

images que le malade perçoit doivent se trouver exactement l'une au-dessus de l'autre.

Si ces expériences démontrent que l'effet produit par l'opération n'est pas suffisant, il est toujours facile de l'augmenter par les moyens connus : En débridant davantage le tissu cellulaire qui arrête le déplacement du muscle en arrière ; en dirigeant après l'opération, à l'aide de louchettes, l'œil opéré en dedans ; en pratiquant plus tard la même opération sur l'autre œil. Lorsqu'au contraire la convergence dépasse la mesure voulue, nous devons restreindre immédiatement l'effet opératoire par une suture conjonctivale, et faire diriger l'œil du malade du côté du muscle opéré.

L'avancement du muscle droit interne sans ténotomie de l'antagoniste peut aussi être employé pour la guérison de l'insuffisance musculaire et constitue certainement un principe très rationnel. En pratique, il faut cependant se rappeler que lorsque l'examen démontre après l'opération un effet insuffisant ou excessif, les moyens de corriger cet effet dans un sens ou dans l'autre sont bien moins nombreux et bien plus incertains après l'avancement du muscle droit interne qu'après la ténotomie du muscle droit externe.

Dans un certain nombre de cas, nous arrivons ainsi à corriger complètement l'insuffisance des muscles droits internes et, par conséquent, à faire disparaître l'asthénopie musculaire et ses dangers. Dans d'autres cas où la déviation de l'œil, pendant la vision de près, est beaucoup plus grande que la divergence que nous sommes en droit de corriger par l'opération, il restera après celle-ci encore un degré d'insuffisance, contre lequel il faudra employer des verres prismatiques seuls ou combinés avec des verres sphériques (concaves ou convexes).

## CHAPITRE XII.

### PAUPIÈRES, VOIES LACRYMALES ET ORBITE.

**Anatomie et physiologie.** — 1° *L'orbite* peut être comparée par sa forme à une pyramide à quatre parois. La base de cette pyramide est l'ouverture externe de l'orbite, à laquelle se terminent ses quatre parois désignées sous le nom de supérieure, inférieure, interne et externe. Trois de ces parois ont un bord tranchant qui coupe à angle aigu les os du front et de la joue, tandis que la paroi interne se confond insensiblement avec l'os du nez.

Les parois de l'orbite sont formées par des plaques osseuses très minces : la paroi supérieure par la lame horizontale de l'os frontal ; la paroi inférieure par la lame horizontale du maxillaire supérieur ; la paroi externe par la lame antérieure de la grande aile du sphénoïde et par la lame postérieure de l'os zygomatique ; enfin la paroi interne par la lamelle papyracée de l'ethmoïde, par l'os unguis et par l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Au niveau du tiers interne du bord supérieur se trouve le trou sus-orbitaire qui livre passage au nerf et à l'artère du même nom. Le canal sous-orbitaire traverse obliquement d'arrière en avant la paroi inférieure, en donnant passage au nerf sous-orbitaire et aux vaisseaux du même nom. Le trou optique se trouve à l'extrémité postérieure des parois supérieure et interne ; il laisse passer le nerf optique et l'artère ophtalmique de l'orbite dans la cavité crânienne. En dehors et en bas de cette ouverture, entre les parois supérieure et externe, s'ouvre la fente sphénoïdale ; elle renferme les troisième, quatrième et sixième paires des nerfs crâniens, la première branche de la cinquième et la veine ophtalmique. Entre les parois externe et inférieure, nous trouvons la fente sphéno-maxillaire qui est traversée par les nerfs sous-cutané de la joue et sous-orbitaire.

Les parois de l'orbite sont tapissées par un périoste qui n'y adhère intimement qu'au niveau des sutures osseuses, aux bords des fentes

et près de l'ouverture antérieure de l'orbite. Ce périoste est en rapport direct avec le périoste du crâne et de la face, ainsi qu'avec la dure-mère crânienne.

2° Les *paupières* recouvrent l'ouverture de l'orbite, en s'appuyant sur la convexité antérieure du globe oculaire auquel elles sont adossées par l'effet de leurs muscles et par la pression de l'atmosphère. Leurs bords libres forment la fente palpébrale et se réunissent dans les deux angles, la commissure externe et la commissure interne ou le grand angle des paupières. Cet angle même est occupé par un petit raphé fibreux, le *ligament palpébral interne*. Le bord palpébral présente une lèvre antérieure et une lèvre postérieure; entre ces deux lèvres se trouve une portion intramarginale, large de 2 à 3 millimètres. La lèvre antérieure, fortement arrondie, est traversée par les *cils*; à la lèvre postérieure s'ouvrent l'une à côté de l'autre les *glandes de Meibomius*, et près de l'angle interne les conduits lacrymaux.

Les paupières sont composées de différents tissus qui se superposent de la conjonctive jusqu'aux téguments extérieurs.

a. La *peau* qui recouvre les paupières offre une finesse qu'on ne retrouve dans presque aucune autre partie du corps; elle se rattache aux parties sous-jacentes par un *tissu cellulaire* très lâche, dans lequel on trouve un grand nombre de glandes sudorifiques et les bulbes des poils très fins qui garnissent la peau palpébrale.

b. Le *muscle orbiculaire des paupières* est disposé en faisceaux concentriques autour de la fente palpébrale. Sa *portion palpébrale* recouvre les fibro-cartilages et le fascia palpébral jusqu'aux bords orbitaires, et dépasse la commissure externe des paupières de plus d'un centimètre et demi. Elle se compose de faisceaux musculaires qui prennent leur origine en partie de la crête lacrymale de l'os unguis, en partie du ligament palpébral interne et de la région molle du sac lacrymal.

Les fibres de la première partie qui portent aussi le nom de *muscle lacrymal postérieur* ou *muscle de Horner*, recouvrent d'abord le sac lacrymal et se dirigent vers le grand angle. A cet endroit, le muscle se bifurque en deux portions, dont l'une entre dans la paupière supérieure, l'autre dans la paupière inférieure où elles se répandent sur les torses.

La seconde partie qui compose le *muscle lacrymal antérieur* contourne le fibro-cartilage et se porte vers la portion de la paupière qui n'a pas de tarse.

c. Au-dessous du muscle se trouve une *couche de tissu cellulaire* qui renferme les *bulbes pileux des cils* et de petites glandes sébacées qui s'ouvrent dans ces bulbes. Les cils dont les racines se trou-

vent tout près du tarse, se renouvellent comme tous les poils, dans l'espace d'à peu près cent cinquante jours.

d. Les *torses ou fibro-cartilages* des paupières forment la base solide des paupières. Ils se terminent vers la fente palpébrale par un bout épais et s'amincissent à leur périphérie où ils se perdent dans le fascia orbitaire. C'est à cet endroit que dans la paupière supérieure s'insère le *muscle releveur*. Ce muscle naît au fond de l'orbite et envoie ses faisceaux au-dessous de la voûte orbitaire. Le tendon se recourbe alors en bas sur un faisceau aponévrotique tendu de la trochlée du grand oblique à l'extrémité externe du bord orbitaire supérieur. De là il se répand sous la forme d'une membrane peu épaisse, au-dessous du fascia orbitaire, et s'insère, comme nous l'avons dit, au bord mince du fibro-cartilage de la paupière supérieure. Dans chaque fibro-cartilage se trouve une série de glandes sébacées disposées verticalement, les *glandes de Meibomius*. Leurs orifices excréteurs se trouvent près de la lèvre postérieure du bord épais des torses et fournissent une sécrétion graisseuse qui enduit les bords libres des paupières.

e. La *conjonctive* s'applique à la face postérieure des torses et du fascia tarso-orbitaire.

Les *artères palpébrales*, branches de l'artère ophtalmique se trouvent le long du tarse près du bord libre des paupières et entrent en anastomoses avec les artères angulaire, lacrymale, temporale superficielle, en formant ainsi des cercles artériels qui entourent la fente palpébrale. — Les *veines*, réunies dans les veines palpébrales supérieure et inférieure, se rendent dans les veines de la tempe et de la face.

Les *nerfs* cutanés des paupières viennent de la cinquième paire; le muscle releveur de la paupière supérieure reçoit une branche de la troisième paire; l'orbiculaire des paupières une branche du nerf facial.

3° L'*appareil lacrymal* se compose des organes qui servent à la sécrétion du liquide lacrymal: la glande lacrymale et la conjonctive, et des voies qui conduisent ce liquide dans le nez: les conduits lacrymaux, le sac lacrymal, et le canal nasal.

a. La *glande lacrymale* est divisée en une grande et une petite portion. La première occupe une dépression située à la partie supérieure et latérale externe de la voûte de l'orbite, à laquelle elle est rattachée par une aponévrose qui vient du fascia tarso-orbitaire. Au-dessous de cette aponévrose se trouve la petite portion. La glande se compose d'une agglomération de glandes en grappes dont la structure ressemble aux glandes salivaires et mammaires. Elle communique par un certain nombre de petits conduits, six à douze, avec l'extrémité externe du cul-de-sac conjonctival supérieur.

*b.* Les conduits lacrymaux ont une longueur de 8 à 10 millimètres. Ils commencent par deux fines ouvertures, les points lacrymaux situés aux angles saillants du bord libre des paupières, près de la caroncule. A partir des points lacrymaux, le conduit supérieur monte, le conduit inférieur descend perpendiculairement dans l'épaisseur des paupières; puis, ils se coulent brusquement pour suivre une direction horizontale et longent le bord interne de la fente palpébrale. Ils convergent ainsi vers le grand angle pour atteindre le sac lacrymal, à peu près au niveau du ligament palpébral, et se jettent ensemble ou séparément dans le sac.

*c.* Le sac lacrymal est situé entre la crête lacrymale de l'os unguis et l'apophyse maxillaire, de sorte que sa moitié inférieure se trouve au-dessous du niveau de l'angle interne et inférieur du bord de l'orbite. L'extrémité supérieure du sac est formée par une sorte de coupole qui dépasse d'à peu près 4 millimètres le ligament palpébral interne qui est tendu horizontalement au devant du sac. Celui-ci est donc environné de parties molles partout, sauf du côté interne où il est adossé à l'os. Ce côté descend perpendiculairement vers le canal nasal, sans qu'il existe souvent entre l'un et l'autre aucune ligne de démarcation; quelquefois ils sont séparés par un repli muqueux.

*d.* Le canal nasal est renfermé dans un conduit osseux de la paroi qui sépare le sinus maxillaire des fosses nasales. Il ne se porte pas directement de haut en bas, mais un peu obliquement de dedans en dehors, en même temps qu'il dévie d'avant en arrière. D'ailleurs, il existe dans la convexité de cette courbure des variations assez notables qui dépendent de la conformation individuelle du nez. A l'extrémité inférieure du canal osseux, le canal nasal muqueux continue souvent encore entre la paroi externe de la cavité nasale et la membrane pituitaire qui la recouvre. L'orifice inférieur du canal est quelquefois très petit, tantôt de forme ronde ou ovale, tantôt de la forme d'une fente dont la lèvre externe ou, à sa place, un pli saillant de la muqueuse, représente une valvule qui s'ouvre vers le nez et ferme le canal de bas en haut, tandis que les liquides venant du sac n'y rencontrent aucun obstacle.

La muqueuse des voies lacrymales présente dans les conduits une couche simple d'épithélium pavimenteux; dans le sac et dans le canal un épithélium vibratile comme la muqueuse du nez; on y trouve aussi de petites glandes en grappe. Le sac lacrymal étant généralement très étroit, la muqueuse des parois interne et externe se touche à l'état normal. La muqueuse du canal nasal est intimement unie à l'os et ne peut pas s'adosser à elle-même, de sorte que le canal est constamment rempli d'un liquide.

L'innervation de la glande lacrymale se fait par le rameau lacry-

mal de la première branche de la cinquième paire. C'est à son influence qu'il faut attribuer la sécrétion copieuse de larmes qui survient sous le coup de certaines émotions générales ou après irritation de l'œil. En temps ordinaire, la glande sécrète peu; le liquide qui lubrifie constamment le globe oculaire est en grande partie un produit de la conjonctive.

Le mécanisme d'après lequel les larmes passent du sac conjonctival dans les voies lacrymales, n'est pas parfaitement connu. Cependant, il paraît hors de doute que les contractions du muscle orbiculaire et les mouvements des paupières qui en résultent, chassent le liquide renfermé dans le lac lacrymal et l'obligent à pénétrer dans les points lacrymaux, lorsque la fente palpébrale est fermée, au moment du clignement des paupières.

