

ichtyosique aux mains et aux pieds, nous avons remarqué des *blépharites ichtyosiques* avec développement de *rugosités* et de *végétations cornées* caractéristiques.

La **pathogénie** des blépharites est de nature microbienne, d'où les complications infectieuses (conjonctivales, cornéennes, etc.) qui à un moment quelconque de son évolution, aggravent une blépharite chronique.

Dans les *blépharites ulcéreuses* (Widmark, Gallenga, Cuénod) les staphylocoques existent seuls et il s'agit presque toujours du *Staphylococcus aureus*, plus virulent que la variété blanche.

Dans les autres variétés de blépharites, le staphylocoque jaune est plus rare et on trouve le staphylocoque blanc, qui ne paraît pas beaucoup plus virulent que celui qui existe sur le bord ciliaire normal. La présence à peu près exclusive des staphylocoques montre que, dans les blépharites, ce sont les microbes *normaux* de la région qui sont en cause. Ils sont quelquefois plus virulents qu'à l'état normal, mais c'est en somme presque toujours le terrain diathésique ou des conditions defectueuses du bord libre des paupières (larmoiement, etc.), qui permettent au microbe normal de donner la blépharite. En somme, le rôle du terrain, est dans la production d'une blépharite, bien supérieur à celui du microbe.

En dehors des divers parasites (*ptiriase*, *acarus*, *demodex*), il faut faire une mention spéciale pour le *favus* et les *trichophytions*. Dans les blépharites faviques (Narkiewicz, Schiess, Bodin, Dor) l'examen microscopique permettra de constater l'*Achorion Schœnleii*. La blépharite *trichophytique* a été décrite par Mibelli (1) et Niclos (2) et là aussi l'examen microscopique devra être fait avec le plus grand soin (3).

Le **diagnostic** d'une blépharite est en général facile : pour notre part, nous examinons toujours le bord ciliaire avec une *forte loupe* analogue à celle qu'emploient constamment les dermatologistes. On évitera ainsi de confondre une blépharite ciliaire d'origine microbienne avec celle résultant de volumineux parasites (*ptiriase*, *gale*). Dans un certain nombre de cas, on n'hésitera pas à faire des prises microbiennes pour faire le *diagnostic bactériologique*.

Traitement. — Le traitement de la blépharite est général et local. Il faudra soustraire le malade aux causes d'irritation générale (lumière vive, veilles, air vicié, poussières); on instituera l'usage de l'arsenic, des cures d'eaux minérales, rigoureusement le régime alimentaire et le traitement général des *dermatoses*, surtout en présence d'un état diathésique.

On traitera toujours les lésions des fosses nasales, des voies lacrymales et de la conjonctive; enfin on corrigera tout défaut de réfraction.

(1) MIBELLI, *Monatshefte von Unna*, 1894.

(2) NICLOS, *Médecine moderne*, 1895.

(3) SABOURAUD, thèse de Paris, 1893.

Le traitement variera suivant la nature de la blépharite. Le *favus* et la *trichophytie* seront traités par les moyens *appropriés* (épilation, glycérine, au sublimé, etc.).

Dans les formes squameuses, on enlèvera matin et soir toute croûte, toute pellicule avec l'eau chaude et on appliquera avant de se coucher des pommades non irritantes (précipité blanc, oxyde de zinc) sur le bord ciliaire et même sur l'ensemble de la paupière. Les applications prudentes d'alcool à 60°, d'eau de Cologne, sont d'un bon effet. Dans certains cas où la conjonctive sécrète assez abondamment, les applications de nitrate à 1/50 sur la conjonctive et le *bord ciliaire* seront très utiles.

Dans les formes de blépharite avec petits abcès ciliaires et ulcérations, l'épilation rend de grands services en ouvrant les abcès. Elle sera pratiquée sans crainte, les cils repoussant facilement quand la blépharite est guérie. Tant que les ulcérations seront très sécrétantes, les cautérisations au nitrate seront nécessaires. Dans les formes peu sécrétantes, l'usage des corps gras, la pommade au bioxyde jaune, l'huile biiodurée à 4/1000 (Panax), sont indiqués. Despagnet dit avoir obtenu de bons résultats d'attouchements à la glycérine au sublimé. Quelquefois l'*expression* avec la pince-étrial de Knapp rend des services.

