

mes vivant dans une atmosphère chargée de miasmes putrides, de poussière, de gaz irritants, comme les vidangeurs, les corroyeurs, les tailleurs de pierre, les boulangers, etc., etc., on reconnaîtra bientôt que l'ophtalmie catarrhale précède la blépharite et joue un rôle important dans sa production.

Pourquoi cette blépharite succède-t-elle à l'ophtalmie catarrhale? C'est une question assez facile à résoudre.

Dans toute ophtalmie catarrhale, l'inflammation débute toujours par la muqueuse. La sécrétion puriforme, desséchée le matin au bord libre des paupières, et formée d'abord par les follicules sébacés, irrite, enflamme bientôt la peau, et cette inflammation ne tarde pas à se propager jusqu'aux glandes de Méibomius, dont la sécrétion même est augmentée, surtout lorsque, au-dessous de ces croûtes toujours renaissantes, apparaissent des ulcérations qui ne sont que le résultat de la présence des croûtes mêmes.

La blépharite ne reconnaît pas pour cause unique, comme certains auteurs l'ont pensé, la surexcitation habituelle des organes digestifs; cette cause pourrait tout au plus rendre la maladie plus apparente en portant momentanément le sang dans les vaisseaux capillaires des paupières.

Nous ne croyons point, ainsi que l'a avancé M. Bégin (*Dictionnaire en 15 volumes*, art. BLÉPHARITE, p. 174), que la fatigue de l'organe de la vision, surtout à la lumière artificielle durant les travaux qui exigent une grande attention, joue un rôle essentiel dans l'étiologie de cette maladie. Il n'est qu'un cas dans lequel il est permis raisonnablement de penser que cette activité de l'œil puisse, non pas produire, mais entretenir peut-être la blépharite: c'est celui où le malade, en même temps qu'il aurait un commencement de cette affection, serait atteint de ce léger degré de fatigue oculaire que M. Mackensie décrit, dans les *Annales d'ophtalmologie*, sous le nom d'*asthénopie*, et que M. Pétrequin désigne sous le nom de *kopiopie*, affection qui n'est en réalité qu'une simple irritation de la rétine, provenant de la fatigue du constricteur de l'iris, augmentant sous l'influence du travail, et qu'il faut combattre par le repos et par quelques antiphlogistiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La blépharite glandulo-ciliaire ne peut être confondue avec aucune autre maladie; la seule affection avec laquelle elle présente quelque analogie est l'ophtalmie granuleuse; mais on l'en distingue facilement, en ce que dans celle-ci

le bord libre de la paupière est d'un rose pâle superficiel, tandis qu'au contraire, dans la blépharite glandulaire, la paupière est rouge, livide, tuméfiée, enflammée, couverte de croûtes et d'ulcérations.

Les cils, vigoureux dans l'ophtalmie catarrhale, sont agglutinés par le sommet sous forme de pinceau, tandis que dans la blépharite ils sont adhérents par leur base. Dans l'ophtalmie catarrhale, ils conservent leur direction normale; dans la blépharite glandulo-ciliaire, au contraire, implantés de la manière la plus irrégulière, selon plusieurs plans, ils se tournent, les uns en bas, d'autres en haut, quelques uns vers le globe de l'œil, pour former un trichiasis.

Dans l'ophtalmie granuleuse, la conjonctive bulbaire est très souvent couverte de vaisseaux nombreux, d'un rouge jaunâtre; souvent cette muqueuse se gonfle et présente un phénomène connu sous le nom de chémosis séreux ou phlegmoneux: il n'y a rien de semblable dans la blépharite glandulo-ciliaire. Celle-ci est assez ordinairement exempte de granulations, ou au moins n'en présente que comme complication; celle-là au contraire tire ses principaux caractères de ce phénomène.

