

cède si souvent à l'inflammation aiguë et à l'épaississement de la paupière persiste d'ordinaire pendant un temps considérable, surtout lorsque la suppuration, mal établie dans les parties enflammées, a été incomplète; la paupière reste plus ou moins volumineuse et pendante au-devant de l'œil, dont elle gêne souvent l'action. On pourra alors essayer des frictions résolutes, parmi lesquelles celles d'iodure de potassium ou de plomb tiendront le premier rang, en même temps que de l'application locale de compresses chargées d'alcoolats de menthe, de romarin ou d'une quantité convenable d'ammoniaque. J'ai été obligé, dans un cas, et après avoir épuisé ces moyens, de faire appliquer un vésicatoire volant sur la surface cutanée de la paupière, et la résolution m'a paru ensuite marcher plus activement.

ARTICLE II.

BLÉPHARITE CILIAIRE. — INFLAMMATION GLANDULO-CILIAIRE DES PAUPIÈRES. — BLÉPHARITE SCROFULEUSE, ETC.

Cette maladie a été décrite sous des noms très différents par les anciens auteurs et par les modernes. Ses symptômes ont la plupart du temps été confondus avec ceux d'autres maladies qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent. Beer, qui l'a bien décrite, déclare qu'il ne connaît pas d'inflammation qui offre plus de confusion lorsqu'il s'agit de la désigner par un nom et d'en tracer les caractères. Tour à tour décrite sous les noms de *sclérophthalmie*, *blépharophthalmie glanduleuse*, *psorophthalmie*, *blépharite lymphatique* ou *scrofuleuse*, *ophthalmie sèche*, *glanduleuse*, *ciliaire*, *teigne*, *gale* ou *gratelle des paupières*, *lippitudo*, *inflammation tarsienne*, *sycosis*, *tylosis*, *sclérosis*, *madarosis*, etc., etc., elle n'a été suivie dans toutes ses phases par personne. M. Velpeau, qui a divisé cette inflammation en *blépharite glanduleuse* et en *blépharite ciliaire*, subdivise la première en deux variétés : la *blépharite glanduleuse simple* et la *blépharite diphthéritique*; et la seconde en trois : la *blépharite sèche* ou *furfuracée*; l'*exulcéreuse* et la *folliculaire*, divisions qui pour nous ne représentent que les divers symptômes distinguant chacune des périodes de la même maladie. « Cette espèce de blépharite, dont les auteurs ont négligé de donner une description soignée, dit ce professeur, à l'article *Blé-*

« *pharite ciliaire* (1), est digne de fixer toute l'attention des praticiens; car, outre les conséquences très désagréables qui en sont ordinairement la suite lorsqu'on l'abandonne à elle-même, elle peut encore donner lieu à des affections propres de l'œil. C'est surtout dès le principe qu'il est essentiel de la bien reconnaître; car plus tard elle est d'une ténacité extrême; le plus souvent même elle résiste à toute espèce de moyens. »

M. Velpeau n'est pas le seul qui ait subdivisé cette maladie. C'est l'inflammation glandulo-ciliaire des paupières, que Maître-Jan (2) décrit sous le nom d'*ulcères prurigineux* ou *gratelle des paupières*. Il admet quatre divisions qui correspondent à chacune des périodes de la maladie : 1^o la gale des paupières (*psorophthalmia*, *lippitudo pruriginosa*); 2^o la gale ou gratelle sèche des paupières (*xerophthalmia arida*, *lippitudo*); 3^o gale ou gratelle dure des paupières (*sclerophthalmia*, *lippitudo dura*); 4^o la dartre des paupières, qui se subdivise en trois espèces, le *dasyter* ou *densitas palpebrarum*, le *sycosis*, et le *tylosis* ou *callosité des paupières*.

Guérin, de Lyon (3), en fait plusieurs chapitres sous les noms de *xérophthalmie*, espèce de gratelle des paupières, *tylosis*, *dartres*, *ulcères du bord des paupières*, *trachoma*, *sclérophthalmie*. Deshaies-Gendron (4) la décrit sous le nom de *gale* ou *ulcération des paupières*, etc., etc.