On n'oubliera pas qu'il faut alterner les remèdes à cause de l'accoutumance rapide; les blépharites récidivent souvent, aussi doit-on s'attacher avec le plus grand soin à modifier progressivement les diathèses et à éviter tout excès de régime chez ces malades.

Inflammations des glandes de Meibomius. — L'extrême développement des glandes de Meibomius leur donne une importance à part dans la nosographie palpébrale.

Dans un certain nombre de cas, et ordinairement en même temps que les mêmes lésions des glandes cilio-sébacées, on a pu observer des hypersécrétions tantôt *huileuses*, tantôt *chassieuses* donnant des amas blanchâtres qui s'accumulent à l'angle interne et dans le cul-de-sac.

En dehors de ces cas, il y a des infections *aiguës*, *furoncles méibomiens*, susceptibles de s'ouvrir au niveau de la lèvre postérieure du bord libre ou sur la *conjonctive* tarsale, et entraînant de très vives douleurs, la suppuration étant bridée par la forte consistance du tarse.

Les infections et les irritations *chroniques* revêtent deux formes principales : la *lithiase méibomienne* et le *chalazion*.

La LITHIASÉ MÉIBOMIENNE constitue de petits amas jaunâtres, de consistance dure, saillant sous la conjonctive et irritant la cornée; on les enlèvera facilement avec une aiguille à corps étrangers.

Le CHALAZION (*χλαζα*, grêlon) est une véritable néoformation qui peut arriver à dépasser le volume d'un gros pois. Il siège plus ou

moins haut sur le trajet d'une glande de Meibomius, et quelquefois très près de son orifice extérieur (*chalazion du bord libre*). On peut voir des séries de chalazions apparaître simultanément ou successivement dans les paupières d'un même malade.

L'évolution du chalazion est variable. Tantôt la résolution survient, en même temps que la cause occasionnelle (grossesse, etc.) disparaît, mais cette résolution est fort rare; tantôt il suppure et se vide; tantôt son volume s'accroît tellement qu'il finit par ulcérer la peau ou la conjonctive. Alors un *bourgeon charnu*, quelquefois aussi gros qu'une petite framboise, sort du cratère ulcéré et subsiste longtemps, simulant une tumeur, mais son siège tarsal, la fréquente coexistence d'autres chalazions et sa guérison rapide par excision, empêchent la confusion.

Il y a des *causes* générales prédisposantes. L'*herpétisme* et ses diverses manifestations sont très fréquents chez ces malades. On trouve très souvent chez eux une forte hyperhémie conjonctivale (conjonctivite à chalazions de Dianoux) et des boutons d'acné sur le visage. La grossesse, les menstrues, les fatigues, l'alimentation forte et épicée, ont souvent de l'influence, en affaiblissant momentanément le sujet, presque toujours herpétique, et en le mettant dans un état favorable à l'éclosion du chalazion.

Le *diagnostic*, quoique facile en général, demande un examen sérieux et il existe un assez grand nombre de cas d'erreurs de diagnostic, concernant de *pseudo-chalazions*, constitués par des *sarcomes* conjonctivaux, des *adénomes* et des *épithéliomas* primitifs des glandes de Krause (auxquelles il faut toujours penser en présence d'une affection tarsale) ou de Meibomius. L'évolution et la marche maligne caractériseront ces véritables tumeurs.

On évitera aussi la confusion avec un corps étranger enkysté et avec une *gomme syphilitique* tarsale.