## MALADIES DES PAUPIÈRES

### ARTICLE PREMIER.

#### ÉRYTHÈME DES PAUPIÈRES.

*Diagnostic.* — La peau des paupières est d'un rouge écarlate et brillant qui disparaît sous la pression du doigt; les paupières sont légèrement gonflées. Les veines superficielles paraissent plus dilatées et plus apparentes qu'à l'état normal. Les malades n'accusent pas de douleur, tout au plus une légère sensation de chaleur.

*Étiologie.* — Cette affection, d'ailleurs assez rare, coïncide fréquemment avec des troubles de la circulation générale. Elle a été observée aussi comme conséquence d'une insolation.

*Traitement.* — On obtient les meilleurs résultats par l'application de compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb (1 gramme pour 100 grammes) ou de nitrate d'argent (1 gramme pour 300 grammes).

On observe fréquemment chez des personnes ayant subi une

fatigue physique ou morale une *coloration bleu grisâtre des paupières*, surtout de la paupière inférieure et au-dessous d'elle. Cette teinte plombée, qui n'est souvent que passagère, occupe parfois tout le pourtour de l'orbite, en même temps que l'on y reconnaît un léger œdème du tissu sous-cutané.

Les personnes sujettes à ces symptômes ont généralement une peau fine et une santé générale délicate. Pour les débarrasser du phénomène en question, il faut les engager à éviter tout écart d'une vie régulière, les excès de travail, et prescrire, comme moyen local, une solution de tanin (1 gramme pour 100 grammes d'eau) ainsi que des lotions avec de l'eau de Cologne.

#### ARTICLE II.

##### ÉRÉSIPÈLE DES PAUPIÈRES.

*Diagnostic.* — Les paupières sont très gonflées, d'une teinte rose et luisante. L'épiderme est parfois soulevé par places, sous forme de vésicules remplies de sérum. Le gonflement des paupières, qui se complique le plus souvent d'un gonflement plus ou moins étendu de la face, empêche le malade de les entr'ouvrir; la conjonctive est injectée et chémotique. Toutes les parties atteintes présentent au toucher un chaleur très sensible. L'affection n'est pas douloureuse, mais elle s'accompagne souvent de troubles de la digestion, de frissons et de fièvre.

*Marche et terminaisons.* — L'érésipèle peut se terminer par résolution ou par suppuration. Dans ce dernier cas, il s'établit un phlegmon diffus de la paupière donnant la sensation d'un empatement et d'une fluctuation incertaine. La peau prend alors une coloration rouge foncé et devient le siège d'une distension fort douloureuse. L'abcès abandonné à lui-même peut amener des destructions très étendues du tissu cellulaire. L'inflammation peut aussi s'étendre au tissu cellulaire de l'orbite (voy. plus loin), devenir dangereuse pour l'œil, et même mortelle, en se propageant sur les enveloppes du cerveau.

*Étiologie.* — L'érésipèle des paupières qui peut avoir son

origine dans un refroidissement, résulte cependant le plus souvent d'une lésion traumatique, d'un foyer purulent du voisinage (orgelet, etc.) ou d'une affection du sac lacrymal.

*Traitement.* — On administre généralement un émétique ou une purgation. On recouvre les paupières d'une couche de collodion et d'ouate. Tout abcès doit être ouvert largement, et il faut prescrire alors l'emploi de cataplasmes chauds, émollients.

#### ARTICLE III.

##### PHLEGMON DES PAUPIÈRES, ABCÈS.

*Diagnostic.* — La paupière est rouge et tuméfiée, et sa température considérablement augmentée; la conjonctive est généralement injectée, et fréquemment il existe un chémosis notable. Au toucher, on découvre dans la paupière un point dur qui s'agrandit progressivement, se ramollit et donne alors la sensation de la fluctuation, en même temps que son sommet prend une coloration jaunâtre. La douleur est généralement très forte, empêche le sommeil et s'accompagne, chez des personnes délicates, de céphalalgie et de fièvre. Enfin l'abcès s'ouvre, le pus s'échappe et la paupière se dégonfle.

Lorsqu'un abcès siège vers l'angle interne (*anchilops*), il n'est pas toujours facile de le distinguer d'une inflammation aiguë du sac lacrymal.

*Étiologie.* — Les causes les plus fréquentes du phlegmon des paupières sont des contusions ou des traumatismes analogues.

*Traitement.* — Tout au début, on peut tenter d'arrêter l'inflammation par l'application du froid. Aussitôt l'induration reconnue, il est préférable d'employer des cataplasmes chauds et d'ouvrir l'abcès le plus tôt possible, par une large incision parallèle au bord libre de la paupière. Il faut continuer alors les compresses chaudes pour lesquelles on se sert avec avantage d'acide borique 5 grammes, eau distillée 1000 grammes,

et appliquer un bandage compressif pour éviter le décollement étendu de la peau.

Le *furoncle* et l'*anthrax* des paupières se présentent avec tous les symptômes du phlegmon et se distinguent de celui-ci par la gangrène du tissu sous-cutané et de la peau. La peau est livide et son épiderme soulevé en vésicules, les parties affectées forment une masse pultacée, et il résulte de cette destruction gangréneuse des pertes de substance considérables. — L'*anthrax* s'observe principalement sur des sujets âgés, épuisés par la misère. — Le *traitement* consiste dans une incision en forme de croix, pour débrider largement les parties atteintes, et dans l'emploi de cataplasmes chauds pour favoriser l'expulsion des matières gangrenées. Un régime fortifiant et une médication tonique sont indispensables pour soutenir les forces du malade.

La *pustule maligne* résulte du contact des paupières avec des matières animales en décomposition, le virus du farcin ou de la morve. On l'a observé chez des corroyeurs, des tanneurs, des bouchers, etc. Sur la paupière gonflée et légèrement enflammée, s'élève une pustule remplie de sérosité, qui s'ouvre rapidement et devient le siège d'une gangrène disposée à s'étendre aux parties environnantes. Les souffrances sont très vives, le malade est pris de fièvre, frissons, nausées. Bientôt survient une grande prostration des forces et le malade succombe. Dans les cas où le malade ne meurt pas, la gangrène peut s'arrêter, et il résulte de la maladie une destruction de la paupière, souvent de l'œil et d'une partie de la face.

En même temps qu'un traitement général apte à soutenir les forces du malade, on a conseillé des incisions profondes suivies de l'application du cautère actuel (*Mackensie*).

Les *pustules de l'éruption variolique* qui se présentent tantôt isolées, tantôt en rangée sur les paupières ou le long du bord ciliaire, peuvent provoquer une destruction du derme, des glandes de Meibomius et des follicules pileux de cette région. Il en résulte la perte des cils (*Madarosis*) une rougeur persistante du bord des paupières, enfin par rétraction cicatricielle, l'ectropion et le déplacement des points lacrymaux inférieurs avec

son influence fâcheuse sur le passage des larmes. — Pour éviter l'éruption variolique sur les paupières, on recommande l'application incessante de compresses froides (*Hebra*) ou d'une légère solution de sublimé (5 à 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau). L'imbrication des paupières avec les bandettes de taffetas de Vigo est plutôt nuisible, car elle occasionne une grande chaleur locale (*Skoda*). La ponction des pustules, l'emploi du collodion et des cautérisations avec le nitrate d'argent ne sont d'aucune utilité (*Hebra*). Mais il faut surveiller attentivement l'emplacement du bord des paupières, et surtout des points lacrymaux pour éviter le larmolement (voy. plus loin Maladies des voies lacrymales).

#### ARTICLE IV.

ECZÉMA DES PAUPIÈRES. HERPÈS ZOSTER FRONTALIS OU OPHTHALMICUS.  
AFFECTIONS SYPHILITIKES DES PAUPIÈRES.

1° L'*eczéma* se propage sur les paupières dans les cas d'*eczéma* général de la face, ou il est provoqué par le contact des sécrétions morbides de la conjonctive, qui irritent la peau fine de la paupière inférieure. Si cette affection dure quelque temps, la peau se rétracte et produit l'éversion du bord palpébral. Le point lacrymal étant alors dévié de sa direction normale, le larmolement s'ajoute encore aux causes d'irritation déjà existantes.

Le *traitement* de l'*eczéma* consiste d'abord dans l'emploi de poudre d'amidon que l'on peut mélanger avec une petite quantité d'oxyde de zinc. En saupoudrant les paupières avec cette poudre, il faut prescrire des soins de propreté pour éviter la formation de croûtes sur le bord palpébral. Une fois par jour, on étend sur la peau de la paupière malade une faible solution astringente (sulfate de zinc, acétate de plomb ou nitrate d'argent, 1 gramme pour 300 grammes d'eau). L'éversion du point lacrymal, si elle persiste, demande à être combattue par une petite incision du conduit lacrymal (voy. plus loin).

2° Le *zona ophtalmique* débute généralement par une né-

vralgie violente sur le parcours des nerfs frontal et naso-ciliaire; après quelques jours, la peau rougit et se tuméfié; on y constate une éruption de vésicules herpétiques en groupes qui se réunissent, se couvrent de croûtes adhérentes et produisent des cicatrices souvent assez profondes dont on retrouve les traces pendant toute la vie. La région affectée, atteinte pour longtemps d'anesthésie, reste cependant le siège de névralgies très intenses. L'affection décrite ne dépasse jamais la ligne médiane de la face. Elle se complique souvent d'ulcérations de la cornée (*Hutchinson, Bowman*) et d'iritis (*Horner*). — Le traitement de l'affection oculaire est celui de la kératite et de l'iritis. Contre les névralgies violentes qui persistent après la guérison du zona, *Bowman* a proposé et exécuté la névrotomie sous-cutanée.

3° Les *ulcérations syphilitiques* des paupières se rencontrent comme symptôme primaire aussi bien que comme symptôme secondaire. Ces ulcérations ont une tendance prononcée à s'étendre en largeur et surtout en profondeur, de sorte que leur siège au bord palpébral menace la paupière d'une déformation ou même de la destruction plus ou moins complète. Les ulcérations syphilitiques peuvent ainsi gagner la conjonctive, mais il est rare qu'elles y débutent primitivement (voy. p. 109).

Le traitement de ces ulcérations exige d'abord l'emploi énergique et prolongé de la médication antisiphilitique; localement, des cautérisations avec le nitrate d'argent, et un pansement soit avec du calomel à la vapeur, soit avec une légère solution de sublimé (50 centigrammes pour 300 grammes d'eau distillée). Lorsque les ulcères commencent à se cicatrifier, on emploie avec avantage une pommade au précipité rouge (5 centigrammes pour 8 grammes d'axonge).

#### ARTICLE V.

##### SÉBORRHÉE DES PAUPIÈRES. EPHIDROSE ET CHROMIDROSE.

*a.* On appelle *séborrhée* une augmentation de la sécrétion sébacée qui couvre alors la peau des paupières (et en même

temps les sillons naso-labiaux et les commissures des lèvres) d'une couche huileuse ou de petites pellicules jaunâtres. Cette affection devient facilement le point de départ d'une inflammation des bords palpébraux. Il importe donc d'enlever soigneusement toutes les masses sébacées par des lotions avec de l'eau de savon chaude, après avoir appliqué sur les croûtes jaunâtres un peu de glycérine ou d'huile. Après ces soins de propreté, on prescrit des douches ou des lotions avec de l'eau fraîche et quelques gouttes d'eau de Cologne.

*b.* L'*éhidrose* consiste dans une hypersécrétion des glandes sudorifiques. Les paupières se couvrent d'une couche de sueur qui, aussitôt enlevée, reparait toujours de nouveau. Il s'ensuit une excoriation des angles et des bords de la fente palpébrale, et enfin une conjonctivite catarrhale. Cette anomalie se rencontre rarement, et de préférence, chez les personnes sujettes aux transpirations. Comme traitement local, il faut soigner les excoriation à l'aide d'une solution de nitrate d'argent (50 centigrammes pour 100 grammes d'eau), et combattre la prédisposition générale par l'hydrothérapie et par un régime tonifiant.

*c.* Dans la *chromidrose*, on observe une coloration bleu foncé ou brunâtre des paupières que l'on enlève facilement avec de l'huile ou de la glycérine, mais qui résiste à l'eau pure. Le pigment enlevé reparait au bout d'un temps plus ou moins long. Cette affection curieuse a été observée presque toujours chez des femmes dont le plus grand nombre étaient hystériques. Souvent on a pu se convaincre qu'il s'agissait d'une coloration artificielle; cependant, dans d'autres cas, la réalité de l'affection paraît hors de doute. La maladie disparaît d'elle-même; les traitements se sont montrés toujours inefficaces.

*d.* On a noté aussi la présence de *poux* dans les cils et dans les sourcils comme étant la cause d'irritation et de prurigo. On peut les reconnaître quelquefois à l'œil nu ou à la loupe et les détruire par l'emploi prudent de l'onguent mercuriel.

## ARTICLE VI.

ŒDÈME ET EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES. ECCHYMOSES  
PALPÉBRALES.