Enfin, c'est cette même affection que Beer nomme *blépharite glanduleuse idiopathique*; Weller, *inflammation simple* des glandes des paupières; Demours, *phlegmasie des glandes de Meibomius*; Mackensie, *inflammation du bord libre des paupières* (*tarsal inflammation*); de la Berge (5), *inflammation des paupières*, observée chez des sujets scrofuleux, etc.

Ce qui précède démontre suffisamment la nécessité où nous nous trouvons d'établir arbitrairement divers degrés répondant, autant que possible, aux symptômes que présente la maladie qui nous occupe. Nous essaierons, en marchant du simple au composé, d'établir aussi nettement que possible la succession de ses diverses périodes, et de retracer, aussi fidèlement que le comporte la description que nous permet l'étendue limitée de cet ouvrage, tous les

(1) Jeanselme, *Manuel pratiq. des malad. des yeux*, 1840, p. 32.

(2) Maître-Jan, 1707, p. 320.

(3) Guérin, de Lyon, 1779, p. 46, 69, 72 et 73.

(4) Deshaies-Gendron, p. 226.

(5) De la Berge, *Thèse*. 1838.

caractères qu'elle offre dans sa marche et dans ses diverses terminaisons.

Les éléments glandulaires atteints dans cette maladie sont de 3 ordres que je range selon le degré de fréquence dans lequel ils sont pris d'inflammation.

1° Les glandes qui répandent leur produit sur les limites respectives de la peau et de la conjonctive, c'est-à-dire : *a*, les glandes de Meibomius ; *b*, les glandes ciliaires ; *c*, la caroncule lacrymale.

2° Les glandes qui versent le produit de leurs sécrétions sur la conjonctive, soit les glandes muqueuses ou sous-conjonctivales, et la glande lacrymale. Cette dernière, seulement quand l'irritation de la conjonctive est assez vive.

3° Enfin les glandes qui déposent leur produit sur la peau, à savoir les glandes sébacées qui viennent s'aboucher dans les follicules pileux dont elles sont une dépendance, et les glandes sudorifères.

La description anatomique de ces glandes, si remarquablement faite par M. Sappey (1), éclaire complètement l'évolution du travail morbide que l'on suit dans cette maladie ; l'inflammation prend isolément d'abord les unes ou les autres de ces glandes, puis les envahit bientôt toutes ensemble, du moins dans les cas les plus sérieux, en même temps que les tissus qui ont, avec elles, quelques rapports de contiguïté.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — *Premier degré.* — A son état le plus simple, la blépharite glandulo-ciliaire est une affection fort peu gênante et assez difficile à reconnaître tout d'abord ; les seuls symptômes que l'on remarque se bornent à une petite collection puriforme, desséchée sous forme d'écailles adhérentes à la base de deux ou trois cils de l'une ou l'autre paupière. La peau voisine est légèrement rouge, gonflée, sillonnée de quelques vaisseaux violacés plus ou moins apparents. La muqueuse correspondante présente un peu plus de rougeur qu'à l'état normal, et au-dessous on remarque quelquefois deux ou trois stries plus ou moins sailantes qui paraissent exister dans le tarse. D'autres fois ces stries se multiplient et forment de véritables petites cordes rouge-vif qui paraissent soulever la conjonctive tarséenne, et qui dessinent

(1) Voy. Sappey, *Recherch. sur les glandes des paupières* (Archives d'ophtalmologie, 1853, t. I, p. 221).

exactement le trajet des glandes de Meibomius enflammées.

La croûte adhérente aux cils, friable, luisante, d'un jaune pâle, est facilement enlevée au moyen d'un stylet, et reste placée à cheval sur les cils, qu'elle traverse dans toute leur longueur avant de tomber.

On voit au-dessous de cette plaque écailleuse, lorsqu'elle existe depuis longtemps, et si quelques vaisseaux sanguins ne se sont pas rompus par son enlèvement, une excavation ulcéreuse dont le fond, quelquefois très vif et d'autres fois couvert d'une matière pulvérulente gris ardoise, saigne au moindre contact. Assez souvent on voit se rendre vers cette altération les stries tarsales sous-muqueuses dont nous avons parlé. Dans ce cas les glandes ciliaires sont toujours atteintes.