Les variétés de blépharites admises par les auteurs en général, et par M. le professeur Velpeau en particulier, existent-elles isolées? apparaissent-elles spontanément? sont-elles la conséquence ordinaire de la blépharite glandulo-ciliaire? Telle est la question qui nous reste à examiner. Le professeur de la Charité admet, ainsi que nous l'avons vu: 1° la *blépharite glanduleuse*, dans laquelle l'inflammation se borne aux glandes de Méibomius, dont la sécrétion est augmentée: c'est le premier degré de l'affection que nous avons décrite, et sur laquelle il serait superflu de revenir. 2° La *blépharite ciliaire*, dans laquelle il ne compte pas moins de trois nuances, lesquelles ne sont et ne peuvent être considérées que comme la description des phases diverses de la même maladie à ses deux derniers degrés: on en jugera par les citations suivantes.

La première nuance, que M. Velpeau nomme *sèche, furfuracée* ou *psorophtalmie*, se montre sous l'aspect d'un liséré rouge, jaunâtre, pointillé entre la racine des cils, particulièrement du côté de la paupière; de petites écailles furfuracées, une efflorescence épidermique couvrent habituellement ce liséré; c'est un état ana-

logue à la dartre furfuracée, qui porte les malades à se gratter sans cesse le devant des yeux.

» La *seconde*, désignée sous le nom de *blépharite exulcéreuse*, est caractérisée par des ulcérations plus larges que profondes, irrégulièrement circonscrites par le cartilage tarse; tantôt plus rapprochées des glandes de Méibomius, tantôt plus rapprochées vers la peau, ces ulcérations s'introduisent souvent entre les cils, qu'elles désorganisent, et dont elles favorisent la chute. On voit alors suinter une matière qui se transforme en croûtes, et qui les recouvre plus ou moins complètement, etc.

» La *troisième*, nommée *folliculeuse*, a son siège dans les follicules du pourtour de la racine des cils. Ici le mal débute par de petites pustules du volume d'un grain de millet à une tête d'épingle, dont le sommet ne tarde point à se montrer sous forme d'un point blanc jaunâtre; tantôt rares, isolées, tantôt réunies autour d'un ou de deux cils, tantôt adhérentes par groupes sur le bord palpébral, ces pustules, qui ne tardent pas à fournir une matière gluante ou purulente, se couvrent de croûtes qui se collent par place et entourent les cils de manière à contracter avec eux des adhérences très fortes. On observe dessous des ulcérations qui ne diffèrent des autres qu'en ce qu'elles sont plus profondes, moins larges, circonscrites, et généralement arrondies.»

On le voit, M. Velpeau a fait des subdivisions que ne paraissent pas justifier suffisamment les affections qu'il a décrites. Sa blépharite furfuracée avec ses écailles, son efflorescence épidermique, son liséré rouge jaunâtre, pointillé, etc.; sa blépharite exulcéreuse, que caractérisent des ulcérations à la base des cils, etc.; sa blépharite folliculeuse, dans laquelle on voit de petites pustules qui masquent des ulcères, etc., ne sont que les épiphénomènes presque toujours obligés de la blépharite glandulo-ciliaire. Au reste, si ces subdivisions devaient changer quelque chose au traitement, elles pourraient plus aisément être admises; mais il n'en est point ainsi, même pour M. Velpeau, car il applique à peu près les mêmes moyens dans tous les cas. Ce ne serait donc qu'au point de vue théorique qu'elles offriraient de l'intérêt; mais, je le répète, elles ne me paraissent même pas avoir ce mérite.

TERMINAISONS. — Les terminaisons sont nombreuses: la résolution, la perte plus ou moins complète des cils, le tylosis, le trichiasis, l'ectropion, le larmolement chronique, la fistule exceptionnellement, etc.