1° L'œdème des paupières accompagne souvent les affections de la conjonctive, les inflammations du globe oculaire et des tissus orbitaires. Cette affection se rencontre aussi à la suite de contusions des paupières ou de troubles de la santé générale (affections du cœur et des reins, trichinose) chez des sujets faibles. Enfin, on la trouve sans qu'il soit possible d'en reconnaître la cause directe. Tantôt, cet œdème est localisé à la paupière inférieure qui forme alors une sorte de poche pendante, plus prononcée le matin et diminuant de volume pendant la journée; tantôt, les deux paupières sont tellement gonflées que la fente palpébrale ne peut s'entrouvrir.

L'œdème symptomatique d'une affection oculaire disparaît avec cette dernière; l'œdème idiopathique est souvent rebelle à tout traitement.

Après avoir rempli les indications fournies par l'état général du malade, on combat l'œdème des paupières par l'emploi du bandage compressif ou par des sachets chauds remplis de camomille, par l'application répétée de la teinture d'iode ou d'une pommade iodurée. Si l'œdème persiste et gêne le malade, on peut diminuer le gonflement des paupières par l'excision d'un pli horizontal ou de quelques plis verticaux de la peau palpébrale.

2° L'emphysème des paupières, c'est-à-dire la pénétration d'air dans le tissu cellulaire, est facile à reconnaître par la crépitation que la paupière gonflée présente à la pression des doigts. Le gonflement est souvent considérable et étendu, la peau intacte ou violacée par des ecchymoses simultanées. — La cause de l'affection est généralement de nature traumatique; elle doit être recherchée dans une fracture de la paroi osseuse du nez ou des sinus frontaux qui laissent alors pénétrer l'air en même temps dans le tissu cellulaire de l'orbite; ou, enfin, dans

une déchirure des conduits et du sac lacrymal. — L'emphysème disparaît spontanément en peu de jours, surtout si les malades évitent les grands efforts d'expiration, par exemple de se moucher violemment, etc. Il est d'ailleurs facile de faire disparaître instantanément le gonflement des paupières par quelques mouchetures pratiquées avec une petite aiguille.

3° Les *ecchymoses* palpébrales surviennent après des contusions des paupières, après des opérations pratiquées sur la conjonctive et dans le tissu sous-conjonctival (strabotomie), après des lésions des parois orbitaires, après des fractures intracrâniennes, et très rarement d'une façon spontanée comme prodromes d'apoplexies cérébrales (*Desmarres*). Ces *ecchymoses* se résorbent facilement, un peu plus vite lorsqu'on emploie des fomentations avec la teinture d'arnica (20 gouttes pour un verre d'eau), et surtout par une compression méthodique à l'aide d'un bandeau un peu serré.

## ARTICLE VII.

INFLAMMATION DU BORD PALPÉBRAL, BLÉPHARITE  
MARGINALE OU CILIAIRE.

L'inflammation du bord palpébral se caractérise au début et dans sa forme la plus bénigne, par une rougeur du bord et surtout des angles palpébraux, accompagnée de sensations de chaleur, de brûlure, de picotements et de démangeaisons. Ces symptômes s'aggravent si les yeux sont exposés à la poussière ou à la fumée, et lorsque les malades s'appliquent à un travail assidu et minutieux. L'affection peut conserver cette forme, ou elle s'aggrave par l'hypersécrétion des glandes sébacées et par l'apparition de petites pustules d'acné.

La partie du derme qui supporte les cils est alors légèrement tuméfiée, couverte de croûtes qui recouvrent des excoriations, et à côté desquelles on distingue encore les petits boutons d'acné remplis de pus et dont la dessiccation a produit les croûtes. Ces pustules se trouvent entre les cils ou à leur base. Le voisinage de ces parties présente une grande quantité de

pellicules fines et molles qui enveloppent les cils et en forment des faisceaux plus ou moins larges. Le matin, au réveil, les bords des paupières sont collés ensemble et empêchent les malades d'ouvrir leurs yeux. Lorsqu'ils arrachent les croûtes sans précautions ou qu'ils veulent nettoyer leurs paupières rapidement, les bords saignent, les cils tombent, et au bout de peu de temps les bords palpébraux sont couverts de nouvelles croûtes.

Lorsque l'inflammation augmente encore, le bord palpébral tout entier se tuméfie, s'ulcère, les cils tombent et ceux qui les remplacent deviennent de plus en plus faibles et fins; ceux-ci prennent une mauvaise direction, et, à la longue, le bord palpébral peut se trouver tout à fait dépourvu de cils (*Madarosis*); ou l'on n'y trouve que quelques cils très pâles, isolés, très longs recourbés dans un sens ou dans l'autre. Dans ces conditions, les follicules pileux sont atrophiés, le tissu cellulaire qui les entoure est hypertrophié, tout le bord palpébral est épaissi et induré par du tissu cicatriciel qui s'est formé à la place des ulcérations (*Tylosis*).

L'épaississement du bord palpébral éloigne celui-ci du globe oculaire et fait dévier les points lacrymaux qui cessent de fonctionner; les larmes s'arrêtent alors sur la conjonctive qui d'ailleurs participe facilement à l'inflammation des bords palpébraux; les glandes de Meibomius s'oblitérent, et dans ces formes extrêmes de la blépharite on voit la paupière entière se renverser progressivement.

La *marche* de la blépharite est essentiellement chronique. Elle débute par des symptômes peu manifestes, s'aggrave plus ou moins vite, selon les conditions d'existence de la personne atteinte. On y observe des périodes de rémission et d'exacerbation. Un traitement approprié peut arrêter la marche de la maladie et obtenir un résultat favorable, aussi longtemps que les glandes de Meibomius fonctionnent et que leurs orifices ne sont pas oblitérés. Ce moment passé, on peut encore soulager les malades, améliorer l'état de leurs paupières; mais une restitution complète de l'état normal n'est plus à espérer.

*Étiologie.* — La blépharite est surtout fréquente chez les sujets lymphatiques, chez ceux dont la peau est très irritable et délicate, chez ceux qui manquent de propreté. Enfin, cette af-

fection survient à la suite de la conjonctivite chronique et surtout à la suite d'anomalies dans les voies lacrymales. On a remarqué aussi la coïncidence fréquente avec des anomalies de réfraction.

*Traitement.* — La première condition de la guérison de la blépharite est la propreté la plus minutieuse. Il est indispensable de faire laver les paupières fréquemment avec de l'eau chaude, et si cela ne suffit pas pour les débarrasser des pellicules et des croûtes adhérentes, il faut y faire appliquer, surtout le matin, des compresses trempées dans une solution d'acétate de plomb (4 gr. pour 100 gr. d'eau) chaude. S'il n'y a ni excoriations ni croûtes, mais seulement une rougeur persistante du bord palpébral, on y fait appliquer tous les jours ou tous les deux jours un pinceau trempé dans l'huile de cade. Il est utile de débarrasser les paupières des cils qui sont prêts à tomber, en faisant glisser légèrement les cils entre les extrémités du pouce et de l'index, ou à l'aide d'une petite pince à cils. Au moment du coucher, pour éviter la production de croûtes sur les bords des paupières pendant la nuit, les malades recouvrent les bords palpébraux d'une couche mince de la pommade suivante :

Précipité blanc.....	3 centigrammes
Sous-acétate de plomb.....	10 —
Huile d'amandes douces.....	50 —
Vaseline.....	5 grammes.

On peut remplacer, dans cette pommade, le précipité blanc par l'oxyde de zinc ou par le précipité rouge.

Lorsque les bords des paupières sont déjà excoriés ou même le siège de petites ulcérations, les corps gras sont rarement supportés. Il faut alors employer une solution de nitrate d'argent (50 centigrammes pour 50 grammes d'eau), ouvrir les pustules d'acné et cautériser leur emplacement ou le fond des ulcères avec un crayon de nitrate d'argent mitigé et très pointu, en ayant soin de neutraliser l'excès du caustique par de l'eau salée. Aussitôt la couche épidermique rétablie, on peut essayer l'emploi des pommades indiquées. Dans ces conditions, l'usage de l'huile de cade et de la teinture d'iode rend aussi les meilleurs services.

Si les croûtes se forment en grande quantité et qu'il existe un épaissement considérable des bords palpébraux, il faut ordonner des cataplasmes chauds à appliquer matin et soir pendant une heure. On fait en outre recouvrir pendant la nuit les paupières fermées d'une compresse de toile enduite d'une couche mince de :

Emplâtre de plomb.....	} 10 grammes.
Huile de lin.....	
Baume du Pérou.....	

Il faut naturellement se préoccuper des complications de la blépharite et des soins exigés par l'état général des malades. Les conjonctivites sont à soigner d'après les principes établis dans le chapitre de ces affections, les maladies des voies lacrymales d'après les conseils que nous donnerons plus loin. En cas d'anomalies de réfraction, il faut prescrire les verres nécessaires. La direction normale des points lacrymaux demande à être surveillée soigneusement, et, en cas de déviation, il faut fendre les conduits sans retard. Les malades atteints de blépharite doivent séjourner autant que possible dans un air pur et frais; ils doivent se servir de lunettes bleues, s'abstenir de tout travail excessif, ainsi que de tout excès dans leur régime général. Une diathèse scrofuleuse ou lymphatique est à combattre par les moyens appropriés.

## ARTICLE VIII.

## ORGELET (HORDEOLUM).

L'orgelet, qui consiste dans une inflammation furonculaire du tissu cellulaire de la paupière, apparaît dans le voisinage des cils, sous forme d'un bouton dur, très douloureux au toucher, et accompagné d'inflammation et de gonflement de la partie de la paupière dans laquelle l'orgelet siège, ou de la paupière tout entière. Quelquefois, les malades souffrent beaucoup et accusent même un mouvement fébrile. L'orgelet se développe dans l'espace de quelques jours, son sommet prend une colora-

tion jaunâtre, s'ouvre et donne issue à un peu de tissu cellulaire mortifié.

Cette affection se reproduit souvent, de sorte que parfois les malades ont un orgelet après l'autre, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois même.

Tout au début, on peut essayer de combattre l'inflammation par des compresses froides; cependant, pour peu que l'état se prolonge, il est bien préférable d'employer des cataplasmes chauds, émoullents, pour hâter la suppuration.

On peut abandonner la rupture de la petite tumeur à la nature ou pratiquer une petite incision à son sommet. Si la suppuration se prolonge, on peut cautériser légèrement la petite cavité avec le crayon de nitrate d'argent mitigé.

La prédisposition à une rechute doit être combattue par une pommade au précipité blanc d'après la formule donnée plus haut.

## ARTICLE IX.

## TUMEURS DES PAUPIÈRES.

1<sup>o</sup> Le *chalazion* est une petite tumeur ferme et immobile qui se développe dans le tarse par l'altération d'une glande de Meibomius. En effet, son enveloppe est constituée par les parois d'une de ces glandes, et son contenu par le produit de sécrétion de cette glande. Tantôt ce produit de sécrétion est changé en une matière liquide, purulente; tantôt c'est une masse gélatineuse, grasseuse, sébacée et mélangée de tissu cellulaire de nouvelle formation.

Ce petit kyste, dont la grandeur peut varier entre le volume d'une forte tête d'épingle ou d'une lentille, et celui d'une fève ou même d'une noisette, proémine tantôt vers la conjonctive au point de laisser voir par transparence son contenu, tantôt vers la peau externe de la paupière. On en rencontre souvent plusieurs dans la même paupière ou dans les deux paupières du même côté et quelquefois des deux yeux. Leur consistance varie naturellement avec leur contenu.

Le chalazion se développe presque toujours très lentement et peut s'arrêter à chaque degré de son développement. Rarement

la distension progressive du kyste amène la perforation spontanée de sa paroi interne. Cette perforation peut être suivie d'une guérison définitive; ou le contenu se reproduit, et se l'ouverture du chalazion reste béante, elle s'entoure de bourgeons charnus qui prennent parfois un assez grand développement et deviennent une source d'irritations pour l'œil.

Le traitement du chalazion consiste presque toujours dans une intervention chirurgicale, les frictions avec une pommade iodurée restant généralement sans résultat. On l'opère ou par excision (énucléation), ou par l'incision avec évacuation de son contenu à l'aide d'une petite curette en acier à bords tranchants. Cette dernière méthode sert de préférence pour les chalazions dont le contenu s'échappe sans peine, et dont les parois sont peu épaisses. On renverse alors la paupière et l'on incise dans toute sa largeur la petite tumeur qui fait saillie à la surface de la muqueuse. Pour faire sortir complètement le contenu du kyste, il faut exercer une certaine pression sur la paupière renversée, en arrière de la tumeur, et enlever ce qui reste avec la curette.

