

faire cesser des larmoiements qui avaient résisté jusqu'alors à tous les modes de traitement.

Deuxième méthode. — Procédés mis en usage pour rétablir le cours normal des larmes.

1° *Injection.* — Le mérite de cette méthode revient à ANEL (1712). L'instrument dont il s'est servi, encore en usage de nos jours, porte le nom de seringue d'ANEL. On emploie des canules très fines qui peuvent facilement passer par les points lacrymaux; sinon on débride préalablement ces petits orifices. Le liquide qui sert à l'injection est de l'eau simple ou chargée de substances médicamenteuses. L'injection est fort utile tant que la lésion à traiter est une simple inflammation; dès qu'il existe un rétrécissement, cette méthode thérapeutique devient insuffisante.

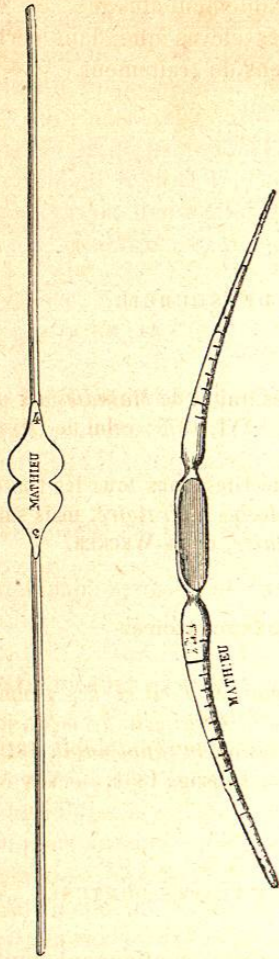


Fig. 46. — Stylet de Bowmann.

Fig. 47. — Sonde de Weber.

2° *Dilatation progressive des voies lacrymales.* — Procédé de BOWMANN. Après avoir débridé auparavant points et conduits lacrymaux, on fait pénétrer soit par le conduit lacrymal supérieur, soit par l'inférieur, une série de petites sondes dont la grosseur varie depuis le diamètre d'un crin, jusqu'à 0^m,001 (fig. 46). Ces sondes sont laissées en place pendant vingt minutes environ. Il ne nous appartient pas de décrire ici le manuel opératoire de ce cathétérisme; néanmoins nous avons été si souvent témoins d'accidents que nous ne saurions recommander une trop grande douceur.

La guérison des rétrécissements par la méthode de BOWMANN est toujours fort lente; aussi, pour abrégé le traitement, WEBER a-t-il songé à faire le cathétérisme forcé.

3° *Cathétérisme forcé.* — WEBER se sert d'une double sonde conique (fig. 47). Un des côtés de cet instrument offre à son extrémité le volume du n° 1 de BOWMANN, et à sa base

0^m,0015 à 0^m,002 de diamètre environ. Les conduits lacrymaux étant incisés, cette sonde est enfoncée vigoureusement dans le canal nasal, de façon à forcer les obstacles; le n° 4 ou le n° 5 de BOWMANN peut ensuite passer d'emblée. C'est là un procédé dangereux auquel nous préférons de beaucoup la *stricturotomie*.

4° *Stricturotomie.* — (Méthode de STILLING). Se basant sur les résultats que donne l'urétrotomie dans le rétrécissement du canal de l'urètre, STILLING, à

l'aide d'un petit couteau, pénètre dans l'intérieur du sac et l'incise dans plusieurs points de sa circonférence. Les résultats de l'opération sont des plus bénins; d'après l'auteur, il est absolument inutile d'avoir recours au cathétérisme consécutif. La stricturotomie est employée par presque tous les chirurgiens; la plupart y joignent la dilatation ou l'emploi d'injections modificatrices, que l'on porte à l'aide d'une sonde dans l'intérieur du canal. De cette manière la longueur du traitement est d'ordinaire considérablement abrégée.

En terminant, nous croyons devoir prévenir les élèves que, dans certains cas, le larmoiement persiste malgré tous les moyens de traitement.