Cet état de choses peut durer un temps très long sans s'aggraver ni offrir aucun changement ; mais il n'en est pas toujours ainsi : d'autres pinceaux de cils emprisonnés de la même manière à leur base, par des croûtes adhérentes aux téguments palpébraux dénudés, apparaissent dans un point plus ou moins rapproché du premier, tantôt sur la même paupière, tantôt sur l'autre. Alors tous les symptômes que nous avons décrits deviennent plus marqués, et s'accompagnent d'autres phénomènes sur lesquels nous reviendrons plus tard. On voit alors très distinctement autour de la base des cils cette rougeur livide dont nous avons parlé plus haut, et qui s'étend assez loin dans la peau ; celle-ci paraît sillonnée, dans le voisinage de la croûte jaunâtre, de vaisseaux violacés qui semblent se rendre vers l'ulcération.

Si l'on examine la muqueuse palpébrale dans ses parties les plus rapprochées de l'ulcération, on reconnaît que les glandes sous-conjonctivales sont plus ou moins hypertrophiées, et qu'un léger état catarrhal accompagne l'affection principale.

Nous verrons plus loin que cet écoulement devient la cause principale de l'aggravation de la maladie et quel est le rôle important que cette cause joue dans son développement.

Vues à une certaine distance, les paupières paraissent rouges dans toute l'étendue de leur bord libre ; il n'est pas rare qu'un commencement d'ulcération apparaisse à la commissure externe ; ce symptôme est souvent précédé, pendant un temps plus ou moins long, de l'apparition dans cet endroit d'une plaque rouge triangulaire, dont la base embrasse le petit angle, et dont le sommet va se perdre dans les replis cutanés qui apparaissent chez les personnes

d'un certain âge et qu'on désigne vulgairement sous le nom de patte-d'oie.

Il n'est pas rare non plus de voir en même temps, et cela tout aussi bien dans le premier que dans le second degré de cette maladie, une ou plusieurs pustules larges tout au plus comme un grain de millet, contenant un liquide blanc-jaunâtre, et qui ont leur siège dans les follicules ciliaires. En se vidant au dehors, elles se recouvrent de croûtes qui, lorsqu'elles se détachent, font place à de petites ulcérations entretenues elles-mêmes par la reproduction incessante de ces croûtes.

Deuxième degré. — Lorsque la maladie progresse, l'état des paupières ou d'une seule paupière prend une physionomie toute différente; toutes les parties constituantes de ces organes ne tardent pas à participer plus ou moins à l'inflammation et à offrir bientôt les traces trop souvent indélébiles de son passage.

L'écoulement catarrhal que nous avons signalé augmente; il est formé tout à la fois par l'hypersécrétion des glandes sous-conjonctivales, des larmes et des glandes de Méibomius. Les orifices de celles-ci, rouges, enflammés, laissent écouler un liquide puriforme plus ou moins lié, qu'on peut facilement exprimer en exagérant avec le doigt la courbure naturelle du tarse ou en pressant légèrement sur ces orifices. Cette sérosité puriforme s'échappe avec les larmes le long du grand angle et sur l'une et l'autre paupière, où bientôt elle se dessèche par l'évaporation de ses parties les plus liquides.

Les croûtes adhérentes aux cils, au commencement peu nombreuses et peu larges, augmentent bientôt sous ce double rapport. La peau sous-jacente, d'abord saine, ne tarde pas à rougir, puis s'ulcère en plusieurs endroits dans les parties qui avoisinent la base des cils. Ces ulcères augmentent en nombre et deviennent ainsi, en même temps que l'écoulement catarrhal, une cause d'inflammation des téguments palpébraux; la paupière supérieure surtout se gonfle d'une manière remarquable vers son bord libre, circonstance qui tient sans doute à la position déclive de ce bord.