L'excision se pratique généralement à travers la conjonctive, la paupière étant renversée; rarement à travers une incision cutanée, que l'on préfère lorsque la petite tumeur est située immédiatement au-dessous de la peau. On incise alors les tissus qui la recouvrent transversalement et dans une étendue suffisante pour extraire le kyste facilement. Il faut se garder d'ouvrir ce dernier même. Puis on détache soigneusement le kyste de ses adhérences avec les tissus environnants, et l'on pratique l'excision en faisant attention de laisser intacte la peau, ou la muqueuse si l'on a opéré par une incision cutanée. Dans ce dernier cas, on peut réunir la plaie par une suture. La cautérisation de la poche est inutile. Les pinces de Desmarres, appliquées comme la figure 200 l'indique, peuvent servir utilement dans cette opération.

2° Le *milium* ou *millet* est une petite tumeur d'un blanc perlé, de la grosseur d'une tête d'épingle, située sur la peau des paupières et de la partie voisine de la joue, où l'on en remarque souvent un nombre plus ou moins considérable. Si le malade veut s'en débarrasser, on incise l'épiderme qui recouvre la petite tumeur avec une aiguille ou un petit bistouri très

pointu, et l'on extrait le petit kyste en totalité; si l'enveloppe avait été ouverte, il faudrait en exciser une petite portion.

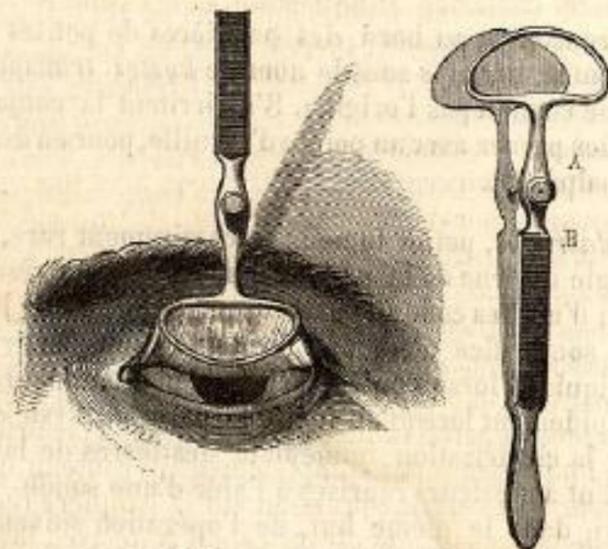


Fig. 200. — Pinces de Desmarres.

3° Le *molluscum* est, comme le millet, une tumeur kystique mais d'un volume bien plus considérable, car il atteint quelquefois la grandeur d'un pois et bien plus. Son sommet offre parfois une pigmentation plus foncée, et l'on y distingue l'orifice dilaté d'un follicule pileux de la peau, dont la distension et l'altération consécutive produisent le molluscum. Cet orifice est parfois couvert par une matière sébacée de couleur brunâtre, et cette matière paraît assez irritante pour causer dans les follicules voisins, en les touchant, des altérations qui deviennent le point de départ d'autres tumeurs de nature pareille (*molluscum contagiosum*).

Le molluscum se rencontre sur toute la peau des paupières, mais surtout vers leur périphérie; il peut se pédiculer et forme alors une sorte de petite corne dont le sommet montre encore l'orifice du follicule. De ces petites cornes, on en voit parfois un certain nombre sur les paupières des enfants et au pourtour. Pour les guérir, on peut les comprimer entre les branches d'une pince un peu large pour évacuer leur contenu et emporter en même temps l'enveloppe qui cède facilement, ou enlever

toute la tumeur d'un coup de ciseaux. Si le molluscum est plus volumineux, il est préférable de l'extraire en totalité à travers une incision cutanée suffisante.

4° On rencontre au bord des paupières de petites vésicules transparentes, décrites sous le nom de *kystes transparents*, et dont on ne connaît pas l'origine. S'ils irritent la conjonctive, il suffit de les percer avec un pointe d'aiguille, pour en débarrasser le bord palpébral.

5° Le *dacryops*, petite tumeur excessivement rare, est situé vers l'angle externe de la paupière supérieure et résulte de la dilatation d'un des conduits excréteurs de la glande lacrymale. Aussi, si son orifice n'est pas fermé, on voit sortir quelques gouttes liquides lorsqu'on comprime la petite tumeur. Elle disparaît rapidement lorsqu'on incise la paroi du kyste et que l'on empêche la cicatrisation immédiate des lèvres de la plaie, en les écartant à plusieurs reprises à l'aide d'une sonde. De Graefe s'est servi, dans le même but, de l'opération suivante : après avoir dilaté avec un stylet conique l'orifice très fin du kyste, il y introduisit une aiguille courbe munie d'un fil de soie et appliqua une ligature comprenant 4 millimètres de la paroi du kyste. Après dix jours, il enleva la ligature et divisa avec des ciseaux la partie de la paroi que la ligature n'avait pas complètement séparée. Enfin, il écarta les lèvres de la plaie à l'aide d'une petite sonde, jusqu'à ce que la cicatrisation des bords permit de considérer l'ouverture du kyste comme définitive.

6° Les tumeurs érectiles ou *navi materni vasculaires* ont tantôt la forme de verrues rouge écarlate dans lesquelles le toucher rencontre des battéments artériels, tantôt la forme de plaques larges. Elles sont presque toujours congénitales, siègent de préférence à la périphérie de la paupière supérieure et peuvent rester stationnaires, ou s'accroître et envahir successivement toute la paupière et passer dans l'orbite, ou s'étendre sur le front ou sur la joue. Elles peuvent être opérées de différentes manières.

Lorsqu'elles sont d'un très petit volume, elles disparaissent quelquefois après de simples cautérisations avec le nitrate d'argent, avec les acides nitrique ou chlorhydrique appliqués à l'aide d'une petite tige de verre. On a vu aussi des résultats heureux

de l'inoculation du virus vaccin dans les petits *navi materni* des jeunes enfants. L'injection du perchlorure de fer, après la publication des cas où cette injection a été suivie d'une terminaison funeste, ne sera plus essayée, je crois, contre les tumeurs érectiles des paupières. Le séton et la ligature ne sont applicables qu'aux tumeurs de moyenne grandeur. La ligature peut être circulaire, elle étrangle alors la tumeur au-dessous d'une ou deux aiguilles que l'on a enfoncées préalablement à sa base. On peut aussi comprendre dans la ligature une portion de la tumeur seulement, et répéter l'opération à plusieurs reprises. Un moyen excellent, et qui s'est montré souvent très efficace, consiste en l'application de l'électrolyse et dans celle de la méthode galvano-caustique pratiquée soit avec un fil de platine, soit avec des aiguilles que l'on enfonce dans la tumeur sur plusieurs points. Les grands avantages de l'électrolyse sont l'absence de douleur, de tout danger, et de difformités cicatricielles considérables.

Pour des tumeurs érectiles d'un volume trop considérable pour être attaquées directement, on a tenté la compression et même la ligature de la carotide du côté malade.

7° *Xanthelasma* est le nom de taches jaunes à peine proéminentes que l'on trouve sur la peau des paupières et du voisinage, et dont l'étendue est très variable. Elles existent souvent chez des personnes atteintes d'affections du foie ou sujettes à la migraine. Si l'on veut enlever un xanthelasma, on en fait l'excision, et l'on réunit les lèvres de la plaie par une ou plusieurs sutures.

8° On a encore rencontré sur les paupières, quoique bien rarement, des *fibromes* et des *sarcomes*. Ces tumeurs ne peuvent être distinguées l'une de l'autre que par l'examen microscopique, tellement elles se ressemblent dans leur apparence. Le seul signe différentiel consiste dans la rapidité de développement et d'extension propre au sarcome (*Virchow*).

Tantôt elles proéminent vers la peau, tantôt elles forment dans la profondeur de la paupière des tumeurs circonscrites et résistantes. Quelquefois les fibromes se présentent sous forme d'une plaque de consistance cartilagineuse et même osseuse.

Les fibromes ne peuvent devenir l'objet d'un traitement que lorsqu'ils provoquent une gêne intolérable pour le malade. Le sarcome, au contraire, exige une opération immédiate.

On a encore signalé quelques cas rares de *lipomes* des paupières. C'étaient des tumeurs circonscrites, légèrement mobiles, donnant une sensation molle et élastique, et présentant de petites bosselures. Lorsque cette tumeur devient gênante par ses dimensions, il est aisé de l'enlever par énucléation, à travers une incision cutanée.

9° *Lupus*. — Il peut se développer d'abord sur les paupières, ou s'y étendre de la joue ou de la conjonctive. Il est caractérisé par des nodosités semi-transparentes, brunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui environnent les ulcérations. Il faut le combattre par des évidements énergiques avec la curette en acier à bords tranchants; sans cela il occasionne des destructions étendues des paupières, se complique d'entropion et d'ectropion, de symblépharon et d'ankyloblépharon, amène des ulcérations de la cornée et la perte du globe oculaire. (Voy. *Lupus* de la conjonctive.) Quant aux opérations plastiques destinées à remplacer les paupières détruites par le *lupus*, il vaut mieux les retarder jusqu'à la guérison de la maladie, parce qu'on a vu aussi les lambeaux transplantés atteints par le *lupus*.

10° *Épithéliome*. — Il débute ordinairement par le bord ciliaire des paupières, notamment de la paupière inférieure dans sa moitié interne. On y aperçoit d'abord un petit tubercule, comme une petite verrue, presque transparent et d'une teinte grisâtre; au toucher, il est bosselé et composé de plusieurs petits boutons. Il augmente vite d'étendue et entre dans la période d'ulcération.

L'ulcère est uni, son fond induré, ses bords sont irréguliers. Il est couvert d'une sécrétion sanieuse qui se dessèche à la périphérie et y forme des croûtes. L'ulcération gagne de plus en plus sur les parties voisines indurées; elle peut s'arrêter pour quelque temps, puis reprendre sa marche, ou bien cesser sur un point, pendant qu'elle continue sur un autre. On distingue cette ulcération de l'ulcération syphilitique mentionnée plus haut, par la lenteur de sa marche, l'état des téguments environnants, et surtout par l'étude des antécédents du malade.

L'épithéliome se manifeste rarement avant la période moyenne de la vie: il marche d'abord lentement, mais bien plus vite lorsqu'il a atteint la conjonctive.

Le pronostic de cette affection est grave; en cas d'opération, les rechutes sont d'autant plus à craindre que la destruction a été moins complète et n'a pas été portée jusque dans les parties saines de la peau.

Le traitement consiste dans l'extirpation par le bistouri ou dans la destruction par les caustiques. Lorsque la tumeur est d'une étendue modérée et nettement limitée, de façon que l'on puisse espérer l'enlever dans sa totalité, l'extirpation est indiquée. Il faut avoir soin de pratiquer les incisions dans les parties saines de la peau, et après avoir enlevé la tumeur, on donne à la perte de substance une forme favorable à la transplantation d'un lambeau de la peau circonvoisine. (Voy. plus loin, l'article *Blépharoplastie*.) D'autres chirurgiens préfèrent abandonner la plaie à la cicatrisation par granulation, et favoriser cette cicatrisation par la greffe de petits morceaux cutanés.

Comme caustique, on emploie souvent la potasse, la pâte au chlorure de zinc et l'acide nitrique.

M. Bergeron a employé avec un succès remarquable le chlorate de potasse localement et aussi comme traitement interne. (Voy. *Bulletin de thérapeutique*, t. XLVI, p. 12.) Il applique sur la tumeur des plumasseaux de charpie imprégnée de la solution suivante: Eau distillée 120 grammes; chlorate de potasse 20 grammes; à l'intérieur, il le donne à la dose de 2 grammes par jour.

Le docteur Broadbent<sup>1</sup> a recommandé l'acide acétique, une partie pour quatre parties d'eau, en injections et en badigeonnage. L'on a fait des tentatives analogues avec le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, etc.

## ARTICLE X.

## BLÉPHAROSPASME.

Les états spasmodiques du muscle orbiculaire des paupières se présentent sous des formes très différentes. On rencontre ainsi des contractions de courte durée dans quelques fibres du

1. Power, *On Diseases of the Eye*.

muscle, qui surviennent sans cause connue, et disparaissent de même. Les malades disent habituellement, dans ces cas, qu'ils sentent quelque chose sauter dans leur paupière, et remarquent que ces contractions surviennent ou augmentent à la suite d'émotions ou après un travail fatigant pour les yeux.

D'autres fois, on observe des clignements fréquents des paupières, souvent plus désagréables pour ceux qui les voient que pour ceux qui en sont atteints. Ces clignements ont parfois pour cause première une irritation de la conjonctive, ou une excitation des fibres sensibles qui appartiennent aux téguments de l'œil.