CHAPITRE III

MALADIES DES PAUPIÈRES ET DU SOURCIL

Bibliographie générale. — Consulter les Classiques, les traités de *Maladies des yeux*, l'article de PANAS, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXVI, 1878; celui de CHARVOT, in *Dict. encycl.*

Les opérations qui se pratiquent sur la paupière sont décrites dans tous les traités de maladies des yeux et dans les divers ouvrages de *Médecine opératoire*, mais surtout dans l'article de PANAS et le *Traité de chirurgie oculaire*, de DE WECKER.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques et inflammatoires

Bibliographie. — MASLIEURAT-LAGEMARD, *De l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête*, in *Arch. gén. de méd.*, juillet 1841. — DESORMEAUX, *Bless. de la paupière inf. avec lésion du canal nasal*, 1849. — ZANDER und GEISSLER, *Die Verletzungen des Auges*, Leipzig, 1864. — VON ARLT, *Blessures de l'œil*, Traduct. Hœltenhoff, 1877.

1° CONTUSIONS. — ECCHYMOSES, PLAIES ET PLAIES CONTUSES

Les paupières, grâce au tissu cellulaire lâche qu'elles contiennent, sont un des sièges de prédilection de l'ecchymose: apparaissant peu après le traumatisme, l'ecchymose, même étendue, est l'indice d'un accident de peu d'importance. Nous avons vu, au contraire, que son apparition tardive constituait un des symptômes les plus sérieux de l'existence des fractures de la base du crâne.

Dans les cas légers, l'emploi des résolutifs, une compression méthodique et régulière constituent tout le traitement.

Les plaies par instruments tranchants ont une gravité bien différente, suivant qu'elles sont superficielles ou profondes, et que la paupière est intéressée

parallèlement ou perpendiculairement à son axe. Les plaies profondes, en effet, peuvent léser le ligament palpébral, le releveur de la paupière, la glande ou les conduits lacrymaux. Il est indiqué dans tous ces cas de réunir la solution de continuité avec toutes les précautions possibles, afin d'éviter les difformités. Si la blessure a intéressé les conduits lacrymaux, on veillera à assurer le rétablissement du cours des larmes.

Les plaies contuses seront de la part du chirurgien l'objet de soins particuliers. Leur cicatrisation vicieuse expose souvent à la formation d'ectropions; de plus, elles sont fréquemment le point de départ d'érysipèles graves.

Pour tous ces motifs, comme le fait remarquer PANAS, on devra employer ici le pansement de LISTER dans toute sa rigueur. C'est à prévenir l'ectropion, dans la mesure du possible, que les efforts du chirurgien doivent tendre, lorsqu'il se trouve en présence de ces vastes pertes de substance produites par les brûlures. La suture des paupières, jusqu'à cicatrisation complète des parties, est parfois indiquée (NÉLATON).

2° INFLAMMATIONS DES PAUPIÈRES

A. — ANTHRAX. — FURONCLE

Ces lésions assez rares s'accompagnent toujours d'un œdème considérable de la région. Les cas de mort, observés par infection purulente consécutive à une phlébite de la veine ophtalmique et des sinus, nécessitent une grande prudence dans le traitement. Si l'on fait une incision, toutes les précautions antiseptiques devront être minutieusement prises.

B. — ÉRYSIPÈLE. — PHLEGMON

L'érysipèle débute parfois sur les paupières, à la suite des plaies et autres solutions de continuité, plus souvent il est consécutif. Il entraîne habituellement la formation d'un phlegmon qui s'accompagne d'un œdème considérable. Le phlegmon reconnaît encore pour cause les traumatismes, ou se montre pendant la convalescence des fièvres graves. Dès que le pus est collecté, il faut lui donner issue par une incision parallèle aux plis palpébraux.

C. — ORGEOLET ET CHALAZION

Bibliographie. — RYBA, in *Prager Vierteljahrsch.*, IV, 1845. — FRÉBELIUS, *Med. Zeits. Russl.*, 1852 et 1853. — DE VINCENTIIS, *Un caso de dilatazion die follicoli delle glandole di Meibomii con un conteno costituito da spore*, in *Ann. diot-talm.*, t. IV, p. 208, 1875; *Della struttura e genesi del chalazione cum osservazioni sulla origine epitheliale delle cellule giganti*, Napoli, in-8. — FUCHS, *Arch. f. Ophth.*, 1878, Bd. XXIV, s. 121.

