sain, où l'œil est en partie à découvert. Si on commande au malade d'ouvrir les paupières, il écarte facilement celle qui est saine, pendant qu'il se livre à des efforts impuissants pour relever celle qui est pendante. Le plus souvent, il parvient cependant à l'éloigner un peu de l'inférieure. S'il veut distinguer les objets du côté malade, il relève lui-même la paupière supérieure avec les doigts; ou bien, après avoir accompli un grand effort musculaire pour arriver à un degré d'élévation insignifiant, il penche la tête fortement en arrière, afin de mettre la petite portion de cornée découverte en rapport avec les objets.

Il convient ensuite de déterminer la *cause* du ptosis. Celui qui se rattache à une infiltration sanguine ou séreuse des paupières se reconnaît à l'existence d'une *ecchymose* ou d'un *œdème* de ces voiles. Celui qui est

lié à l'infiltration plastique du tissu cellulaire sous-cutané est accompagné d'une tuméfaction ou d'une induration générale de l'organe. Le ptosis *lipomateux* donne lieu à la formation de bourrelets ovoïdes transversaux, produits par des pelotons de substance adipeuse exubérante accumulés entre la peau et le muscle orbiculaire. Le ptosis *paralytique* coïncide très-souvent avec le strabisme externe et la dilatation de la pupille. Lorsqu'il existe seul, il diffère, dit-on, du ptosis par allongement des téguments, en ce que, dans la première espèce, le pincement d'un repli transversal de la peau des paupières, au moyen d'une pince ordinaire ou d'une pince spéciale en forme de serre-fine, imaginée par Sichel pour cette expérience, ne modifie pas sensiblement l'étendue du mouvement d'élévation du voile; tandis que, dans le ptosis par hypertrophie et allongement de la peau, on observe un résultat inverse, c'est-à-dire que la paupière se relève. Il y a là une erreur manifeste. J'ai noté nombre de fois, dans le ptosis dû à une paralysie de la troisième paire, qu'en pinçant la peau de la paupière, celle-ci s'élève beaucoup plus. Je crois pouvoir l'expliquer par cette circonstance, que le raccourcissement de la peau de la paupière, produit ainsi artificiellement, donne au muscle occipito-frontal la faculté de transmettre un certain degré de mouvement au voile; la pince jouant ici le rôle de la perte de substance de la peau de la paupière imaginée par Hunt (voy. p. 920), pour remédier au ptosis paralytique. Chez quelques sujets atteints de ptosis paralytique, on a noté que le sourcil du côté affecté est entraîné plus ou moins haut; qu'au lieu de se trouver au niveau à peu près de l'arc supérieur de l'orbite, il dépasse la hauteur ordinaire de ce dernier, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, ce qu'on explique par les efforts énergiques exécutés par le muscle occipito-frontal pour suppléer l'action du releveur.

**Pronostic.** Il est subordonné à la cause du ptosis : le paralytique est le plus difficile à guérir; celui qui est le résultat d'une hypertrophie et d'un allongement réels de la peau de la paupière cède le plus souvent à une opération chirurgicale de peu de gravité.

**Traitement.** Eloigner la cause qui a produit la blépharoptose, telle est l'indication générale à remplir. On combat l'*œdème* des paupières, les *ecchymoses* de ces voiles, les *indurations* inflammatoires par des médications appropriées. Dans la blépharoptose par *allongement des téguments*, on peut essayer de rendre à la paupière sa longueur normale par des topiques astringents. Si on ne réussit pas, on enlève une portion de peau exubérante; on a proposé de faire cette perte de substance soit avec l'acide sulfurique, soit avec la potasse caustique, soit avec un instrument compresseur, tel que la presse de Bartisch. Il est préférable d'*exciser* un lambeau transversal de peau, d'après le procédé que nous avons donné pour le traitement de l'entropion (p. 884). La même opération est applicable au ptosis graisseux, en faisant suivre l'ablation du lambeau cutané de l'excision des amas graisseux.

C'est contre le ptosis *paralytique* qu'on a préconisé le plus grand nombre de moyens thérapeutiques, que l'on trouvera exposés dans une des sections suivantes (voy. *Paralysie des muscles de l'œil*, t. II).

Lorsque les moyens médicaux échouent, on a proposé d'avoir recours à des opérations sanglantes, à titre de moyen curatif ou palliatif.

**Procédé de Hunt (de Manchester).** On excise un lambeau de peau de la paupière. L'incision supérieure qui limite la perte de substance est faite immédiatement au-dessous du sourcil, et s'étend de chaque côté jusqu'au delà des commissures. L'incision inférieure se rapproche du bord libre de la paupière. La perte de substance a la forme d'une feuille d'olivier. On réunit les bords de la plaie par la suture entrecoupée. En agissant de la sorte, la paupière, après la cicatrisation, s'insère à la portion de peau du sourcil sur laquelle agit le muscle occipito-frontal; la paupière est relevée en même temps que le sourcil par l'action de ce muscle.