Ils surviennent aussi à la suite d'efforts accommodatifs inaccoutumés, par exemple, chez les enfants, au début des études. Une recherche exacte de la cause (correction des anomalies de la réfraction), et un bon régime général chez des personnes faibles ou nerveuses, suffisent pour faire disparaître ce blépharospasme.

Généralement, on comprend sous le nom de *blépharospasme* l'occlusion spasmodique de la fente palpébrale, soit qu'elle apparaisse seulement d'une façon intermittente, ou qu'elle s'établisse d'une manière continue.

Ce blépharospasme survient par différentes causes. Il est dû tantôt à la pénétration d'un corps étranger dans le sac conjonctival; tantôt il coïncide avec certaines inflammations de la conjonctive et de la cornée (*blépharospasme scrofuleux*); tantôt il n'est qu'un symptôme d'une névrose réflexe de la cinquième paire.

Il faut encore citer la présence de vers intestinaux dans le tube digestif, ainsi que l'hystérie, comme cause du blépharospasme. Quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, les contractions forcées des paupières persistent souvent après la guérison de la maladie qui les a provoquées.

Souvent le blépharospasme n'est d'abord qu'intermittent; puis il devient continu et s'étend même à des muscles voisins et éloignés. Cette dernière complication survient surtout dans le blépharospasme dû à une névrose générale. C'est aussi dans ce cas que l'on a remarqué qu'il existait dans les parties innervées par la cinquième paire un point précis où la compression du nerf contre l'os suffisait pour faire cesser le blépharospasme.

*Pronostic.* — Le pronostic est grave, si l'on excepte les cas où le blépharospasme est occasionné par un traumatisme, ou par une conjonctivite ou une kératite. Pour les autres cas, la guérison est incertaine, et la contraction prolongée des paupières peut avoir des suites fâcheuses pour l'œil. En outre, le moral et la santé générale de ces malades souffrent de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de se servir de leurs yeux.

*Traitement.* — Dans le traitement de cette affection, il importe avant tout d'en déterminer exactement la cause. Si l'examen du sac conjonctival et de l'œil malade est indispensable, on sera souvent obligé d'employer le chloroforme pour vaincre la résistance du spasme musculaire.

Chez les enfants, on réussit aussi à faire ouvrir les yeux en plongeant leur figure un instant dans l'eau froide. Reconnaît-on alors la présence d'un corps étranger ou une affection de la cornée qui peuvent expliquer le blépharospasme, on dirigera le traitement contre ces causes. En même temps, on agit contre le blépharospasme en élargissant la fente palpébrale par la section du ligament palpébral externe (v. p. 80 et la description de la *cantoplastie* plus loin).

Si le blépharospasme persiste même après la disparition des accidents inflammatoires, ou s'il est déterminé par une névrose d'une branche de la cinquième paire, il faut examiner si la compression exercée sur le trajet d'un de ces nerfs ne réussit pas à faire cesser ou à modérer les contractions spasmodiques. Le nerf sus-orbitaire est celui qui contribue le plus à la sensibilité du muscle orbiculaire, et c'est par lui que nous commençons nos essais de compression; mais l'expérience a prouvé qu'il ne faut pas s'arrêter là, et tenter également l'effet de la compression sur le sous-orbitaire, la branche temporale du maxillaire, le nerf dentaire inférieur, etc.

Quand on a ainsi déterminé le point où la compression du nerf agit favorablement sur les contractions, on essaye généralement des injections sous-cutanées de morphine, pratiquées à ces mêmes endroits.

Il ne faudra pas oublier que le résultat dépend souvent de ce que la solution doit être portée exactement sur ce point et injectée dans la direction centrifuge du nerf. Des exemples

frappants m'ont prouvé que les insuccès doivent être souvent attribués à des erreurs commises à cet égard.

Tantôt les injections de morphine suffisamment répétées produisent une guérison complète; tantôt elles ne sont suivies que d'une amélioration passagère; d'autres fois, enfin, elles ne se montrent efficaces que comme moyens palliatifs et indiquent la nécessité d'autres essais thérapeutiques dirigés sur le point où la compression du nerf et l'injection de la solution calmante ont fait cesser passagèrement, ou du moins ont modéré les contractions spasmodiques. C'est alors que nous sommes autorisés à avoir recours à la névrotomie.

Le choix du nerf à sectionner dépend naturellement de la recherche préalable des points sur lesquels la compression de certaines branches de la cinquième paire réussit à arrêter le blépharospasme. Parmi ces branches, nous devons citer, en commençant par les moins fréquentes: le nerf dentaire inférieur<sup>1</sup>, qu'on sectionne dans la bouche, en dirigeant le névrotome contre la branche montante de l'os maxillaire inférieur; la branche temporale du filet malaire, que l'on atteint dans la fossette temporale même; enfin le nerf sus-orbitaire, dont la section a été pratiquée déjà un très grand nombre de fois, avec des résultats différents, selon la cause qu'il fallait attribuer au blépharospasme<sup>2</sup>.

L'exécution exacte de cette opération exige l'emploi du chloroforme, surtout pour les enfants. L'opérateur, placé en face du malade ou derrière lui, relève fortement de la main gauche le sourcil, en tendant la peau en haut et en dehors; puis il enfonce le ténotome de dehors en dedans sous la peau, et le fait glisser le long du bord de l'arcade orbitaire. Arrivé à 25 millimètres environ en dehors de la racine du nez, un peu en dedans de l'union du tiers interne avec les deux tiers externes du rebord orbitaire supérieur, il tourne le tranchant de l'instrument vers l'os et y pratique une incision, en pénétrant jusque dans le périoste. Si l'on examine la sensibilité cutanée immédiatement après l'opération, on ne trouve parfois qu'une

1. Voy. A. de Graefe, dans le *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Berlin*, séances du 16 décembre 1863 et du 6 avril 1864.

2. Voy. A. de Graefe, Observations de section du nerf sus-orbitaire avec remarques sur les résultats obtenus par cette opération. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1858, IV, 2, p. 184.

anesthésie assez imparfaite et très restreinte, même lorsque la section du nerf a été complète; mais cette anesthésie augmente dans le courant de la journée ou du lendemain qui suit l'opération.

Il est utile d'appliquer un bandeau compressif serré pour empêcher la formation d'ecchymoses sous-cutanées. Généralement, les malades peuvent quitter leur chambre quelques jours après l'opération. La sensibilité de la peau, détruite par la section du nerf sus-orbitaire, ne revient que très lentement, mais cette anesthésie partielle gêne fort peu les malades.

Si on n'a pu trouver un point où la compression du nerf fait cesser le blépharospasme ou si la névrotomie a été faite sans résultat, il faut essayer le courant constant, soit en applications d'un courant de force moyenne et de courte durée, soit en se servant seulement d'un ou deux éléments que l'on laisse agir pendant plusieurs heures durant le sommeil. Le pôle négatif est appliqué sur les paupières, le pôle positif dans le voisinage de la cinquième vertèbre cervicale. — En cas de disposition hystérique on peut essayer aussi la métallothérapie.

## ARTICLE XI.

## SYMBLÉPHARON ET ANKYLOBLÉPHARON. BLÉPHAROPHIMOSIS.

1° *L'ankyloblépharon*, c'est-à-dire l'adhérence des paupières l'une à l'autre par leurs bords libres, peut occuper une étendue plus ou moins grande de la fente palpébrale. On l'observe, soit comme vice congénital, soit à la suite d'une lésion traumatique, surtout des brûlures, soit enfin comme résultat d'une vive inflammation de la muqueuse et du bord ciliaire.

*Traitement.* — L'opération consiste à séparer l'adhérence avec le bistouri, ou, ce qui vaut mieux, d'un coup de ciseaux. Il est prudent de passer une sonde cannelée derrière la partie où les bords de la paupière sont adhérents.

Les adhérences divisées, toute l'attention de l'opérateur doit se porter sur les moyens d'empêcher la réunion nouvelle des bords palpébraux. Dans ce but, on a proposé un grand nombre de moyens tendant à combattre la difficulté que l'on éprouve à

empêcher les adhérences de se reproduire. Ainsi, on a cherché à maintenir les paupières écartées, en les fixant, soit au moyen de bandelettes agglutinatives, soit à l'aide d'un fil passé à travers la peau de chaque paupière et maintenu sur le front et la joue. On a aussi proposé d'interposer entre les bords palpébraux des corps étrangers, de recouvrir les lèvres de la plaie de couches de collodion souvent renouvelées, ou enfin, la cautérisation d'un des bords seulement avec le nitrate d'argent. Une ressource précieuse et facilement applicable est la suture de la conjonctive palpébrale, disséquée et attirée au dehors, avec la peau de la paupière inférieure (*de Ammon*). Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on enlève les sutures devenues inutiles.

Cette réunion de la muqueuse et des lèvres de la plaie cutanée est tout à fait indispensable si l'on a affaire à des brides cicatricielles siégeant vers les angles de l'œil; car, sans cela, les angles de la plaie se réuniraient toujours et raccourciraient la fente palpébrale. Il est donc nécessaire, après avoir incisé la bride cicatricielle, ou après l'avoir excisée si elle est large, de pratiquer la seconde partie de l'opération du blépharophimosis ou une véritable cantoplastie (voy. plus loin la description de ces opérations).

L'ankyloblépharon se complique fréquemment d'adhérences de la paupière au globe, et il est important de connaître l'étendue de cette adhérence, avant d'entreprendre une opération qui serait inutile si la conjonctive palpébrale était adhérente à toute la surface de la cornée. On en juge surtout par la mobilité de l'œil derrière les paupières, en engageant le malade à remuer le globe et à essayer d'ouvrir et de fermer l'œil. On peut encore, dans le même but, passer un stylet dans une ouverture de l'angle interne ou externe, et examiner si l'instrument peut, ou non, se mouvoir librement en haut et en bas, dans l'espace oculo-palpébral.

2° Le *symblépharon*, c'est-à-dire l'adhérence entre la conjonctive de la paupière et celle du globe oculaire, peut être partielle ou totale. Dans le premier cas, il s'agit d'une bride plus ou moins large qui unit la conjonctive palpébrale au bulbe et laisse le cul-de-sac libre; dans l'autre forme, celui-ci participe à la réunion anormale.

Lorsque le symblépharon se présente sous la forme d'une couche épaisse, il porte le nom de symblépharon *sarcomateux*; si la conjonctive est en même temps atrophiée ou détruite, le symblépharon est *membraneux* ou *fibreux*. Cet état survient à la suite de brûlures ou d'ulcérations de la conjonctive bulbaire et palpébrale; il accompagne aussi la xérophtalmie.

Le *pronostic* du symblépharon est d'autant plus grave qu'il est plus étendu, que le cul-de-sac conjonctival y participe davantage, et que le tissu s'est transformé sur une plus grande surface en tissu cicatriciel.

*Traitement.* — Le symblépharon devient l'objet d'une opération lorsque son étendue et sa position empêchent les mouvements de l'œil ou des paupières, ou dans les cas où il recouvre une partie de la cornée, et occasionne des troubles de la vue. Le procédé opératoire à employer contre le symblépharon, ainsi que le succès de cette opération, dépendent, en grande partie, du siège et de l'étendue de la portion intermédiaire qui réunit la paupière au globe de l'œil. Ainsi, lorsqu'une simple bride est étendue de la paupière à la conjonctive bulbaire, il est facile d'en obtenir la séparation à l'aide d'une *ligature* dans laquelle on serre étroitement la bride cicatricielle. S'il arrivait que la bride fût plus large, on pourrait réussir à l'aide du même moyen, en employant deux ligatures, dont chacune embrasserait la moitié de la partie membraneuse qui s'étend de la paupière sur le globe de l'œil. Une fois la séparation obtenue, on enlève la partie de la bride qui adhère à la cornée ou à la conjonctive bulbaire, dont on peut réunir la plaie par quelques points de suture. Ce n'est que lorsque cette plaie est complètement cicatrisée qu'il faut enlever la portion de la bride qui adhère à la conjonctive palpébrale.

On a employé un procédé analogue même pour les symblépharons complets. On traverse le fond du symblépharon avec une aiguille-lance, dans la direction de la gouttière palpébrale et aussi profondément que possible. Puis on engage dans la plaie ainsi faite un fil de plomb dont les deux bouts peuvent être recourbés aux angles de la fente palpébrale dont ils émergent. D'autres opérateurs réunissent les bouts du fil et, de temps en temps, serrent le nœud un peu plus fortement (voy.

fig. 201). On doit laisser le fil en place jusqu'à ce que son trajet soit cicatrisé, et l'on coupe alors l'adhérence comme nous l'avons décrit plus haut pour le symblépharon incomplet.