TRAITEMENT. — La première indication consiste à éloigner les causes qui paraissent avoir produit l'affection. Il en est d'*externes* qu'il faut avant tout écarter; mais ce moyen si simple n'est pas toujours facilement applicable. En effet, la maladie n'étant pas de celles qui excitent vivement l'inquiétude des personnes qui en sont atteintes, elles ne viennent réclamer des secours que lorsque le mal a fait des progrès trop souvent incurables. Les tailleurs de pierre, les boulangers, les verriers, les vidangeurs, les égouttiers, les ouvriers de laboratoires de chimie, ne pouvant pas abandonner leurs travaux pour soigner une affection qui, en somme, est le plus souvent légère pendant un temps très long, se trouvent dans ces fâcheuses conditions. Parmi les causes *internes*, la constitution scrofuleuse joue un rôle principal. Cependant nous avons vu la blépharite glandulo-ciliaire frapper des individus d'une santé excellente.

Si la constitution est mauvaise, comme ce n'est qu'à la longue, par un traitement et une hygiène bien entendus qu'on peut la modifier, il est évident qu'on ne doit pas trop compter sur le traitement général pour obtenir une amélioration immédiate, et qu'il faudra se hâter de recourir au traitement local.

S'il existe un état granuleux, même léger, de la conjonctive palpébrale, en même temps qu'on emploiera des collyres astringents dont la force sera calculée sur la tolérance du sujet, on touchera légèrement la surface des granulations avec un crayon de sulfate de cuivre si elles sont très légères, et avec un crayon de nitrate d'argent combiné en diverses proportions avec le nitrate de potasse, si, au contraire, elles sont plus fortes. On pourra même, selon le cas, employer le nitrate d'argent pur en crayon, pourvu qu'il ne soit point granuleux, friable, et qu'on prenne le soin de le passer rapidement sur la surface malade.

Mais ce n'est pas de la conjonctive qu'il s'agit surtout ici, c'est du bord libre de la paupière. Les croûtes desséchées à la base des cils doivent être ramollies, pour ainsi dire, au fur et à mesure qu'elles se forment, parce qu'elles deviennent une cause secondaire très active de l'irritation du bord libre de toute la paupière; on aura donc soin de recouvrir cet organe de cataplasmes émollients, légers, humides, et composés autant que possible de riz cuit dans l'eau, de farine de lin très pure, cuite dans l'eau de racine de guimauve, ou simplement de compresses trempées dans une décoction de cette racine et renouvelées plusieurs fois la nuit; on

ne tardera pas, si l'on poursuit avec persévérance ce traitement si simple, à voir la rougeur diminuer, et l'on aura bientôt la preuve que le conseil donné par Demours d'appliquer une ou deux sangsues à la face interne de la paupière est pour le moins inutile.

Il ne faudra pas oublier de recommander au malade, en même temps qu'une excessive propreté de la face, l'application pendant le jour de pommades adoucissantes, non seulement sur le bord libre enflammé, mais encore sur toute la surface cutanée palpébrale. Par ce moyen surtout, lorsque la maladie ne sera point portée à son plus haut degré de développement, et avant que des modifications organiques soient survenues dans le derme, on ne tardera pas à voir celui-ci perdre sa rougeur morbide, se détendre, s'allonger et la paupière jusque-là inclinée en avant reprendre peu à peu sa direction et son étendue normales.

Que peuvent contre cette affection si souvent rebelle à tout traitement, les pommades de toute espèce, vantées de toute part, si l'on ne prend auparavant la précaution de faire tomber les croûtes par les moyens que nous avons indiqués? Il faut avoir étudié cette maladie un grand nombre de fois et avoir suivi les malades pendant un temps très long pour comprendre toute la ténacité qu'il faut mettre dans certains cas pour calmer l'inflammation des glandes palpébrales et arrêter la production des croûtes et l'apparition des ulcérations qui en sont la conséquence. Quel bien attendre de toutes les pommades appelées *résolutives*, si, comme on le fait journellement, on ne les applique que sur des surfaces recouvertes par des croûtes? On ne devra donc recourir à ce moyen qu'après que l'inflammation aura été combattue, et que dans le moment fort court (tant la production des croûtes se renouvelle promptement) où le bord libre sera mis à nu ainsi que les ulcérations.