1° Orgeolet. — L'orgeolet est caractérisé par la production, sur le bord libre des paupières, d'un bouton dur et rougeâtre, du volume d'une tête

d'épingle. En quelques jours, cette masse devient blanchâtre, acuminée, puis s'ouvre, et laisse échapper un petit bourbillon. Les douleurs qui accompagnent l'orgeolet sont plus ou moins vives; le gonflement des paupières est parfois considérable. Il n'est pas rare de voir plusieurs orgeolets se développer simultanément; de plus la maladie est sujette à des récidives fréquentes et finit par entraîner la perte des cils. Les auteurs ne sont pas absolument fixés sur la nature de cette tumeur. DESMARRES, NÉLATON la localisent dans les glandes de Meibomius; VELPEAU et RICHET en placent le siège dans les follicules pileux; PANAS et ABADIE dans les glandes sébacées ciliaires (acné ciliaire).

Le traitement consiste dans l'application de simples petits cataplasmes de fécule. Si les douleurs et l'inflammation sont un peu intenses, on ouvrira la tumeur avec un couteau étroit comme celui de DE GRÆFE. Pour prévenir les récidives, le malade évitera de travailler à la lumière, de s'exposer à la poussière, et prendra de temps à autre un verre d'eau purgative.

2° Chalazion. — Peu de lésions ont donné lieu à d'aussi nombreuses discussions que cette petite affection. Les uns considèrent le chalazion comme un kyste occasionné par la rétention du produit de sécrétion des glandes de Meibomius (FANO, DE WECKER); d'autres en font un orgeolet chronique induré (CARON DU VILLARS). Pour ROBIN, c'est une tumeur à cystoblastions; enfin, d'après PANAS, il s'agit d'une production sarcomateuse de nature extraglandulaire, développée autour d'une glande de Meibomius et non dans son intérieur.

Symptômes. — Plus fréquent à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure, le chalazion est caractérisé par la présence dans l'épaisseur de ces voiles membraneux, d'une petite tumeur plus ou moins saillante, adhérente au cartilage tarse, et dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un gros pois. En retournant la paupière, on remarque au niveau du chalazion une tache rougeâtre formée par la conjonctive fortement injectée. Le chalazion est habituellement absolument indolore; cependant il peut s'enflammer et suppurer, enfin il constitue une infirmité disgracieuse et gênante.

Traitement. — Le seul traitement efficace est l'extirpation. Suivant la situation occupée par le chalazion, on l'attaquera par la face cutanée ou par la face conjonctivale de la paupière. L'hémorragie pendant le cours de l'opération étant souvent gênante, on emploiera, pour se mettre à l'abri, la pince à chalazion de DESMARRES (fig. 48) ou bien un aide intelligent tendra la paupière en la soutenant avec la plaque de corne. En enlevant la tumeur, on doit prendre des précautions pour ne pas perforer la paupière: si ce petit accident se produisait, on y remédierait facilement par la suture.

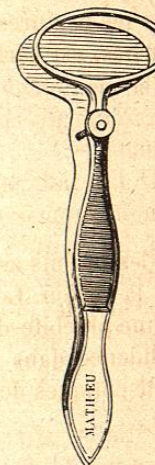


Fig. 48. — Pince à Chalazion de Desmarres.

D. — BLÉPHARITE CILIAIRE

Bibliographie. — TAVIGNOT, *Ann. d'ocul.*, t. XVIII, 1847. — ESCOLAR, *eod. loc.*, t. XXX, 1853. — BENZ, *eod. loc.*, t. XXXIX, 1858. — STILLING, *eod. loc.*, LXIV, 1870. — Art. de GOSSELIN, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1866. — Art. de TESTELIN, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1^{re} série, t. IX, 1868 (Bibliogr.). — WEBER (AD.), *Ann. d'ocul.*, 1875, t. LXXIV. — ROY, *Traité de la bléph. par le caoutchouc*, in *Bull. de thérap.*, t. XCV, 1878. — KROLL, *Traité de la bléph. ulcéreuse*, in *Berl. klin. Woch.*, n° 9, 1881. — GÉRIN-ROSE, *Bléph. tuberculeuse*, in *Gaz. hebd.*, févr. 1882. Thèses de Paris. — 1838, PRIMIGNAUD-LESTANG. — 1844, LEDURE. — 1859, MISSET. — 1867, CHANUT, CHAUTIN. — 1868, GRANGUILLOT. — 1871, PETIT. — 1873, HERMANOWICZ. — 1881, VERNIER.

Étiologie. — La blépharite ciliaire se rencontre particulièrement chez les sujets lymphatiques, placés dans de mauvaises conditions hygiéniques; elle est fréquente chez les enfants et les adolescents. Parmi les causes locales, signalons :

1° Les influences extérieures, poussières, gaz irritants, exposition à une lumière trop vive.