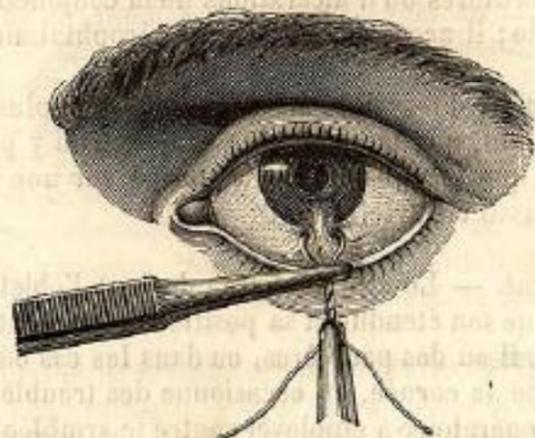


Fig. 201. — Opération du symblépharon par l'introduction d'un fil de plomb.

Un autre procédé plus rapide, mais peut-être moins sûr, employé contre le symblépharon complet, est le suivant, indiqué par *Artl* : Pendant qu'un aide écarte la paupière du globe oculaire, de façon que la portion intermédiaire soit fortement tendue, l'opérateur passe un fil de soie assez fort à travers la portion du symblépharon qui est la plus proche de la cornée; il l'attire, la coupe aussi près que possible de la cornée, et dissèque avec un bistouri ou avec des ciseaux la surface bulbaire jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival. Ceci fait et l'écoulement du sang bien arrêté, on munit les extrémités du fil d'une aiguille que l'on fait passer, de dedans en dehors, à travers la paupière près de son bord orbitaire. On attire les deux extrémités du fil au dehors et l'on tient ainsi les adhérences abattues sur la face interne de la paupière, de manière que la face cutisée du lambeau soit en contact avec la plaie conjonctivale. Cette dernière est réunie par deux ou trois points de suture (voy. fig. 202). Lorsque la plaie conjonctivale est cicatrisée, on peut exciser le lambeau laissé sur la paupière.

Une opération bien ingénieuse du symblépharon est celle de

la transplantation, dont nous faisons suivre la description telle qu'elle a été donnée par l'auteur lui-même, *M. Teale*.

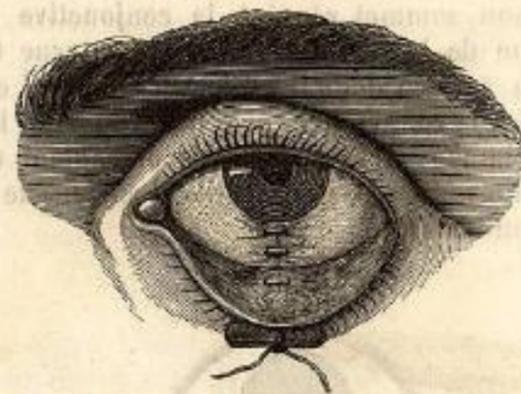


Fig. 202. — Opération du symblépharon (méthode d'*Artl*).

Après avoir fait une incision à travers la paupière adhérente, dans une ligne correspondant au bord de la cornée (voy. A, fig. 203), on dissèque la paupière du globe jusqu'à ce que ce dernier soit aussi libre dans ses mouvements que s'il n'y avait

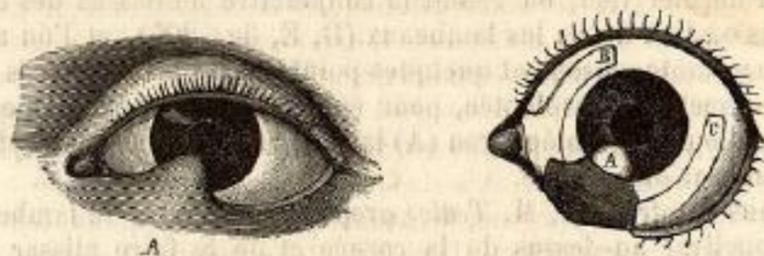


Fig. 203. — Opération du symblépharon par *Teale*. A, incision à travers la paupière adhérente. Fig. 204. — Opération du symblépharon par *Teale*. — Dissection des lambeaux B et C dans la conjonctive.

jamais eu d'adhérence. Ainsi, le sommet du symblépharon formé par la peau palpébrale reste adhérent à la cornée.

Ceci fait, on dissèque deux lambeaux de la conjonctive bulbaire, de la forme et de la grandeur des lambeaux B et C, représentés dans la figure 204. On détache pour ces lambeaux la conjonctive seule, sans le tissu sous-conjonctival, et il faut avoir soin de les détacher suffisamment pour pouvoir, sans peine et sans tension, les étendre sur l'ancien emplacement du symblé-

pharon. Les deux lambeaux ainsi préparés sont placés dans leur nouvelle situation de la manière suivante (voy. fig. 205) : Le lambeau interne B est étendu sur la surface dénudée de la paupière, ayant son sommet réuni à la conjonctive saine, vers l'angle externe de la plaie. Le lambeau externe C doit être attaché sur la surface dénudée du globe de l'œil et avoir son sommet réuni à la conjonctive, près de la base du lambeau interne. Si les lambeaux ainsi attachés présentent une tension exagérée, il faut y obvier par de petites incisions de la conjonctive près de leur base.

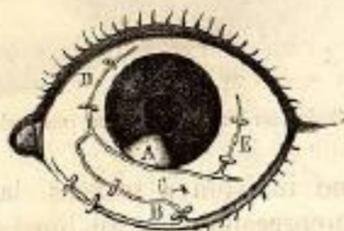


Fig. 205. — Déplacement du lambeau de la conjonctive sur la surface dénudée du symblépharon et application des sutures.

En dernier lieu, on réunit la conjonctive au-dessus des endroits où l'on a pris les lambeaux (D, E, fig. 205), et l'on applique avantageusement quelques points de suture aux bords de la conjonctive transplantée, pour empêcher leur enroulement. La portion du symblépharon (A) laissée sur la cornée s'atrophie et finit par disparaître.

Dans d'autres cas, M. Teale<sup>1</sup> propose de prendre le lambeau conjonctival au-dessus de la cornée et de le faire glisser en bas comme un pont par-dessus cette membrane à la place où on a détaché la paupière. Il vaut mieux placer les fils avant de disséquer le lambeau.

M. R. Wolfe<sup>2</sup> a guéri le symblépharon par l'implantation de la conjonctive de lapin. M. Illing<sup>3</sup> a employé dans le même but la muqueuse prise aux lèvres et dans le vagin.

M. Taylor<sup>4</sup> propose l'opération suivante : Après avoir dis-

1. Rapport du congrès ophthalm. Londres, 1873, p. 143.

2. Annales d'oculistique, 1873, p. 131.

3. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1874, n° 32 et s.

4. Med. Times and Gas., 1876, vol. 52, p. 183, et July, 1, p. 4.

séqué le symblépharon on coupe dans la peau de la paupière adhérente un lambeau horizontal qui doit rester du côté nasal en rapport avec le voisinage. A cet endroit, on pratique à travers l'orbiculaire, le tarse et la conjonctive une ouverture verticale, et on introduit à travers cette ouverture dans le sac conjonctival le lambeau cutané que l'on fixe à l'aide de sutures avec sa surface cruenta sur la plaie palpébrale du symblépharon; on ferme la plaie palpébrale externe par quelques sutures. Le lambeau cutané qui se trouve dans le sac conjonctival prend peu à peu l'aspect de la muqueuse. M. Nicati<sup>1</sup> a fait une proposition analogue.

Lorsqu'un large symblépharon embrasse une grande portion de la conjonctive et recouvre presque entièrement la cornée, quel que soit le procédé que l'on emploie, on aurait tort d'espérer un succès complet et définitif. Il ne faut pas, non plus, se livrer trop tôt à de vaines espérances, car le résultat est souvent moins satisfaisant quelque temps après l'opération. Par conséquent, le symblépharon doit être considéré jusqu'ici comme une des lésions auxquelles il est le plus difficile de remédier.

3° Le *blépharophimosis* consiste dans un rétrécissement de la fente palpébrale qui a alors diminué de longueur, les angles de l'œil s'étant rapprochés. On le combat par une opération désignée généralement sous le nom de *cantoplastie*.

Cette opération trouve aussi son application dans certains cas d'ankyloblépharon (voy. p. 684), ou de rétrécissement cicatriciel de la fente palpébrale, dans quelques formes d'ectropion avec raccourcissement du bord libre de la paupière, contre le blépharospasme (v. p. 681) et enfin, lorsqu'on veut diminuer la pression des paupières sur le globe de l'œil, à cause de la présence de granulations palpébrales (voy. pp. 80 et 95).

L'opération est exécutée de la manière suivante : On pratique une section de la commissure externe dans toute son épaisseur et dans le prolongement direct de la fente palpébrale. Cette section peut être faite à l'aide d'un bistouri dont on fait glisser la pointe entre le globe de l'œil et la commissure externe. On traverse alors, avec la pointe de l'instrument, toute l'épaisseur des téguments de dedans en dehors et, poussant le bistouri en avant, on divise facilement toute la commissure. On opère

1. Marseille médical, 1879.

plus facilement encore à l'aide de ciseaux droits, dont on introduit une des branches derrière la commissure; toujours est-il que la plaie de la peau doit avoir une étendue de quelques millimètres de plus que celle de la conjonctive.

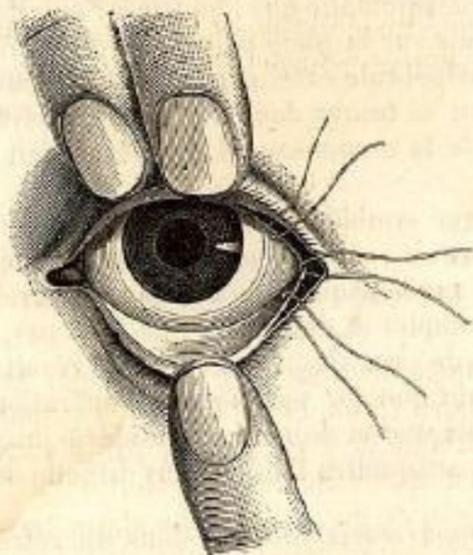


Fig. 206. — Cantoplastie.

La section de la commissure ainsi faite, on fait exciser, par un aide, une traction modérée en haut et en bas sur les bords de la plaie, de sorte que la section horizontale est transformée en une section verticale. L'opérateur saisit alors la conjonctive au centre de la section, la traverse d'une aiguille très fine munie d'un fil de soie, ôte la pince, saisit la peau externe également au centre de la section, la traverse à cet endroit avec l'aiguille et, en fermant la suture, réunit les bords correspondants de la muqueuse et de la peau. On peut appliquer encore deux sutures de la même manière vers les angles de la plaie (voy. fig. 206).

Lorsque l'opération n'a pour but que de diminuer la pression des paupières sur le globe oculaire, les deux dernières sutures sont inutiles. Il est dans ce cas très avantageux de sectionner après la commissure palpébrale externe, le fascia tarso-orbitaire (Agnew) comme nous l'avons décrit page 80.

M. Cusco pratique la cantoplastie de la façon suivante : Il taille, à l'aide de deux incisions qui divergent à partir de la

commissure palpébrale externe, un petit lambeau cutané triangulaire, à base tournée en dehors, à sommet interne. Ces deux incisions ont chacune 1 centimètre  $1/2$  à 2 centimètres de longueur. On dissèque ce lambeau jusqu'à sa base, puis on sectionne avec un bistouri boutonné le cul-de-sac externe de la conjonctive de dedans en dehors. Enfin, on fixe par un seul point de suture le sommet du lambeau au fond de la plaie, en prenant avec lui le cul-de-sac conjonctival.

## ARTICLE XII.

### ÉCARTEMENT ANORMAL DE LA FENTE PALPÉBRALE. TARSORAPHIE. BLÉPHARORAPHIE.

La fente palpébrale peut être élargie par la paralysie du muscle orbiculaire (*lagophthalmos*), par l'exophtalmie qui accompagne la maladie de Basedow, ou par d'autres cas de propulsion réelle ou apparente du globe de l'œil.

En cas de paralysie du muscle orbiculaire (symptôme d'une paralysie faciale), le traitement doit être dirigé d'abord contre la cause de cette paralysie. S'agit-il d'une paralysie rhumatismale, on prescrit des transpirations méthodiques soit par des bains de vapeur, soit par des injections de pilocarpine répétées deux ou trois fois par semaine, et l'on fait prendre l'iodure de potassium. Ce médicament est encore indispensable lorsqu'on soupçonne une cause syphilitique; et on y ajoute alors des frictions mercurielles. Comme traitement local, on recommande une pommade de véraltrine, des injections de strychnine dans la tempe et la faradisation. Si la paralysie est déjà ancienne et si les traitements médicamenteux ont échoué, il faut par une opération protéger la cornée en diminuant l'étendue de l'ouverture palpébrale.