Les cils, rangés d'abord normalement sur une seule ligne, s'écartent les uns des autres d'une manière irrégulière, et de telle sorte que leur implantation relative forme des zigzags. Quelques uns se renversent sur la peau de la paupière, d'autres se tournent du côté du globe et forment un trichiasis. L'arête du tarse, irrégulière et couverte d'ulcérations, dont quelques unes présentent des trajets

fistuleux communiquant avec les glandes de Méibomius, se redresse du côté du soucil, de manière à laisser voir d'abord une très petite partie de la muqueuse palpébrale qui, sous l'influence de l'inflammation produite par le contact de l'air et des croûtes, ne tarde pas à former un bourrelet rouge allant toujours croissant.

A ce moment tout l'appareil glandulaire est enflammé en même temps que tous les tissus en rapport immédiat avec les glandes. Les conduits de celles-ci, et en particulier ceux des glandes de Méibomius, s'engorgent assez souvent, et la sécrétion qui s'y amasse donne lieu à un abcès plus ou moins limité. La matière de cet abcès s'échappe quelquefois au dehors, d'autres fois devient caséeuse, puis solide et calcaire, et constitue alors l'affection que je décrirai plus loin sous le nom de *lithiase de la conjonctive*, et qui peut exister sans inflammation apparente des glandes de Méibomius.

La paupière inférieure présente beaucoup d'analogie avec la supérieure; cependant il est des différences sur lesquelles il sera bon d'insister un instant. La position de cet organe par rapport au cul-de-sac conjonctival est une des premières considérations à noter dans la production d'un épiphénomène qui vient augmenter la gravité du troisième degré: nous voulons parler de l'ectropion. L'écoulement catarrhal, se desséchant sur la peau de la paupière et venant ruisseler sur la joue, ne tarde pas à détruire l'épiderme. On reconnaît cette circonstance à l'apparition de légères petites écailles blanc-grisâtre, qu'une faible pression enlève aisément alors que la joue a été nettoyée.

Le derme sous-jacent, évidemment malade, et d'un rouge plus ou moins sombre, se contracte, de sorte que peu à peu l'abaissement progressif de la paupière devient chaque jour de plus en plus évident. Bientôt, et par suite de ce raccourcissement de la peau, le bord de la paupière inférieure, appliqué à l'état normal contre le globe, s'en éloigne en s'inclinant en avant et en bas. Ce phénomène est surtout appréciable au centre du diamètre transversal de l'œil, qui semble dès lors incessamment baigné de larmes, parce que celles-ci s'accumulent dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, et sont moins facilement absorbées par les points lacrymaux, qui commencent à s'incliner en dehors.

La contraction de la peau, longtemps avant de renverser le bord libre de la paupière en avant, produit sur la ligne cilifère un abaissement progressif très remarquable. Le tarse, demeuré debout,

semble être devenu une sorte de poulie sur laquelle glisse la muqueuse en avant et en bas par-dessus son arête, et l'on voit alors les cils entraînés par la peau contractée descendre peu à peu sur la face antérieure du tarse. Longtemps encore le point lacrymal reste à peu près à sa place; mais bientôt le tarse lui-même s'abaisse par suite de la même cause, et s'éloigne de plus en plus du globe, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Pendant le sommeil, l'œil commence à rester à découvert dans sa partie inférieure à travers l'écartement des paupières, écartement d'autant plus prononcé qu'on s'approche davantage du diamètre transversal.

Les cils peu à peu pâlisent à leur sommet, s'étiolent, languissent, meurent un à un, particulièrement au voisinage des ulcérations les plus profondes, et ne repoussent plus jamais.

A cet état l'œil a un aspect tout particulier et repoussant; incessamment baigné de larmes ruisselant sur la joue par le milieu de l'arête du tarse inférieur abaissé, il est souvent enflammé lui-même par suite des désordres que nous venons de signaler, et est encadré par un hideux liséré rouge, recouvert de pus desséché.