2° Le mauvais état de la conjonctive et des voies lacrymales; cette cause, d'après GALEZOWSKI, interviendrait dans un tiers des cas au moins; c'est au mauvais état des voies lacrymales que l'on doit attribuer la fréquence de la blépharite ciliaire dans la race juive.

3° Un état anormal de la réfraction, fréquemment l'hypermétropie mal corrigée.

4° Enfin STILLING a montré que la blépharite reconnaissait souvent pour cause un état morbide particulier des cils qui sont durs, rigides, noirâtres; il suffit d'enlever les cils ainsi altérés pour voir l'affection se modifier rapidement. L'un de nous a pu maintes fois, alors qu'il était chef de clinique de LANDOLT, constater la vérité de cette assertion.

Formes. — Avec ABADIE, nous étudierons la blépharite simple et la blépharite ulcéreuse.

La blépharite ciliaire simple est caractérisée au début par une rougeur du bord libre et surtout de l'angle externe des paupières. Cet état s'accompagne de démangeaisons, d'une sensation de cuisson des plus désagréables, phénomènes qui s'accroissent dès que le malade essaye de se livrer à un travail soutenu, qu'il s'expose à une lumière trop vive ou au grand air. Là peut se borner tout le mal; mais habituellement la sécrétion glandulaire est altérée, le bord libre des paupières se recouvre de croûtes; entre les cils, à leur base, on découvre de petites pustules. Les croûtes tombent, les pustules s'ouvrent, laissant à leur place de petites ulcérations qui mettent à nu le follicule pileux. Les paupières sont fortement collées au réveil, et les efforts que fait le malade déterminent l'arrachement des cils dont la vitalité est déjà profondément modifiée. Telle est la forme ulcéreuse. Si cette situation se prolonge, les ulcérations gagnent en profondeur; un écoulement puriforme s'établit; le bord des pau-

pières, dépourvu de cils, s'épaissit, s'indure; du tissu cicatriciel se forme à la place des ulcérations (*tylosis*). Irrité par l'écoulement incessant des matières puriformes, le derme de la paupière inférieure s'enflamme, s'ulcère: ainsi se forme un ectropion avec déviation du point lacrymal. Dès lors, le globe de l'œil incomplètement protégé peut s'enflammer; la lésion, qui jusqu'alors n'avait constitué qu'une infirmité désagréable, devient dangereuse, et donne à ceux qui en sont atteints un aspect repoussant.

Traitement. — Il faut tout d'abord chercher la cause de la blépharite simple, puis outre que l'on soignera l'état général; suivant les cas le chirurgien devra traiter les voies lacrymales, corriger la réfraction, extraire les cils malades. Le patient doit ensuite prendre un certain nombre de précautions, éviter les irritants: poussière, fumée de tabac, veilles prolongées, etc. De plus, on conseillera plusieurs fois par jour l'application sur les paupières de compresses trempées dans une infusion de camomille. Ces compresses devront être aussi chaudes que les paupières pourront le supporter. Le soir, le malade frottera le bord libre de ses paupières avec un peu de pommade au précipité jaune ou blanc à 1 gramme p. 20 d'excipient; il pourra encore employer avec avantage la pommade d'*Hébra*.

Emplâtre de plomb simple.....	/ à 30 grammes.
Huile d'olive.....	
Baume du Pérou.....	

Au réveil, ces parties seront soigneusement lavées à l'eau chaude. D'une façon générale on évitera l'emploi des nombreuses pommades dont le précipité rouge est la base, ce corps est trop irritant.

Lorsqu'il existe des ulcérations, après avoir enlevé les cils qui émergent de leur fond, on fait tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes de fécule, ou par l'application nocturne de plaques de caoutchouc. Les ulcérations étant ainsi mises à nu, on touche le bord libre de la paupière avec du sulfate de cuivre, un crayon mitigé de nitrate d'argent, ou la pointe d'un galvano-cautère. Un procédé dont nous nous sommes toujours bien trouvés est le suivant. Avec un cristal de sulfate de cuivre bien poli, nous frottons vigoureusement la surface libre des paupières, de façon à arracher les croûtes et à ouvrir en même temps les petits abcès. Cette intervention un peu brutale est suivie de douleurs vives que le malade calmera par l'application de compresses froides; en revanche, elle détermine rapidement une amélioration notable.