Histologiquement, le chalazion non suppuré et son contenu *gélatineux* caractéristique se trouvent nettement compris au début dans le tissu tarsal, autour d'une glande de Meibomius qui lui donne naissance. Il s'agit d'une masse irrégulière de tissu mollasse où la partie supérieure de la glande dégénérée a entièrement disparu. Ce tissu est composé dans sa plus grande partie de cellules embryonnaires; mais, dans un certain nombre de chalazions, on trouve de vastes amas cellulaires avec noyaux périphériques, qui constituent des cellules géantes (de Vincentiis, Parisotti), formées par la dégénérescence muqueuse de plusieurs des cellules de la glande. Nous avons vu plusieurs fois de ces énormes pseudo-cellules géantes. Il n'y a ni poche kystique ni véritables tumeurs.

Certains auteurs ont décrit des microbes variés dans les chalazions: d'autres les ont niés. Tangl a déclaré, mais d'après un très petit nombre d'examen histologiques, que le chalazion était une

tuberculose locale du tarse, avec bacilles de Koch. Mais, même les inoculations ultérieures de chalazions pris chez des phtisiques, n'ont donné aucun résultat positif. Il n'est pas impossible qu'il n'existe une tuberculose locale du tarse (gommes tuberculeuses) simulant le chalazion, mais le chalazion ne paraît pas tuberculeux. Le bacille est absent dans l'immense majorité des cas.

Il semble plus juste de faire du chalazion, avec Horner et Fuchs, une lésion de la glande de Meibomius, analogue à l'acné et à l'*acné rosacée* en particulier.

Le *traitement* du chalazion consiste dans sa suppression par curage ou extirpation. On évitera les divers résolutifs proposés, qui sont presque toujours irritants ou inefficaces.

De tous temps, on a opéré le chalazion du côté de la peau ou du côté de la conjonctive, comme en témoignent d'anciens auteurs (Fabrice d'Acquapendente), en choisissant le côté vers lequel le chalazion proémine le plus. Il serait contraire à la logique de préconiser exclusivement l'opération conjonctivale ou l'opération cutanée, quelle que soit la paupière à opérer.

On appliquera, après cocaïnisation par instillation et par injection (se méfier d'une trop abondante injection qui peut masquer complètement les limites du chalazion) sous-cutanée, la pince de Desmarres, renouvelée des pinces-fenêtrées des chirurgiens du XVIII^e siècle. M. Panas préfère la plaque de corne usitée dans la plupart des opérations palpébrales et elle est en effet très utile pour mettre en évidence les petits chalazions. Si l'opération se fait par la *conjonctive*, elle doit se réduire, après incision de la poche, à un *curage* minutieux avec une curette tranchante. De ce côté, l'extirpation pourrait entraîner un trichiasis à la suite de la forte perte de substance tarsale. On s'abstiendra de toute cautérisation avec le thermocautère ou le crayon de nitrate d'argent.

Du côté de la *peau*, l'incision met à découvert le chalazion que l'on accroche avec une pince-érigne et dont on *résèque la partie antérieure*, pour terminer par un curage énergique en évitant de fenêtrer le tarse. Aucune suture n'est nécessaire.

Le chalazion du bord libre et ceux avoisinant les canalicules lacrymaux comportent seulement l'incision, le curage et un léger ébarbement aux ciseaux courbes.

Un pansement sec doit rester en place un jour ou deux.

La récurrence est rare, après une opération largement faite.

Comme autres affections du tarse, nous signalerons l'*hypertrophie du rebord ciliaire* du tarse, simulant de petites crêtes de coq non cancréales (Panas), la dégénérescence *amyloïde* coexistant avec celle de la conjonctive, et les altérations consécutives au trachome. On peut observer cependant des hypertrophies partielles qui ne sont que des tarsites localisées.

ÉPHIDROSE. — L'éphidrose est une hypersécrétion des glandes sudoripares palpébrales, quelquefois d'un seul côté et survenant chez certains sujets, sous les influences les plus bizarres (mastication, froid, chaud, etc.).

CHROMHYDROSE. — La chromhydrose est une coloration bleuâtre anormale, produite par une sécrétion grasse de couleur foncée. Il est possible qu'il s'agisse d'une perturbation d'ordre nerveux dans la sécrétion sébacée ou sudoripare; il n'est nullement démontré qu'un microbe colorant quelconque ait une action sur la sécrétion étrange de cette matière qui se reproduit, peu d'heures après son enlèvement complet. Dans certains cas, on a pu croire à la simulation, à laquelle il faudra toujours penser.