Troisième degré. Tous les symptômes que nous avons décrits à propos du second degré sont portés plus loin; la paupière supérieure, encore plus rouge, plus gonflée, est recouverte de croûtes purulentes incessamment renaissantes qui masquent les mêmes ulcérations; limitée en bas par une extrophie sarcomateuse de la muqueuse, en dehors par l'ulcération du bord libre, elle ne présente plus de cils, ou tout au moins n'en offre que de rares et maladifs. Le point lacrymal supérieur, tourné en avant et en haut, ne peut plus recevoir les larmes; l'inférieur, de plus en plus abaissé, finit par se renverser tout à fait, et, le tarse achevant le mouvement de bascule dont nous avons parlé, il en résulte un ectropion d'autant plus hideux que, comme cet épiphénomène ne survient que lentement, la conjonctive s'hypertrophie peu à peu et forme un bourrelet charnu dont l'épithélium se convertit bientôt en un véritable épiderme, sorte de cutisation, de xérosis partiel de la conjonctive ainsi exposée à l'action de l'air.

COMPLICATIONS. — Il n'est pas rare de voir l'inflammation du sac lacrymal compliquer cette blépharite. La cause de cette inflammation est facile à comprendre si l'on songe à la nature des tissus qui tapissent le sac, et si l'on fait attention qu'ils se continuent avec la conjonctive. L'illustre Scarpa, le premier, a cherché

à prouver que l'engorgement du sac, la tumeur et la fistule lacrymales reconnaissent pour cause l'ophthalmie catarrhale. Toutefois nous ne pouvons admettre que cette cause doive être généralisée à tous les cas d'inflammation de ces conduits, mais nous reconnaissons seulement qu'elle joue un grand rôle dans la production de bon nombre de fistules.

Nous rangeons dans le troisième degré cet état particulier que présentent certains malades, alors que l'affection a détruit les cils et que les paupières enflammées chroniquement, rouges dans toute leur surface, surtout à leur bord libre, ne présentent plus de croûtes ni d'ulcérations, mais bien les cicatrices de celles-ci. Tous les symptômes que nous avons décrits, en même temps qu'un léger degré d'ectropion et cette rougeur particulière à jamais ineffaçable, existent ici; symptômes qui justifient parfaitement cette dénomination d'*yeux d'anchois*, qu'on donne ordinairement au hideux résultat de cette maladie, plus connue sous le nom de *tylosis*.

Le plus souvent le globe oculaire participe à l'inflammation des organes qui le protègent, et ce n'est qu'alors malheureusement que les gens du peuple, ne pouvant plus continuer leurs travaux, viennent réclamer les secours de l'art.

La maladie, pour chacun de ces degrés, passe à l'état chronique; c'est là très certainement le cas le plus fréquent. Alors, selon que l'inflammation s'est limitée ou largement étendue, la paupière malade demeure exposée en partie ou en totalité à l'une ou à plusieurs des affections que nous allons nommer, et dont quelques unes ont été de notre part l'objet d'une description particulière à laquelle nous renvoyons. Parmi ces affections, nous voyons :

1° Les *abcès glandulaires* et ceux du tissu cellulaire sous-tarsal. Ils se présentent sous la forme de tumeurs ordinairement de même aspect que l'orgeolet, mais qui sont ordinairement beaucoup plus petites, et qui ont une grande tendance à l'induration.

2° L'*oblitération des orifices des glandes de Meibomius* par une pellicule mince, de nature épidermique, qu'on peut enlever avec facilité. Cette pellicule se soulève et forme une espèce de phlyctène contenant une matière jaunâtre. Les abcès glandulaires ne reconnaissent souvent pas d'autres causes que l'oblitération des orifices des conduits, soit par cette production épidermique, soit par la présence continuelle de croûtes jaunâtres amenant mécaniquement l'occlusion, en même temps qu'une inflammation qui se pro-

page rapidement jusqu'aux glandes mêmes. Cette occlusion peut encore devenir la cause de l'hydropisie du tarse (hydrotarsis).