3° DERMATOSES DES PAUPIÈRES

Toutes les affections cutanées, mais particulièrement l'eczéma, peuvent se localiser sur les paupières; il n'entre pas dans notre cadre de les étudier ici; nous nous bornerons à décrire le zona ophtalmique et le xanthélasma, maladies absolument spéciales à la région.

A. — ZONA OPHTALMIQUE

Synonymes. — Z. frontal. — Z. facial. — Herpes zoster. — Zoster. — Herpes zoster frontalis.

Bibliographie. — HUTCHINSON, in *Opht. Hosp. Rep.*, t. V, p. 191, 1866 et t. VI, p. 181 et 263. — JOHNEN, *Deutsche Klinik*, n° 25, 1868. — JEFFRIES (JON.), *Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 mars et 3 juin 1869. — RUDOLF JACKSCH, *Inaug. Diss.*, Breslaw, 1869. — JEFFRIES (JON.), *Trans. of the Americ. Ophthalm. Soc.*, p. 101, 1870. — J. KOCKS, *Inaug. Diss.*, Bonn, 1871. — HYBORD, Th. de Paris, 1872 (Bibliogr.). — JACLARD, *Inaug. Diss.*, Genève, 1874. — MA C PACTON, Th. de Paris, 1878 (Bibliogr.); JAMAIN et TERRIER, 1881 (Bibliogr. très complète).

Le zona ophthalmique, signalé pour la première fois en 1866 par HUTCHINSON, étudié en 1868 par VERNON, JON JEFFRIES et STEFFAN, est bien connu en France depuis la remarquable thèse de HYBORD (Paris, 1872.)

L'apparition de l'éruption qui caractérise la maladie est généralement annoncée quelques jours ou quelques heures auparavant par un ensemble de symptômes locaux ou généraux. Localement se déclarent des douleurs névralgiques assez intenses, limitées au trajet des nerfs sus ou sous-orbitaires, au globe de l'œil, ou envahissant tout un côté de la face. Ces douleurs sont accompagnées de fièvre, de malaise. Dans quelques cas, rares du reste, l'éruption survient brusquement sans aucun phénomène précurseur. Elle se fait en deux temps. D'abord sur le trajet connu d'un nerf se rencontrent des plaques érythémateuses tantôt confluentes, tantôt disséminées; l'apparition de ces plaques est suivie de sensations de démangeaisons et de brûlures. Deux ou trois jours après, ces plaques se couvrent de vésicules qui peuvent être, elles aussi, disséminées ou confluentes. Cette éruption, d'après JACKSCH, détermine une élévation locale de température qui peut aller jusqu'à 1°; après trois ou quatre jours, les vésicules s'ulcèrent, il s'en écoule un liquide qui se concrète en formant une couche épaisse et noirâtre. Ces croûtes tombent après une dizaine de jours et laissent des cicatrices d'une couleur d'un rouge brunâtre, qui deviennent ensuite gaufrées.

L'éruption se limite exactement à la ligne médiane et siège de préférence sur le front; sa présence dans le territoire cutané du nerf nasal serait l'indice de complications oculaires. « Dans le zona ophthalmique, dit HUTCHINSON, l'œil reste intact tant que l'éruption reste limitée au trajet des branches frontales; il est toujours atteint quand le côté du nez est envahi. » Ainsi présentée, cette assertion est un peu exagérée, mais il est bien certain que les lésions orbitaires sont plus fréquentes quand le rameau nasal est atteint; fait dont l'anatomie nous donne l'explication, puisque le rameau nasal du nerf ophthalmique de Willis fournit quelques-uns des nerfs ciliaires.

Les lésions oculaires le plus habituellement observées sont une conjonctivite assez intense, rarement compliquée de vésicules, une kératite vésiculaire qui détermine l'ulcération de la cornée et peut même s'accompagner d'iritis; cette dernière complication est de beaucoup la plus rare.

Diagnostic. Pronostic. — Les douleurs névralgiques qui précèdent l'apparition du mal, la localisation de l'éruption, son développement en deux temps, l'existence de complications oculaires, suffiront à faire reconnaître la maladie. Le pronostic est absolument subordonné à la gravité de ce dernier groupe de lésions. Fréquemment après la guérison, il persiste des névralgies rebelles. On a même signalé le développement de paralysies musculaires.