La pommade de précipité rouge ordinaire, dont la force sera peu à peu augmentée; les autres pommades analogues, comme celle de Desault, de Lyon, plus tard celle de précipité blanc, pourront assez souvent faire disparaître les ulcérations siégeant sur le bord libre, du moins lorsqu'elles sont peu nombreuses et qu'elles existent depuis peu de temps. Ordinairement on ne doit employer ces pommades qu'au moment où la peau a repris à peu près son état normal, et lorsque le tarse ne présente plus qu'une inclinaison fort légère, ce qu'on obtient en persévérant très longtemps dans

l'emploi des émollients. Il va sans dire que si, par hasard, pendant la durée du traitement, une ophthalmie granuleuse survient, la médication astringente locale doit être immédiatement employée contre cette complication.

Mais tous ces moyens sont insuffisants lorsque la blépharite glandulo-ciliaire est portée au *troisième degré*, que des ulcérations nombreuses et profondes se confondent les unes dans les autres en même temps que des trajets fistuleux se rendent aux glandes de Méibomius; que les cils, rares ou complètement détruits, chevauchent les uns sur les autres, et qu'une inflammation chronique plus ou moins intense siége dans le bord libre de la paupière. C'est alors qu'un moyen plus énergique est employé; le bord libre débarrassé des croûtes est examiné avec soin; les ulcérations qui y siègent étant mises à découvert et reconnues, on les cautérise une à une avec un crayon de nitrate d'argent très pointu, en prenant la précaution de le tremper préalablement dans l'eau. On doit bien se garder de cautériser en une seule fois toutes les ulcérations qui siègent au bord libre de la paupière, parce qu'une violente ophthalmie pourrait venir enrayer le traitement.

Il est bon aussi, lorsqu'un certain gonflement persiste sur la paupière, vers le bord libre, de combattre cette inflammation en promenant lentement le caustique lunaire légèrement humide sur toute la surface cutanée de la paupière malade, et de revenir à l'usage de ce moyen quelques jours après, aussitôt que la peau reprend sa coloration normale; en même temps on cautérise une à une et à deux jours d'intervalle celles des ulcérations qui n'avaient point été touchées.

Une précaution nécessaire, et qu'il n'est pas sans intérêt de noter, c'est de rechercher jusqu'à quelle profondeur s'étendent les trajets fistuleux, afin de les toucher avec un stylet creux chargé de caustique. On ne tardera pas à voir une amélioration très sensible, souvent une guérison complète, suivre l'emploi soutenu de ces remèdes si simples.

Lorsque, malgré tout cela, la paupière demeure tuméfiée, il y a lieu de recourir à des ponctions multipliées du bord libre, qu'on répète deux ou trois fois par semaine. On pratique cette petite opération en tendant la paupière sur l'index, dont l'ongle correspond à la face interne du tarse, et l'on fait des piqûres avec l'extrémité d'un bistouri dont la lame est dirigée dans le sens vertical. J'ai guéri par ce moyen bon nombre de jeunes femmes qui se sou-

mettaient volontiers à la douleur que ces piqûres multipliées occasionnent.

Mais lorsque la paupière est entièrement renversée, et qu'il s'est fait un ectropion complet, que la peau, racornie, s'est retirée en bas, et qu'un bourrelet sarcomateux s'est montré sur la conjonctive (*troisième degré*) ce n'est plus par les seuls moyens que nous avons indiqués plus haut qu'on peut se rendre maître de l'affection. Alors, ainsi qu'on l'a vu, le diamètre vertical de la paupière est allongé, et c'est par une double opération qu'on peut guérir cette difformité. Le nitrate d'argent ne réussit pas toujours à réduire le bourrelet sarcomateux ; on doit encore moins compter sur les collyres secs, tels que le sucre, l'oxyde blanc de bismuth, le calomel et la tuthie préparée, que recommande encore M. le professeur Velpeau. Il faut souvent enlever avec le bistouri, les ciseaux et les pinces, tout le bourrelet conjonctival, puis procéder à l'emploi des moyens convenables pour faire disparaître le raccourcissement de la peau, qui est la principale cause du renversement de la paupière. (Voy. *Ectropion*.)