Le traitement local consistera dans les lavages antiseptiques (sublimé à 1/2000) et des onctions avec des pommades ou des huiles mercurielles (huile biiodurée) : le traitement général, dans le brome de potassium et les antispasmodiques.

Lésions syphilitiques. — Les altérations syphilitiques des paupières sont *primaires*, *secondaires*, ou *tertiaires*. Les premières constituent le chancre induré, unique, ou *pouvant exister sur deux points de la paupière*. Presque toujours situé au niveau du bord ciliaire, empiétant à la fois sur la conjonctive et sur la peau, il est fréquemment recouvert d'un enduit diphtéroïde. L'angle interne peut être également le siège du chancre, le plus souvent dû à une inoculation par des doigts contaminés à la suite d'un grattage pour un prurit léger. L'adénopathie préauriculaire, parotidienne, sous-maxillaire, est caractéristique; elle est rarement supprimée.

A l'encontre des opinions généralement admises, le professeur Coppez affirme avoir observé un chancre *mou* à la paupière, vérifié par plusieurs inoculations positives. On sait que le chancre mou du menton (Jeanselme) et de la langue (Sabouraud) est aujourd'hui prouvé.

Le chancre induré des paupières se cicatrise après une assez longue période de réparation (près de deux mois), sans laisser de cicatrice importante : la perte de deux ou trois cils qui ne repoussent pas est souvent l'unique vestige de son ancien emplacement.

Le chancre palpébral survient dans tous les sexes et à tout âge, depuis le nourrisson jusqu'à l'âge le plus avancé. On l'a plusieurs fois constaté chez des médecins.

Son pronostic général est celui des chancres extragénitaux de la face.

Le *diagnostic* se fera avec une ulcération blépharitique et avec l'épithélioma palpébral, dont l'évolution est si différente. L'adénopathie est beaucoup plus développée au cours du chancre. Le chancre mou se diagnostiquerait par la constatation du *bacille de Ducrey* et par l'inoculation positive.

Les accidents *secondaires* consistent en lésions pustuleuses et papulo-croûteuses, ou de véritables ulcérations à tendance phagédéniques, mais il s'agit alors, presque toujours, croyons-nous, d'accidents de *tertiarisme* précoce et de gommés ulcérées.

Les accidents *tertiaires* constituent souvent de véritables gommés, siégeant surtout dans le tarse, plus souvent dans la paupière inférieure : elles simulent d'abord des chalazions (Trousseau), mais sont plus diffuses et peuvent s'ulcérer, si le malade n'est pas soigné à temps. Un *syphilome diffus* du tarse (tarsite syphilitique) a été observé.

Un traitement *général* par frictions et injections intramusculaires, et un traitement *local* antiseptique seront institués.

On pourrait avoir l'idée de l'excision du chancre, mais, outre l'inefficacité démontrée de cette thérapeutique, la perte de substance palpébrale serait des plus nocives pour l'état de l'œil. S'il y a des ulcérations tertiaires graves, on redoublera les injections intramusculaires de biiodure ou de calomel, alternant avec de hautes doses d'iode.

La *tuberculose*, le *lupus* dans ses diverses variétés, la *lèpre* et l'*actinomyose* envahissent les paupières secondairement : des cas de tuberculose primitive de la paupière (Sgrosso) ont cependant été signalés, et, dans les affections précédentes, le *diagnostic bactériologique* est de rigueur. Les *blépharites tuberculeuses* demandent de nouvelles recherches.

La *morve*, très rare aux paupières, se produit chez des sujets ayant été en contact avec des animaux farcineux (Krajewski, Tarnawski) et se reproduit expérimentalement (Tedeschi). Le diagnostic bactériologique ne donnant pas de résultats sûrs, l'inoculation de parcelles purulentes dans le péritoine du cobaye mâle est le procédé à mettre en œuvre pour le diagnostic. (Straus.)