Anatomie pathologique. — Les travaux de CHARCOT et de ses élèves ont démontré d'une manière générale que tout zona, quel que soit son siège, est la manifestation cutanée d'une névrite, qui ici est localisée au ganglion de Gasser. C'est là ce qu'ont établi quelques autopsies, une en particulier faite par WEISS (*Archiv für Heilkunde*, p. 261, 1871). Cet auteur a vu le trijumeau sain jusqu'à son entrée dans le ganglion de Gasser, être ensuite plus gros, plus vasculaire que celui du côté opposé. Au point où la branche ophthalmique sort du ganglion, le tissu nerveux était infiltré de pus.

Étiologie. — Cette affection s'observe particulièrement à l'âge adulte, et chez les sujets du sexe masculin. D'après PANAS, elle serait plus commune en Angleterre et en Allemagne qu'en France. Les arthritiques y sont particulièrement prédisposés. Les causes déterminantes sont habituellement le froid et le traumatisme. LEUDET a invoqué l'action de l'oxyde de carbone.

Traitement. — On badigeonnera la partie envahie par l'éruption avec du baume tranquille ou de l'huile morphinée; sur la région ainsi recouverte on jettera de la poudre d'amidon de façon à faire une sorte de mastic. Il sera bon en même temps de purger le malade. Le chirurgien doit surtout se préoccuper de l'existence des complications cornéennes dont le traitement variera naturellement suivant les circonstances. Plus tard il faudra combattre les névralgies persistantes; leur ténacité nécessitera même, dans certains cas, une intervention chirurgicale.

B. — XANTHELASMA

Synonymes. — Plaques jaunes des paupières. — Molluseum sebaceum xanthoma. — Chromocrimie partielle et cutanée (LEROY DE MÉTICOURT). — Mélastarrhée (GINTRAC). — Stéarrrhea nigricans (E. WILSON), etc.

Bibliographie. — KAPOSI, *Traité des maladies de la peau*. — CHAMBARD, *Ann. de dermat. et syphil.*, p. 5-241-363, 1879 (Bibliogr.).

« On donne le nom de xanthélasma, dit KAPOSI, à des taches ou à de petites nodosités de la peau siégeant le plus souvent sur les paupières, offrant une coloration jaune paille, citron ou soufre, ou d'un blanc jaunâtre, généralement bien limitées, plates et semblant être une simple altération de couleur de la peau. »

D'après les recherches de GERBER et SIMON, le xanthélasma serait dû à une prolifération des cellules du tissu conjonctif du derme avec dégénérescence graisseuse consécutive.

Décrite pour la première fois par RAYER, en 1835, la maladie a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux; le plus complet et le plus intéressant est

celui de CHAMBARD. Assez rare dans nos pays, le xanthélasma paraît siéger de préférence sur les paupières du côté gauche : il se présente sous deux formes bien distinctes : xanthélasma plan et xanthélasma tubéreux.

L'étiologie de cette affection nous est absolument inconnue; tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que bien souvent le xanthélasma est lié à l'existence de lésions hépatiques. Il constitue en réalité une affection bénigne qui persiste indéfiniment sans s'aggraver ni se modifier.

Le seul traitement rationnel jusqu'ici consiste à extirper les plaques ou à les exciser et à faire ensuite le râclage. E. BESNIER a essayé l'emploi successif de l'huile phosphorée et de la térébenthine. Cette médication est encore à l'étude.

5° TROUBLES DE SÉCRÉTION. CHROMYDROSE

Bibliographie. — LEROY DE MÉRICOURT, *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. X, p. 430, 1857, et *Bull. Acad. de méd.*, t. XXIII, p. 1141, 1858. — DAUVÉ, *Ann. d'ocul.*, t. LIII, p. 236, 1865. — HARDY, art. CHROMYDROSE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, t. VII, 1867. — PARROT, *Dict. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XVII, 1875. — FOX COLCOOT, in *The Lancet*, n° 23, 1881, t. I^{er}.

Cette singulière affection, dont l'existence a tour à tour été niée et admise, est caractérisée par l'apparition de taches bleuâtres sur la peau des paupières. Ces taches se laissent facilement enlever lorsqu'on les frotte avec de l'huile, puis la matière colorante se reproduit parfois immédiatement, dans d'autres cas, après vingt-quatre heures seulement. Sa composition serait, d'après ROBIN, analogue à celle de la cyanosine, et suivant ORDONNEZ, elle présente des analogies frappantes avec les tumeurs mélaniques.