Si le malade refuse une opération sanglante, il peut faire usage d'un petit appareil qui a pour but de maintenir la paupière supérieure raccourcie, et par conséquent de laisser l'œil à découvert.

### ARTICLE III.

#### Paralysie de l'orbiculaire des paupières.

La paralysie de l'orbiculaire des paupières accompagne celle de tous les autres muscles sous-cutanés de la face, animés par la portion dure de la septième paire, c'est-à-dire par le nerf facial. Ce n'est pas ici le lieu de décrire l'histoire de la paralysie faciale; nous devons nous borner à signaler quelques-uns des phénomènes qui se passent du côté des paupières et les troubles fonctionnels de l'organe visuel qui en dérivent.

La paralysie de l'orbiculaire a pour résultat constant d'empêcher les paupières de se fermer; quelque effort que fasse le malade, il ne parvient pas à rapprocher les bords libres de ces voiles et une portion de l'œil reste habituellement à découvert; c'est là ce qui fait paraître l'œil plus grand et plus saillant. Le clignement s'exécute incomplètement; le sourcil ne peut être ni élevé ni froncé, parce que le muscle frontal et le sourcilier sont paralysés. Si on abaisse la paupière supérieure avec le doigt, la peau forme des plis lâches; dès qu'on cesse d'exercer une traction sur le voile, celui-ci remonte sous l'influence de la tonicité du muscle élévateur. La paupière inférieure est un peu abaissée, légèrement écartée du globe, et les points lacrymaux, au lieu d'être tournés en arrière, du côté du lac lacrymal, sont dirigés en dehors. Il y a dans la paralysie de l'orbiculaire trois sources de larmolement: le changement de situation des points lacrymaux, l'écartement et l'abaissement de la paupière inférieure par rapport au globe, et enfin le défaut de clignement. On a noté parfois un phénomène singulier: la possibilité de faire sortir l'air par les points lacrymaux, en faisant une forte expiration, après avoir au préalable fermé le nez et la bouche.

C'est une opinion généralement reçue que, la paralysie de l'orbiculaire laissant l'œil en partie à découvert, c'est-à-dire insuffisamment abrité contre la pénétration des corpuscules voltigeant dans l'atmosphère, la conjonctive s'enflamme; puis plus tard la cornée, qui devient ensuite opaque; la vision

serait ainsi gravement compromise au bout d'un certain temps. D'aucuns vont même jusqu'à admettre que la cornée s'ulcère et se perforé. Il y a là manifestement une exagération. J'ai vu nombre de malades atteints d'hémiplégie faciale, depuis des années, sans qu'il en résultât d'autre trouble de la vision que du larmolement et un peu d'hyperhémie de la conjonctive. Pendant le sommeil, l'œil est garanti; la cornée se cache derrière la paupière supérieure, qui tombe dans le relâchement.

Le *traitement* est curatif ou palliatif. Au premier se rattachent tous les moyens préconisés contre la paralysie de la septième paire. Lorsque la maladie est incurable, on recommande des fomentations avec de l'eau froide sur la conjonctive et les paupières, pour empêcher la stagnation des particules de poussière dans le cul-de-sac conjonctival. J'ai indiqué page 825 le moyen que j'ai imaginé dans le but de diminuer le larmolement, moyen qui consiste à fendre les conduits lacrymaux en arrière, pour mettre leur cavité en rapport avec le lac lacrymal. Quelques chirurgiens ont proposé la tarsoraphie, c'est-à-dire la formation d'un ankyloblépharon artificiel, au niveau de la commissure externe, pour diminuer l'ampleur de l'ouverture des paupières. Dieffenbach a pratiqué la section sous-cutanée du muscle élévateur de la paupière supérieure: méthode à rejeter, parce qu'elle donne lieu à un prolapsus incurable du voile. Pendant le sommeil, on peut maintenir les paupières rapprochées, soit au moyen de bandellettes agglutinatives, soit avec un bandage contentif approprié.

### ARTICLE IV.

#### Chromyrose palpébrale.

On a donné ce nom à une affection qui s'est montrée, depuis quelques années, chez plusieurs jeunes femmes de Brest; elle a été décrite par Le Roy de Méricourt, niée par quelques médecins. Elle consiste dans la production sur les paupières de taches noires, ressemblant à de la poussière de charbon déposée sur la peau. La matière colorante peut être enlevée en frictionnant les parties avec un morceau de toile imbibée d'huile d'olive, mais la coloration noire se reproduit au bout de peu de temps. Examinée au microscope, la matière colorante semble constituée par de la substance pigmentaire sans cellules.

### ARTICLE V.

#### Ephidrose palpébrale.

Cette affection a été signalée par A. de Græfe. Les malades paraissent, au premier abord, atteints de conjonctivite accompagnée d'excoriation de la peau des paupières. La face externe de celles-ci est rouge et recouverte continuellement d'une couche de liquide qui reparait aussitôt qu'on l'a essuyée. Si on examine les parties à la loupe, on reconnaît que le liquide transsude par une grande quantité d'orifices punctiformes situés à la sur-

face de la peau. Il y a une véritable hypersécrétion des glandes sudorifères ; l'hyperhémie conjonctivale n'est qu'une circonstance secondaire, un épiphénomène. Chez deux malades, il existait en même temps une éphidrose générale.