Le *mycosis fongöide* se localise quelquefois aux paupières. (Besnier, Brocq.)

Le *molluscum contagiosum* des paupières a été souvent considéré (Puttendorf) comme très contagieux et inoculable expérimentalement. (Paultry.)

Le *xanthélasma*, constitué par des plaques jaunâtres, de couleur feuille morte, légèrement saillantes, plus fréquentes à l'angle interne des deux paupières supérieures, chez les femmes arthritiques ayant dépassé la quarantaine. Sa marche est fort lente. Les lésions chroniques du foie, quelquefois signalées concurremment, n'existent pas régulièrement.

Le véritable xanthélasma est caractérisé par la présence de nombreuses cellules chargées d'une matière grasseuse, avec granulations pigmentaires, encombrant le tissu *dermique*, surtout autour des vaisseaux. Les glandes sébacées et l'épithélium cutané sont en

général intacts. Dans les cas que nous avons examinés histologiquement et bactériologiquement, nous n'avons pu mettre en évidence aucun microbe. La pathogénie est inconnue, bien que l'hypothèse d'un trouble trophique soit la plus admissible.

Le traitement consistera uniquement dans l'ablation avec suture immédiate pour éviter l'ectropion. On n'interviendra que sur la demande du malade, l'affection étant bénigne. La question des récidives est encore mal précisée.

Parasites. — La *phthiriose* palpébrale, décrite par Galien et Celse, a été l'objet de nombreux travaux anciens et récents pour l'énumération détaillée desquels nous renvoyons aux Mémoires de Jullien (1) et de Marcel Baudouin (2). Chez les enfants, plus ordinairement atteints, la maladie donne tout à fait le tableau d'une blépharite croûteuse, généralement aggravée par un prurit remarquablement intense.

Le *pediculus pubis* est l'agent de la maladie; il se rencontre même dans les sourcils : on a signalé aussi le pou de la tête dans les cils. (Bock.)

Le diagnostic est facile, avec une forte loupe.

On emploiera les pommades mercurielles usitées pour le traitement des kératites, et, si la maladie résiste, l'extirpation des œufs des parasites et d'un certain nombre de cils, où adhèrent les lentes. La récurrence serait la règle, si on ne faisait pas en même temps disparaître les parasites des autres régions et les causes de contagion nouvelle.

La *gale* a pu également se développer aux paupières.

L'histoire des *cysticerques* palpébraux se confond avec celle des *cysticerques* de l'orbite, souvent sous-palpébraux.

Tumeurs. — TUMEURS BÉNIGNES. — Les *verruës* et les *papillomes* sont fréquents aux paupières. Sur la peau ou le bord ciliaire se développent aussi de véritables *cornes* ayant même plusieurs centimètres de longueur (3).

Les *tumeurs érectiles* et les angiomes peuvent envahir la caroncule et la conjonctive. Le traitement par les pointes de feu pénétrantes sera souvent avantageusement remplacé par l'électrolyse, d'autres fois par l'ablation d'une partie de la tumeur au bistouri, ou même les injections sclérogènes (Lannelongue), si l'angiome a un énorme développement.

Le *névrome plexiforme*, seul ou plus souvent en coexistence avec d'autres névromes plexiformes d'autres régions du corps, occupe

(1) L. JULLIEN, *Gaz. des hôp.*, 1892.

(2) MARCEL BAUDOUIN, *Progrès méd.*, 1895.

(3) Consulter le travail complet de MITVALSKY (*Arch. für Dermat. und Syphiligr.*, 1894. — PANAS et A. TERSON, Un cas de corne palpébrale (*Soc. de dermat. et de syphiligr.*, 1894.

en général la région externe de la paupière, les régions temporale et faciale correspondantes, et offre au doigt l'ensemble de sensations qui rappelle le toucher d'un varicocèle. Cette singulière dégénérescence envahit aussi l'orbite, déforme et perforé les os. Les veines sous-cutanées sont quelquefois assez développées à ce niveau et simulent un angiome. On a pu noter plusieurs cas dans la même famille, et plus fréquemment dans le sexe masculin.