ARTICLE III.

BLÉPHARITE ÉRYSIPELATEUSE, OU ÉRYSIPELE DES PAUPIÈRES.

L'érysipèle de la face s'étend le plus souvent aux paupières, surtout à la supérieure, ou bien il débute par ces organes. Presque toujours les deux yeux sont frappés simultanément par la maladie ; quelquefois cependant un seul d'abord est affecté, puis l'autre se prend. Les enfants sont assez souvent atteints de cette maladie.

CAUSES. — L'érysipèle des paupières, de même que l'érysipèle en général, se développe assez souvent sous l'influence de causes faciles à reconnaître, telles que la malpropreté habituelle, les contusions plus ou moins fortes, les frottements répétés, une chaleur trop vive, la piqûre de guêpes ou d'autres insectes, la morsure des sangsues, l'application de topiques irritants, comme les vésicatoires, particulièrement sur la tête, celle du taffetas d'Angleterre après l'opération de la cataracte par extraction, le contact de plantes vénéneuses, une opération chirurgicale, surtout lorsqu'elle

a été suivie d'une cautérisation ou que des sutures très serrées ont été placées, etc. Il faut encore joindre à ces causes locales celles qui, moins faciles à apprécier, résident dans certaines conditions particulières, comme l'embarras gastrique, le chagrin, un violent accès de colère, certaines affections vives de l'âme, une constitution atmosphérique particulière, etc.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — L'érysipèle des paupières, de même que celui des autres parties du corps, est ordinairement précédé de quelques phénomènes morbides particuliers à d'autres maladies aiguës : constipation, bouche amère, langue sale, nausées, lassitudes sans causes connues, malaise général, frissons passagers, etc., tels sont les signes précurseurs ordinaires de l'érysipèle qui est le résultat de causes autres que celles qui auraient agi sur la peau. La fièvre accompagne le développement progressif de cette maladie pendant les trois ou quatre jours qui suivent le moment de son apparition ; sa force, le plus ordinairement, est en rapport avec la gravité des symptômes locaux et avec l'étendue de l'érysipèle.

SYMPTÔMES LOCAUX. — Les paupières, surtout la supérieure, sont considérablement tuméfiées ; tous les plis qu'elles présentent à l'état normal ont disparu ; au début, ou lorsque la maladie est peu intense, la peau est rouge-pâle ; quelquefois elle prend une teinte écarlate très prononcée qui passe peu à peu à une coloration violacée plus ou moins apparente.

Presque toujours l'œil demeure complètement fermé, quelque effort que fasse le malade pour l'ouvrir avec ou sans le secours des doigts ; le chirurgien lui-même éprouve le plus souvent une difficulté insurmontable à écarter les paupières lorsqu'il juge nécessaire d'examiner l'organe.

Une pression exercée sur la rougeur la fait disparaître pour un moment, mais elle revient aussitôt, et très promptement, surtout lorsque la peau est très gonflée et luisante.

Assez souvent, lorsque la rougeur est peu marquée, l'érysipèle se complique d'un œdème qui s'étend fréquemment aux deux paupières à la fois. Dans quelques cas, la peau se recouvre de bulles assez nombreuses (*érysipèle phlycténoïde*) ; plus fréquemment on voit à sa surface des vésicules qui présentent quelque ressemblance avec celles de l'eczéma (*érysipèle miliaire*). Le liquide qu'elles