On réduit la fente palpébrale à son étendue normale par une opération désignée sous le nom de *tarsoraphie*.

Cette opération, indiquée d'abord par *Walther* et modifiée par *de Graefe*<sup>1</sup>, doit être exécutée de la manière suivante (voy. fig. 207) : Après avoir engagé le malade à fermer les paupières,

1. *Archiv fuer ophthalmologie*, 1857, III, 1, p. 249, et 1858, IV, 2, p. 201.

on saisit la commissure externe entre les branches d'une pince, ou mieux encore entre le pouce et l'index de la main gauche,

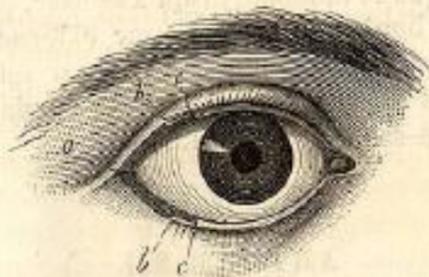


Fig. 207. — Tarsorrhaphie.

de manière à rétrécir la fente palpébrale de la quantité qui semble convenable. On détermine ainsi le point auquel doit correspondre la nouvelle commissure, et, pour plus de sécurité, on indique sur les deux paupières ce point par un trait à l'encre.

Après avoir introduit une plaque d'ivoire entre les paupières, on enlève du bord libre de chacune d'elles et près de la commissure externe, un lambeau ayant en hauteur 1 millimètre et demi, et en longueur 3 à 6 millimètres, selon les circonstances. Les deux plaies doivent se réunir derrière la commissure (au point *a*), et se terminer en avant perpendiculairement au bord libre des paupières (au point *b*). Le lambeau enlevé doit renfermer tous les bulbes des cils.

Pour assurer une réunion plus intime, on avive encore, tout en ménageant les cils, le bord ciliaire à partir de l'extrémité interne du lambeau, dans une étendue de 2 à 3 millimètres (de *b* jusqu'à *c*). Ceci fait, on réunit les bords de la plaie par une ou deux sutures; on applique un bandage compressif. On enlève les sutures le deuxième ou le troisième jour, et l'on continue l'occlusion des paupières jusqu'à la cicatrisation complète. L'effet, d'abord excessif, arrive bientôt au degré voulu.

Pour éviter le tiraillement disgracieux de la nouvelle commissure, qui se produit lorsque l'œil se dirige en haut, M. de Graefe a proposé de prolonger l'incision supérieure de 3 à 6 millimètres vers la tempe, tout en l'inclinant légèrement en bas; puis il excise de la paupière supérieure un lambeau cutané

triangulaire ayant pour base le prolongement de l'incision supérieure.

Lorsqu'une protrusion du globe oculaire a produit un élargissement excessif de la fente palpébrale, ainsi que dans certains cas d'ectropion (voy. plus loin), il peut devenir nécessaire pour protéger la cornée de réunir pendant quelque temps les bords palpébraux dans toute ou presque toute leur étendue (*blépharographie de Mirault*). Dans ce but, on avive le long des paupières supérieures et inférieures tout le bord intramarginal en ménageant soigneusement le bord ciliaire ainsi que les cils et les points lacrymaux. Cela fait, on réunit les paupières par six ou huit sutures qui doivent traverser le bord palpébral dans toute son épaisseur pour ne pas couper trop tôt.

Les opérations si ingénieuses d'*Adolphe Weber* contre le relâchement du bord palpébral seront décrites plus loin au chapitre des maladies des voies lacrymales.

#### ARTICLE XIII.

##### DISTICHIASIS ET TRICHIASIS.

Ces affections sont caractérisées par l'irrégularité de la direction et de la plantation des cils. Dans le trichiasis, les cils sont renversés vers le globe de l'œil, le bord libre de la paupière conservant sa position normale. Le distichiasis consiste dans l'existence d'une double rangée de cils; la rangée extérieure se trouve à sa place habituelle, l'autre près du globe oculaire. Tantôt ces anomalies n'existent que sur une partie restreinte d'une paupière, tantôt sur toute une paupière, sur les deux et même sur les quatre. Les cils déviés sont quelquefois en très petit nombre, et ils sont si pâles et si fins qu'ils échappent facilement à l'examen.

Ces anomalies occasionnent une irritation continuelle de la conjonctive oculaire et peuvent devenir la source de kératites graves, et d'une perte complète de la vision de l'œil.

La cause la plus fréquente de ces affections doit être recherchée dans une déformation du cartilage tarse. Celui-ci, devenu plus concave par une rétraction cicatricielle provoquée

habituellement par des granulations, tire le bord palpébral en dedans vers le globe oculaire.

Le *traitement* a pour but : ou 1° d'arracher les cils déviés ; ou 2° d'enlever le bord des paupières qui porte les cils ou la racine de ces derniers ; ou 3° de déplacer seulement le bord palpébral, de façon à donner aux cils une direction plus favorable.

1° Pour arracher les cils, on se sert d'une pince particulière (sans dents et avec des extrémités très larges), avec laquelle on saisit, après avoir légèrement retourné la paupière avec la main gauche, chaque cil à sa racine, en exerçant sur lui une traction lente et progressive. Lorsqu'il faut opérer sur les deux paupières, il vaut mieux commencer par la supérieure. Je fais suivre habituellement cette épilation d'une cautérisation avec le nitrate d'argent qui me paraît retarder la reproduction des cils.

On a essayé de remplacer l'épilation en faisant sur le bord des paupières une onction avec le sulfure hydraté de calcium (*d'Argentan, Duval*)<sup>1</sup>, après avoir garanti l'œil du contact de ce médicament au moyen de la plaque d'ivoire. Quelques minutes après, il faut laver les paupières à grande eau. Le docteur *Williams*<sup>2</sup> a proposé, pour la destruction des follicules pileux, d'enfoncer, à l'endroit où l'on a arraché le cil, la pointe d'une aiguille trempée dans la potasse caustique liquéfiée.

2° Les opérations qui ont pour but d'enlever le champ d'implantation des cils, consistent dans l'ablation de cette partie du bord palpébral qui porte les cils, pratiquée de façon à conserver toute sa longueur à la paupière.

Le procédé de *Flarer*<sup>3</sup> divise, par une incision dans la portion intramarginale, le bord palpébral en deux portions (voy. fig. 208), dont la partie antérieure doit renfermer tous les bulbes ciliaires. Une seconde incision allant de la surface externe de la paupière jusque sur le cartilage tarse, sert à circonscrire la portion externe du bord palpébral avec les cils et follicules pileux. Lorsque la commissure externe n'a pas de cils

1. Voy. *Annales d'oculistique*, t. XXI, p. 155.

2. Voy. *Royal London Ophthalmic Hospital Reports*, t. III, p. 219.

3. *Zanerini, Dissert. supra trichiasis*. Paris, 1829.

déviés, cette incision doit être pratiquée de la manière indiquée sur la figure 209, par la ligne ponctuée *a*.

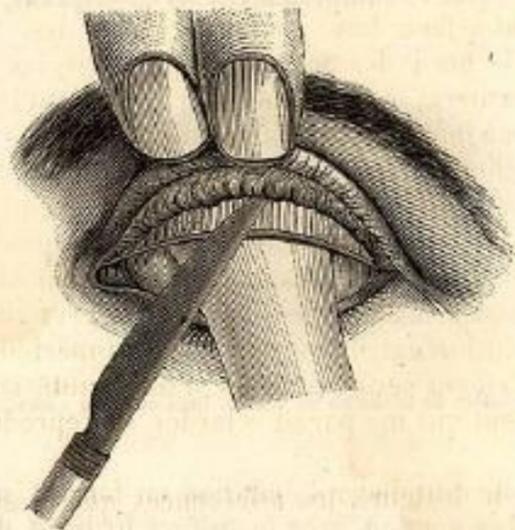


Fig. 208. — Opération du trichiasis de *Flarer* (premier temps).

Lorsqu'il y a, au contraire, des cils déviés jusque dans la commissure externe, il faut d'abord diviser celle-ci par une in-



Fig. 209. — Opération du trichiasis de *Flarer* (deuxième temps).

cision horizontale et pratiquer la section de la bandelette longitudinale, de la manière indiquée dans la figure 210, par la ligne ponctuée *b* pour la paupière supérieure, et par la ligne *a*

pour la paupière inférieure. La bandelette longitudinale de la peau qui renferme les cils et les follicules pileux étant ainsi circonscrite par les deux incisions, on la saisit avec des pinces à griffes et on l'enlève complètement en disséquant, avec des ci-

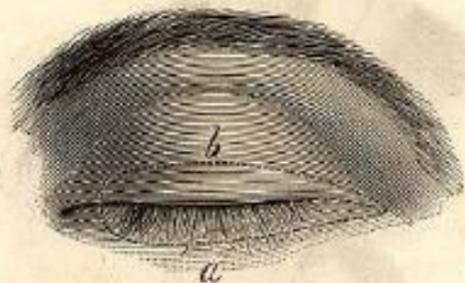


Fig. 210. — Opération du trichiasis de Flarer. Incision de la commissure externe.

seaux ou avec le bistouri, les adhérences qui la maintiennent en place.

Cette méthode, tout en constituant l'avantage de débarrasser l'œil définitivement des cils déviés sans raccourcir la paupière, comme cela a lieu par l'ablation du bord palpébral tout entier, n'est cependant pas sans inconvénient. D'abord, elle prive l'œil pour toujours de la protection naturelle des cils; ensuite la cicatrisation peut donner lieu à un renversement de la paupière. Pour ces raisons, elle ne doit être employée que dans les circonstances où il est impossible de se servir de la méthode de déplacement que nous allons décrire maintenant.

3<sup>e</sup> Pour modifier la direction vicieuse des cils, on emploie différents moyens ayant tous le même but, à savoir celui de changer la position du bord palpébral qui porte les cils. On obtient ce résultat difficilement par l'application de bandes agglutinatives et de collodion. Un moyen plus efficace, mais qui ne mérite d'être employé que dans des cas de déviations légères, et encore sans promettre un résultat durable, consiste dans la cautérisation de la peau à la distance d'environ 3 millimètres du bord ciliaire. On dévie encore le champ d'implantation des cils en excisant une portion de la peau qui avoisine les cils.

Un autre moyen pour obtenir une meilleure direction des cils est l'emploi des ligatures cutanées, soit d'après le procédé de

Gaillard<sup>1</sup>, soit d'après ce procédé modifié par Rau<sup>2</sup>. Si l'on juge opportun d'en placer plusieurs, on procède de la manière indiquée par la figure 211. Les ligatures doivent être faites à

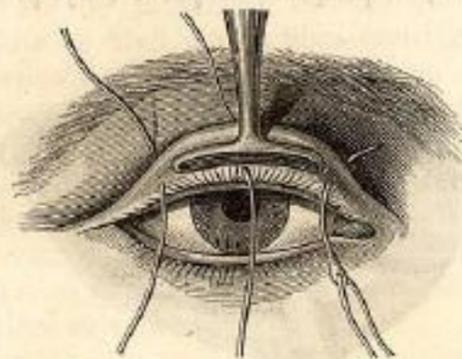


Fig. 211. — Ligatures cutanées.

Paide d'un fil de soie fortement cirée qui doit longer la surface du cartilage tarse et, selon l'effet à produire, embrasser une portion plus ou moins large de l'orbiculaire et de la peau palpébrale. Veut-on obtenir le maximum de l'effet, il faut faire sortir les fils dans le bord ciliaire, et en cas d'incurvation du tarse, pratiquer avant l'introduction des ligatures une incision horizontale à travers la conjonctive et le cartilage à la distance de 3 millimètres du bord ciliaire et parallèlement à ce dernier.

Cette opération peut être combinée facilement avec l'opération de la cantoplastie (blépharophimosis) toutes les fois que le trichiasis est compliqué d'un entropion (*Pagenstecher*, voy. plus loin). Le gonflement de la peau et les nodosités qui se produisent autour des points occupés par les ligatures constituent une difformité de la paupière, qui diminue sensiblement, il est vrai, mais laisse toujours quelques traces après elle, inconvénient qu'il ne faudrait pas oublier quand on opère des personnes qui attachent de l'importance à cette circonstance.

Tous les moyens que nous venons d'indiquer ne produisent le déplacement des cils déviés qu'indirectement, pour ainsi dire par la rétraction cicatricielle des téguments externes de la pau-

1. *Bullet. de la Soc. de Poitiers*, 1844.

2. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1855, 1, 2, p. 176.

pière. La transplantation directe de la lèvre externe du bord palpébral est réalisée par l'opération de *Jaesche*<sup>1</sup>, modifiée par *Arlt*<sup>2</sup>. Elle se pratique de la manière suivante :

On commence par diviser en deux portions, d'après la méthode de *Flarer*, la paupière à opérer (voy. p. 695, fig. 208) ;

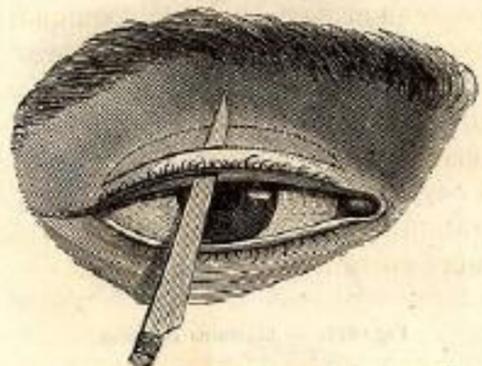


Fig. 212. — Excision d'un lambeau cutané.

puis on excise à la surface externe de la paupière un lambeau cutané à l'aide de deux incisions (fig. 212, lignes ponctuées) ; toutes les deux doivent pénétrer jusqu'au cartilage tarse. Ce lambeau, dont le diamètre vertical doit être d'autant plus grand

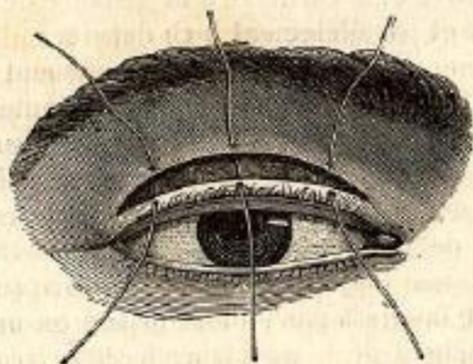


Fig. 213. — Déplacement des cils par les sutures.

que les cils sont plus fortement déviés en dedans et que la peau

1. *Medic. Zeitung Russlands*, 1844, n° 9.

2. *Prager medic. Vierteljahrsschrift*, t. VIII, 1845.

externe est plus flasque, est alors disséqué et enlevé de façon à ménager le muscle orbiculaire le plus possible.

On rapproche les lèvres de la section par des sutures qui réunissent le bord supérieur de la bandelette garnie de cils, à la lèvre supérieure de la section cutanée, en faisant glisser cette bandelette en haut sur le fibro-cartilage (fig. 213). Il arrive malheureusement parfois que la réunion ne se fait pas par première intention, et que cette bandelette se mortifie et se détruit par suppuration. Il faut, en outre, remarquer que cette transplantation a peu d'effet sur les cils situés vers les angles des paupières.

Pour obvier à ces deux inconvénients, *M. de Graefe*<sup>1</sup> a fait subir à cette opération des modifications importantes, en l'exécutant de la manière suivante (voy. fig. 214) :

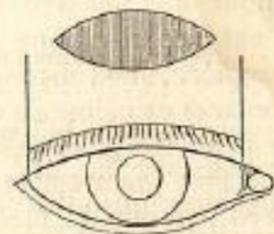


Fig. 214. — Opération du trichiasis. — Procédé de Graefe.

On pratique deux incisions verticales de 9 millimètres de longueur, qui partent du bord libre, remontent en traversant la peau et le muscle orbiculaire, et délimitent latéralement la partie destinée à être transplantée. On procède alors à la section intramarginale et à la dissection de la paupière en deux couches, selon le procédé de *Flarer* (voy. p. 695, fig. 208). Ceci fait, il devient alors facile de renverser les cils et d'attacher la couche cutanée de manière que le rebord ciliaire soit remonté de quatre lignes. Pour augmenter l'effet et pour assurer la direction des cils, on peut exciser un pli ovale de la peau, dont les extrémités n'ont nullement besoin de rejoindre les sections verticales (voy. fig. 214), ou bien on peut se contenter de comprendre, sans excision préalable, un pli analogue de la peau entre deux ou trois ligatures.

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1864, X, 2, p. 226.

La combinaison des procédés que nous venons de décrire, en choisissant dans chacun d'eux les éléments les plus avantageux a donné naissance à la méthode opératoire suivante : On commence par pratiquer la cantoplastie (v. p. 690, fig. 206), puis on divise le bord palpébral en deux feuillets par une incision dans la portion intramarginale (v. p. 695, fig. 208), et l'on applique les ligatures de Gaillard (p. 697), de façon qu'elles comprennent un pont de peau et de tissu musculaire de 8 à 10 millimètres (*Bauchon, de Wecker*<sup>1</sup>). Cependant, nous devons répéter ici que les ligatures de la peau doivent être évitées à cause des cicatrices désagréables, et, par conséquent, nous donnons la préférence au procédé suivant avec *ligatures sous-cutanées* :

Après l'application d'un blépharostat qui tend la paupière et empêche les hémorragies très gênantes (*Snellen, Knapp, Warlomont*), on pratique à 2 ou 3<sup>mm</sup> de distance du bord ciliaire, et parallèlement à celui-ci, une incision cutanée dans toute l'étendue de la paupière, et on dissèque la peau dans toute la hauteur du cartilage tarse et même au delà (*Anagnostakis*). Ceci fait, on applique 4 à 5 ligatures, en traversant d'abord le bord ciliaire, puis en faisant cheminer le fil sous l'orbiculaire et en rasant du plus près possible la face antérieure du cartilage jusqu'à ce que l'aiguille sorte au bord supérieur de ce dernier ou même un peu plus haut, sans toucher la peau palpébrale (*Lebrun*). Les fils sont alors noués fortement et le lambeau cutané tombe au-devant. On peut en exciser une portion s'il était trop long. Au besoin, on peut combiner ce procédé avec la cantoplastie, et pour obtenir un très grand déplacement du bord ciliaire, y ajouter le dédoublement de la paupière (*Warlomont*<sup>2</sup>).

M. *Panas* pratique une incision horizontale à travers la peau et le muscle comme dans le procédé que nous venons de décrire, puis il dissèque de haut en bas le lambeau marginal, met toute la surface antérieure du tarse à nu, et applique les ligatures en passant les aiguilles en haut à travers le ligament suspenseur de la paupière, en bas sous le lambeau marginal derrière la rangée des cils.

1. *Annales d'oculistique*, Mars-avril, 1879, p. 186.

2. *Annales d'oculistique*, 1878, t. 71, p. 224.

M. *Nicati*<sup>1</sup> transpose entre les cils et la conjonctive une bande de peau destinée à reconstituer le rebord cutané. Voilà comment il procède : Le bord ciliaire étant saisi avec des pinces, il coupe avec des ciseaux toute la portion du bord qu'il s'agit de transplanter, tout en la laissant adhérente par sa partie interne. Il détache ainsi un lambeau horizontal, haut de 4 ou 5 millimètres, et comprenant dans son épaisseur la peau avec les cils et le muscle ciliaire. Il réunit par quelques sutures les lèvres de la plaie. Ceci fait, il circonscrit au bistouri la nouvelle face marginale et implante dans cette incision le lambeau ciliaire à l'aide de quelques sutures. Il propose aussi de partager le bord ciliaire en deux lambeaux lorsque le trichiasis occupe toute la longueur de la paupière.

Dans les cas de trichiasis ou de distichiasis partiels, on réussit très bien par l'excision des parties correspondantes de la paupière. Lorsque les cils déviés ne sont pas situés dans les angles de l'œil, on peut, comme dans la figure 215, enfoncer un couteau lancéolaire dans le bord intramarginal, derrière les cils déviés, le long du cartilage tarse, jusqu'à la profondeur de 5 millimètres. Ceci fait, on excise à la surface externe de la paupière, par deux incisions allant jusqu'au tarse, un lambeau en forme de V (fig. 215 A), qui renferme les follicules pileux des cils déviés ; puis on réunit les bords de la plaie par une ou deux sutures. Lorsque les cils déviés se trouvent juste dans la com-

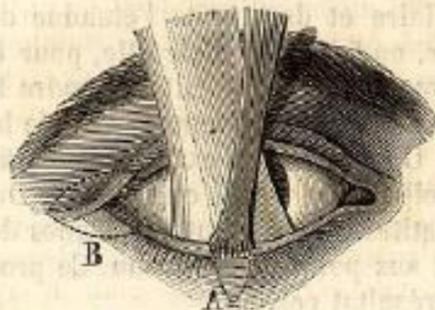


Fig. 215. — Opération de trichiasis partiel.

missure externe ou interne, on fait les incisions de la manière indiquée en B (fig. 215).

1. *Marseille médical*, 1879.

Un autre moyen pour guérir les cas de trichiasis et de distichiasis partiels a été indiqué par M. *Herzenstein*<sup>1</sup>; il consiste dans l'introduction d'un séton, qui amène une inflammation et une suppuration qui détruit les follicules pileux. Ce procédé s'exécute de la manière suivante : On introduit une aiguille N (fig. 216) munie d'un fil de soie dans la portion intramarginale au point *a*. On l'enfonce sous la peau parallèlement au cartilage

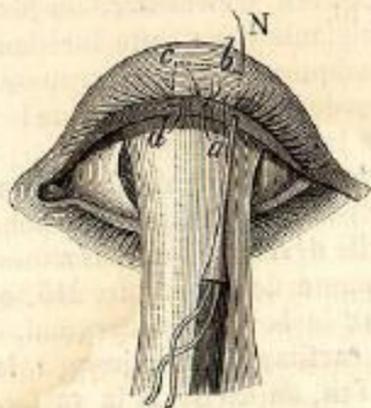


Fig. 216. — Opération de trichiasis (méthode de *Herzenstein*).

tarse, et on la fait sortir au point *b*, à la distance de 4 ou 5 millimètres du bord palpébral. On introduit l'aiguille de nouveau au point *b*, en la faisant glisser sous la peau, parallèlement au bord ciliaire et dans toute l'étendue des cils déviés. Arrivé au point *c*, on fait sortir l'aiguille, pour l'introduire de nouveau à ce même point, et l'on fait descendre le fil verticalement pour le faire sortir définitivement dans le bord intramarginal au point *d*. On attache les extrémités du fil à la joue, et l'on recouvre l'œil du bandeau compressif. On enlève le fil aussitôt que de petites taches jaunâtres, signes de la suppuration, apparaissent aux points de ponction. Ce procédé ne donne pas toujours un résultat certain.

Dans les cas où un seul cil ou plusieurs cils isolés ont pris une mauvaise direction, on fait bien de détruire directement le follicule pileux de ce cil. Dans ce but, on enfonce le long du cil dévié un couteau lancéolaire très étroit ou une aiguille à cata-

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1866, XII, 1, p. 76.

racte, myrtiforme, large et droite, dans l'épaisseur de la paupière; puis on introduit dans la plaie soit un stylet trempé dans de la potasse caustique, soit un fil métallique que l'on fait chauffer par la méthode galvano-caustique.

M. *Snellen* place, dans ces cas, dans la peau, à côté du cil dévié, une anse de fil destinée à recevoir ce cil; les deux extrémités du fil sortent sur la peau tout près du bord palpébral; en tirant sur elles, elles entraînent le cil dévié à travers le trajet suivi sur le fil.

#### ARTICLE XIV.

##### ENTROPION.

L'entropion désigne le renversement du bord palpébral en dedans, vers le globe oculaire. Il peut exister dans une partie de la paupière (*entropion partiel*); mais, le plus ordinairement, l'entropion est total; il peut affecter une paupière seulement ou les deux. Nous distinguons, d'après l'étiologie de l'entropion, deux formes différentes : 1<sup>o</sup> l'entropion dû à la contraction spasmodique de l'orbiculaire; 2<sup>o</sup> celui dû à la rétraction de la conjonctive et à la déformation du cartilage tarse.

La première forme s'observe de préférence à la paupière inférieure; celle-ci est enroulée sur'elle-même, et quelquefois à un tel point que le bord ciliaire se trouve placé dans le cul-de-sac conjonctival. Si l'on applique le doigt sur la partie extérieure de la paupière, et que l'on abaisse un peu la peau, le bord de la paupière et les cils reviennent à leur place; et y restent jusqu'à ce qu'un clignement les fasse brusquement reprendre leur déviation. Le relâchement des téguments de la paupière, qui se rencontre surtout chez les vieillards (*entropion sénile*), favorise le développement de cette anomalie et en assure ensuite la permanence.

Sa véritable cause est une contraction de la portion ciliaire du muscle orbiculaire, comme elle se produit, par exemple, dans les attaques d'ophtalmie accompagnée d'un gonflement œdémateux des paupières, ou sous un bandage compressif appliqué pendant un certain temps.