La maladie a été surtout observée chez les femmes, et en particulier sur des personnes qui habitaient le bord de la mer. Elle serait intimement liée à certains troubles de la menstruation. LEROY DE MÉRICOURT prétend que l'éruption peut disparaître pendant un certain temps pour reparaitre ensuite.

Il importe de ne pas prendre pour de la chromydruse les applications d'un cosmétique quelconque, faites dans un but de simulation. L'application d'une couche de collodion sur la paupière permettra de voir si la matière se dépose directement sur la peau, ou si on la rencontre uniquement sur l'épiderme artificiel. On y joindra l'examen micrographique et chimique de la substance recueillie. Nous sommes absolument désarmés en présence de cette singulière maladie; il faut s'en tenir aux soins de propreté et à l'application de compresses astringentes.

6° TUMEURS DES PAUPIÈRES

Bibliographie. — SICHEL, *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, 1846, *Kystes séreux des paupières appelés vulgairement hydatides*; Même sujet, *Revue médico-chirurg.*, 1847, t. I^{er}, p. 224; *Ann. d'ocul.*, 1848, t. XX. — WALTON, *Rev. médico-chirurg.*, 1854, t. XV. — SCHIRMER, *Obs. de sarcomes*, in *Ann. d'ocul.*, 1869, p. 68. — GALEZOWSKI,

in *Journ. d'opht.*, 1872, p. 129. — A. YVERT, *Des Kystes transparents des paupières*, in *Recueil d'opht.*, 1880. — STEDMANN BULL, *Anat. path. des tumeurs des paup.*, in *New-York Med. Journ.*, sept. 1880.

Thèses de Paris. — 1838, AMIOT. — 1839, ADENOT. — 1841, JODST. — 1862, DORSAPS. — 1866, H. THOMAS. — 1868, GAISSET. — 1869, PUYO.

Reprenant une classification qui nous est familière, nous diviserons les tumeurs de la paupière en tumeurs solides, tumeurs vasculaires et kystes.

A. — TUMEURS SOLIDES. — ÉPITHÉLIOMA

Parmi les tumeurs bénignes qui sont fort rares, on a signalé des lipomes, quelques névromes plexiformes, et surtout des verrues. Les tumeurs malignes sont rarement primitives, la plupart du temps la paupière est envahie peu à peu par un néoplasme qui a pris naissance dans une région voisine; il faut toutefois faire une exception pour le cancroïde ou épithélioma des paupières. Cette affection se montre d'ordinaire dans la vieillesse; les irritations locales, l'ectropion, la présence de verrues constituent autant de causes prédisposantes. D'après PANAS, l'épithélioma se présente sous deux formes : épithélioma avec noyaux indurés profonds et épithélioma papillaire.

Symptômes. — L'épithélioma siège le plus souvent au niveau du grand angle de l'œil. Dans la première forme, il existe d'abord des nodosités qui bientôt s'excorient et se recouvrent de croûtes. L'ulcération s'étend rapidement en largeur et forme une surface à bords irrégulièrement taillés, dont le fond saigne au moindre contact. Plusieurs noyaux peuvent s'ulcérer simultanément ou consécutivement; les solutions de continuité qui se forment ainsi se réunissent parfois, constituant une vaste perte de substance : épithélioma phagédénique.

Dans la forme papillaire, on voit des excroissances rougeâtres, recouvertes d'une croûte qui tombe et laisse à nu une surface saignante. D'après MICHEL, le point de départ du mal serait dans les glandes sébacées.

Pronostic. — Le pronostic de cet épithélioma est grave, le néoplasme en effet peut envahir la conjonctive, le globe oculaire, et nécessiter le sacrifice de ce dernier.

Traitement. — Si le développement de la tumeur n'est pas considérable, il est facile de la détruire par les caustiques; lorsqu'elle a déjà une certaine étendue, il vaut mieux employer l'instrument tranchant avec lequel on est beaucoup plus sûr d'enlever entièrement le tissu morbide, et dont l'usage permet plus facilement d'éviter la formation d'un ectropion.

B. — TUMEURS VASCULAIRES. — ANGIOMES

Les angiomes des paupières sont presque toujours congénitaux. Nous n'insisterons ici ni sur leurs symptômes, ni sur leur pathogénie, ces tumeurs ayant été étudiées au point de vue général.

Contre les angiomes des paupières, on a successivement employé : compres-