Les coupes histologiques démontrent qu'il s'agit bien de nerfs dégénérés et étouffés dans une gangue de tissu fibreux (neuro-fibrome plexiforme de Billroth) (1). L'extirpation précoce est le seul moyen d'arrêter le progrès du mal. On disséquera, sans l'enlever, la peau, pour éviter de larges pertes de substance et des cicatrices difformes.

On observe encore des *kystes sébacés*, souvent très nombreux (*millet palpébral*); des *kystes transparents*, siégeant presque toujours sur le bord libre et constitués par la dilatation kystique des glandes sudoripares simples ou des glandes sudoripares modifiées de Moll; le *lymphangiome*, qui donne des déformations éléphantiasiques; le *lipome* et le *fibro-lipome*, quelquefois pédiculés.

TUMEURS MALIGNES. — Le *sarcome* souvent mélanique, *primitif* ou plus ordinairement consécutif à un sarcome de la *conjonctive*, est remarquable par son extension, et ses métastases, malgré tous les traitements.

Le *cylindrome* se rencontre rarement; il en est de même du *lymphadénome*.

ÉPITHÉLIOMA. — L'épithélioma des paupières commence soit au bord libre, soit aux commissures, comme le chancre, dans les régions plus exposées aux érosions, par une croûte, à base indurée, qui se transforme progressivement en ulcération sanieuse caractéristique coexistant ou non avec des productions épithéliomateuses du reste du visage, du nez en particulier. La forme purement extérieure est plus particulièrement lente, l'épithélioma *qui sort* est moins grave que l'épithélioma *qui rentre*. D'où la réserve que l'on doit avoir, avant d'extirper certaines néoplasies stationnaires, tandis que leur ablation peut donner lieu à la formation rapide d'un épithélioma à marche térébrante. Certaines variétés débent profondément dans les glandes sébacées ou de Meibomius (pseudo-chalazion). D'autres fois (Verneuil, Galezowski, Mollière, Valude), l'épithélioma ronge l'angle interne de l'œil (fig. 3) et pénètre dans les fosses nasales par l'intermédiaire du sac lacrymal envahi.

A la période terminale, les ganglions finissent par se prendre; et l'œil est mis à découvert par des destructions très étendues des paupières.

(1) Consulter : BILLROTH, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. IV. — AUDRY, *Lyon méd.*, 1891.
TRAITÉ DE CHIRURGIE. V. — 3*

L'examen histologique montre le type épithéliomateux, le plus souvent à globes épidermiques et à coccidies.

L'*épithélioma calcifié* constitue une variété clinique et histologique de pronostic moins grave (1).

Le pronostic général n'est pas toujours d'une gravité absolue. On peut, dans certains cas, maintenir l'affection stationnaire pendant de longues années, but peu à dédaigner chez des malades souvent âgés, ou obtenir des guérisons complètes.

Dans les cas bien limités, on devra faire l'extirpation *totale*, assez large, ordinairement avec réunion immédiate.

Si l'ulcération a fait des progrès tels que l'opération ne puisse

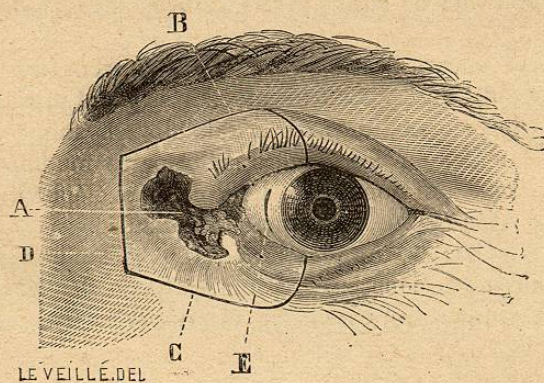


Fig. 3. — Épithélioma de l'angle interne. A, ulcération épithéliale; B, incision divisant la paupière supérieure; C, incision séparant la partie inférieure du mal; D, incision découvrant l'apophyse montante; E, incision de la conjonctive (B. Anger, *Anatomie chirurgicale*. Paris, 1869, p. 316).