3° *Les calculs des glandes de Méibomius.* Ces petits dépôts de substance calcaire se voient souvent pendant ou après la blépharite glandulo-ciliaire. Ils sont de couleur blanc-jaunâtre, soulèvent la conjonctive dans sa portion tarsale, atteignent quelquefois le volume d'un grain de millet et gênent singulièrement l'œil, surtout quand ils sont placés sous la paupière supérieure. (Voyez *Lithiase de la conjonctive.*)

4° *Les ulcères.* Nous en avons parlé : nous n'y revenons que pour ajouter qu'indépendamment des trajets fistuleux des conduits des glandes de Méibomius, il en résulte fréquemment des pertes de substance du tarse. Ce cartilage présente alors des excavations plus ou moins profondes sur son bord libre, et des déformations de toute nature. Lorsqu'ils sont actifs, ces ulcères augmentent le mal par la *suppuration chronique de la marge palpébrale*, par la perte de substance que nous signalons, et, lorsqu'ils se cicatrisent, par l'affection qui suit.

5° *Le tylosis ou callosité* des paupières, affection dans laquelle le bord libre est épaissi, induré, déformé de plusieurs manières, quelquefois contourné sur lui-même et dépourvu à tout jamais de cils.

6° *Les chalazions*, petites tumeurs que nous avons décrites ailleurs.

7° *Les maladies des cils*, telles que leur étiolement, leur chute temporaire ou complète par suite de la destruction de leurs bulbes et du tissu cellulaire qui les environne.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Au début, ces symptômes se bornent le plus souvent, surtout lorsqu'ils sont compliqués d'une légère affection catarrhale, à l'obscurcissement passager de la vue par quelques filaments muqueux que la paupière supérieure entraîne au-devant de la cornée. Les malades se plaignent alors de voir, surtout le matin, quelques arcs-en-ciel autour de la lumière artificielle; mais ces symptômes disparaissent aussitôt après un léger frottement exercé sur le globe. A part ce phénomène, qu'on rencontre plus souvent encore dans la conjonctivite granuleuse, la vision reste nette dans tous les degrés de la maladie. Nous faisons abstraction, on le comprendra sans peine, des symptômes physiologiques qui peuvent résulter d'autres affections indépendantes de

la blépharite glandulaire, ou n'en étant que le résultat, comme, par exemple, la photophobie qui pourrait accompagner une ulcération de la cornée, une kératite vasculaire, etc. Les malades éprouvent dans le mouvement des paupières une certaine roideur qui devient souvent douloureuse, particulièrement lorsque quelques cils de la paupière supérieure sont devenus adhérents à la paupière inférieure, ou lorsque les ulcérations palpébrales prennent un nouveau degré d'acuité. Ils ressentent quelquefois des picotements, légers d'abord, qui souvent finissent par devenir insupportables. Alors ils enlèvent, en les grattant avec les ongles, les écailles puriformes qui recouvrent les ulcères, et aggravent ainsi le plus souvent la maladie; c'est à ce moment surtout que la douleur devient cuisante, et les patients ne trouvent de soulagement que dans l'application directe de compresses émoullientes.

MARCHE. — DURÉE. — La blépharite qui nous occupe peut rester stationnaire pendant un temps considérable lorsqu'elle n'est qu'au premier degré. Il n'est pas rare de voir une seule ulcération se couvrir de croûtes sans cesse renaissantes pendant une et même plusieurs années; mais il n'en est pas toujours ainsi. Près de la première ulcération d'autres se forment, et tous les symptômes que nous avons décrits pour le deuxième degré peuvent se montrer dans l'espace de quelques mois. Il est excessivement rare que la maladie passe du premier au troisième degré dans un espace moindre d'une ou de plusieurs années; c'est-à-dire que la marche est essentiellement chronique.

La durée de cette affection est entièrement illimitée; stationnaire pendant un temps fort long, elle prend tout à coup un développement assez rapide sous l'influence des causes locales ou constitutionnelles.

ETIOLOGIE. — Beer a pensé que la blépharite glandulo-ciliaire est une variété d'ophtalmie catarrhale; nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi, bien qu'en effet dans cette maladie il y ait un écoulement muqueux plus ou moins marqué. Cette sécrétion, il est vrai, joue un rôle très important dans la pathogénie de cette affection, et en précède presque toujours le développement. En effet, si l'on observe avec attention ce qui se passe lorsque l'ophtalmie frappe les individus les plus sensibles aux variations atmosphériques, comme les sujets blonds, lymphatiques, scrofuleux; les individus mal nourris, habitant des lieux bas, mal aérés, humides; les hom-