Les causes de cette affection sont obscures. Le traitement le plus efficace est celui de l'hypersécrétion des glandes sudorifères en général. Une fois, on a obtenu de bons résultats, d'onctions faites sur les paupières avec du goudron.

## ARTICLE VI.

## Alopécie des cils et des sourcils.

On l'appelle aussi *ptilosis*, *madarose ciliaire*. Elle est caractérisée par la perte d'un nombre plus ou moins considérable de ces appendices. Parfois congénitale, le plus souvent la perte des cils est le résultat d'une lésion accidentelle ou organique du bord de la paupière. On l'observe après les blépharites ciliaires prolongées, à la suite de pustules varioliques développées sur les paupières, après les brûlures et les affections ulcéreuses, de tout genre, de ces organes. Plusieurs observateurs ont noté la chute des cils chez des sujets jusque-là bien portants, à la suite d'une émotion morale vive. Quelquefois la chute des cils et des sourcils a lieu en même temps que la chute des cheveux et des poils des autres parties du corps. Carron du Villards mentionne l'exubérance et l'hypertrophie de la membrane muqueuse, suite d'inflammations anciennes ou souvent répétées. La muqueuse palpébrale s'avance lentement, recouvre chaque ouverture bulbaire, et s'oppose à l'accroissement des cils, qui finissent par tomber.

Il suffit de se rappeler les fonctions dévolues aux sourcils et aux cils, pour prévoir les conséquences qui résultent de la chute de ces poils. L'œil n'est plus suffisamment abrité contre l'impression d'une lumière trop vive, ni contre la pénétration des corpuscules qui voltigent dans l'atmosphère ; de là une certaine photophobie, l'hyperhémie de la conjonctive.

Il est plus facile de prévenir la madarose, au moins dans un certain nombre de cas, que d'y remédier, lorsque la maladie est confirmée. La blépharite ciliaire est combattue par les moyens que nous avons indiqués (p. 869). L'hypertrophie de la muqueuse, alors que celle-ci s'avance sur les ouvertures qui donnent passage aux cils, réclame des attouchements répétés avec le crayon de pierre infernale. Lorsque la conjonctive a repris son état normal, et qu'il se reproduit quelques poils étioyés, maladifs, on les arrache. Il en repousse alors d'autres plus vigoureux. Si on soupçonne une infection syphilitique ayant donné lieu à une maladie des follicules pileux, on soumet le malade à un traitement approprié à l'état spécial. La madarose générale, c'est-à-dire celle qui atteint les poils de toutes les parties du corps, comporte l'administration de toniques.

Lorsque l'affection n'a pu être arrêtée dans sa marche, ou bien qu'on est consulté à une époque où les cils sont tombés depuis longtemps, on ne peut que conseiller un traitement palliatif : l'usage de lunettes à verres

bleus, des lotions légèrement astringentes sur la conjonctive. On a proposé de teindre en noir le bord libre de la paupière, de faire porter des sourcils artificiels. Rappelons que Dzondi a implanté une nouvelle rangée de cils sur une paupière de récente formation, et que d'autres ont conseillé la même pratique dans les cas d'alopécie ciliaire.

## SECTION IX.

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE.

## CHAPITRE I.

## ANOMALIES DE LA CONJONCTIVE.

Chez certains sujets, on a trouvé, au petit angle, une paupière surnuméraire, formée par une membrane mince et triangulaire, remplissant cet angle, et constituée par un repli de la conjonctive.

Le *ptérygion* congénital a été observé par Beer. Les *taches* de la conjonctive sont de deux ordres : les unes, dites *mélaniques*, paraissent dues à une accumulation de pigment ; la coloration varie d'après la quantité de ce tissu : elle est bleue, noire foncée, brune. D'autres taches, de couleur rouge, bleue ou lilas, sont formées par un élément vasculaire, et constituent de véritables *angiectasies*.

La conjonctive offre parfois, à la naissance, des productions appelées par Ryba *tumeurs dermoïdes*. Au niveau de leur surface d'implantation, la conjonctive est opaque, plus ou moins épaissie et blanche ou blanchâtre, quelquefois rougeâtre ou même brunâtre. La surface de la tumeur est tantôt unie, tantôt inégale, souvent garnie de poils. Au microscope, on y découvre tous les éléments du tégument externe, à l'exception des glandes sudoripares, que Heyfelder y a rencontrées dans un cas. Wardrop a rapporté un cas de *xéroma congénital* sur une jeune fille qui avait quatorze ans au moment où l'observation a été recueillie.

## CHAPITRE II.

## BLESSURES DE LA CONJONCTIVE.

Les blessures bornées à la conjonctive sont bien plus souvent occasionnées par l'art qu'elles ne sont accidentelles. Elles rentrent dans la catégorie