s'effectuer sans un fort délabrement *palpébral*, on n'hésitera pas à recourir, avant toute opération, aux applications de solution saturée de chlorate de potasse, la poudre étant douloureuse et dangereuse pour la cornée. Ces applications biquotidiennes se feront, pendant plusieurs heures, avec des tampons d'ouate imbibés. La cutisation complète et durable est possible. L'aristol nous a paru moins efficace et un de nos malades a guéri par le chlorate, après avoir résisté à l'aristol. En cas d'insuccès, on pratiquera le traitement combiné par le bleu de méthyle. Proposé par von Mosevig, ce traitement, pratiqué seul, serait inefficace, mais, en y adjoignant des cautérisations et une véritable stratégie thérapeutique (Abadie, Darier) (2), on réalise, dans les cas moyens, d'excellents résultats confirmés par de nombreux observateurs.

Dans les cas très étendus, il est évident que toutes les fois que l'œil risquerait, par son exposition trop complète à l'air, un réel danger,

(1) BRAQUEHAYE et SOURDILLE, *Arch. d'opht.*, 1895.

(2) DOMEZ, thèse de Paris, 1895.

une *autoplastie immédiate sera de règle*. Dans les autres cas, on ne la fera que tardivement (Verneuil, Valude), pour pouvoir surveiller la récurrence et diminuer l'étendue du lambeau, qui se réduira quelquefois à une simple greffe épidermique.

Enfin on se bornera à poursuivre au thermocautère les récurrences jusque dans les voies lacrymales, tout en continuant un traitement *arsenical* interne recommandable dans tous les cas. On pourrait aussi penser aux injections de toxines streptococciques.

AFFECTIONS DES MUSCLES PALPÉBRAUX. — On observe, du côté des muscles palpébraux, la contracture spasmodique de l'orbiculaire (blépharospasme) et sa paralysie (lagophthalmie). À côté de ces lésions du sphincter palpébral, nous trouverons la paralysie du grand sympathique, et les diverses variétés de blépharoptose.

BLÉPHAROSPASME. — La contracture des muscles des paupières peut atteindre le *releveur* et l'*orbiculaire*. Pour la première, nous renvoyons à la description du goitre exophtalmique, où le type de la contracture du releveur s'observe fréquemment.

En dehors du blépharospasme passager, également décrit sous le nom de fugace (Panas), et qui consiste dans ces tressaillements que l'on éprouve après des émotions, un travail prolongé ou toute cause de fatigue nerveuse, la forme *clonique* et la forme *tonique*, *intermittente* ou *continue*, seront différenciées.

La forme *intermittente* se réduit à une sorte de *tic* avec occlusion palpébrale momentanée.

Dans la forme *permanente*, on notera l'occlusion spasmodique permanente des deux paupières ou plus ordinairement d'une seule. L'occlusion si caractéristique chez les sujets atteints de kérato-conjonctivites crofuleuse n'est qu'un blépharospasme banal, facile à reconnaître et à guérir, lié à la photophobie, et qui n'a rien de commun avec le blépharospasme vrai.

En pressant sur les points d'émergence osseuse des diverses branches faciales du trijumeau, on arrive à *supprimer* momentanément le spasme occlusif. Il en est de même par le sommeil naturel ou artificiel.

Seule l'*étiologie* du blépharospasme a un réel intérêt, car dans un certain nombre de cas, on y découvre une conséquence thérapeutique.

On examinera les parties externes et internes de l'œil et on vérifiera l'*amétropie* possible.

On passera en revue les fosses nasales, et particulièrement les *dents*, qui sont très souvent en cause par les névralgies consécutives à la carie : on vérifiera aussi l'état des *oreilles*.

Enfin une étude soignée du *système nerveux* peut mettre en évidence une névrose, l'hystérie, le surmenage. On ne négligera pas de faire vérifier par le médecin habituel l'état de *tous les autres appareils*.