

PRONOSTIC. — Il est peu grave; nous avons vu que la récurrence de la tumeur ne tient qu'à une extirpation incomplète des parois kystiques.

TRAITEMENT. — Il faut enlever ces tumeurs avec le bistouri, en ayant soin de faire porter l'incision sur la région pileuse du sourcil; cette précaution a pour but de cacher, autant que possible, la cicatrice.

Dans les cas d'adhérences solides au périoste, il est souvent nécessaire de laisser en place une partie de la paroi kystique pour éviter toute dénudation osseuse. On doit alors avoir recours à la cautérisation pour détruire ce qui reste de la production morbide.

B. Kystes pierreux ou calcaires.

Ces productions calcaires et non osseuses, comme on l'a dit, se rencontrent sous la peau de la région sourcilière, et quelquefois à la paupière supérieure (1); elles ont été étudiées par J. et A. Sichel (2).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Elle est encore à faire; une de ces tumeurs, analysée par Leconte, contenait des matières organiques, du carbonate de chaux et du carbonate de magnésie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces kystes constituent des tumeurs peu volumineuses, ovalaires, aplaties, présentant souvent une forme quadrangulaire et ayant une dureté osseuse caractéristique. Ils sont assez mobiles sous la peau; cependant ils ne se laissent pas toujours déplacer avec facilité, vu la présence fréquente d'adhérences avec les parties profondes.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic de ces tumeurs; tout au plus pourrait-on les confondre avec des corps étrangers enkystés; et, dans ce cas, les commémoratifs, l'existence d'un tissu cicatriciel, viendraient mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic.

TRAITEMENT. — Le seul traitement qui leur soit applicable est l'extirpation. J. et A. Sichel ont conseillé de faire une assez longue incision cutanée pour rendre plus facile la dissection de la face postérieure du kyste.

ARTICLE II.

DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DU SOURCIL.

Nous ne dirons rien des anomalies congénitales des sourcils, qui n'offrent aucun intérêt pratique. Les difformités acquises des sourcils ne sont pas très-rares; elles succèdent à des plaies, des contusions, des brûlures, des fistules, etc.

Les plaies mal réunies, ou réunies par un tissu cicatriciel plus ou moins étendu, comme dans le cas de brûlures, donnent lieu à une difformité plus ou moins apparente, résultant d'un défaut de continuité entre les diverses parties de l'arc formé normalement par le sourcil. Aussi doit-on

(1) Rizet, *Ann. d'oculistique*, 1867, t. LVII, p. 184.

(2) *Ibid.*, p. 211.

toujours surveiller avec soin la cicatrisation des plaies de cette région et maintenir, autant que possible, les parties dans leur situation normale. Dans quelques cas, on pourra combattre ces difformités acquises, soit en enlevant le tissu de cicatrice et en rapprochant les parties déviées à l'aide de sutures, soit même en ayant recours à l'autoplastie, comme nous le verrons plus loin à propos des vices de conformation acquis des paupières.

IV. — MALADIES DES PAUPIÈRES.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PAUPIÈRES.

Contusions et plaies.

Les contusions des paupières déterminent des ecchymoses souvent très-étendues, et qui siègent tantôt dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt sous la conjonctive. Ces ecchymoses, qui s'accompagnent généralement de gonflement des paupières, disparaissent en quinze ou vingt jours sous l'influence d'applications réfrigérantes et résolutive.

Les plaies des paupières sont superficielles ou profondes; ces dernières peuvent se compliquer de la section du releveur de la paupière et de la division de la glande lacrymale ou de ses canaux excréteurs.

Les plaies superficielles des paupières n'offrent rien de particulier à signaler. Les plaies profondes simples ou compliquées peuvent, au contraire, donner lieu à des accidents qui méritent de fixer un instant l'attention: ainsi, quand à la suite d'une plaie complète, les bords se cicatrisent isolément, il en résulte une fente verticale (*coloboma*) ou une fente transversale. On reconnaît que le releveur de la paupière ou le nerf qui l'anime a été coupé, s'il existe un prolapsus immédiatement après l'accident; l'épiphora peut reconnaître pour cause la section d'un des canaux lacrymaux; mais, en général, l'un supplée l'autre, et cet accident ne s'observe que rarement.

Les plaies superficielles des paupières ne s'accompagnent en général que d'une tuméfaction légère; quand les solutions de continuité sont contuses et à lambeaux, il s'y montre parfois une inflammation suppurative ou gangréneuse. Une portion plus ou moins grande des paupières se détruit et s'élimine, d'où résulte souvent la formation d'un ectropion. Les contusions et les plaies des paupières déterminent quelquefois des troubles notables de la vision. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des lésions traumatiques de l'orbite.

TRAITEMENT. — Il faut réunir par la suture les plaies des paupières, même celles qui sont irrégulières et un peu machées. On recouvrira ensuite la partie d'un pansement simple ou de compresses trempées dans l'eau froide. Au bout de deux jours au plus, on retirera les fils, car les

paupières se laissent facilement couper. Quand on suppose que le corps vulnérant a sectionné un conduit lacrymal, faut-il, ainsi qu'on l'a conseillé, y introduire une soie de sanglier pour maintenir la continuité du canal jusqu'à cicatrisation? Ce moyen pourrait être utile, mais on sera toujours arrêté devant les difficultés de son exécution.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES PAUPIÈRES.

1° Inflammations.

Les lésions inflammatoires des paupières peuvent affecter la peau et le tissu cellulaire, la conjonctive palpébrale, les glandes de Meibomius, les follicules des cils ou les glandes annexées à ces follicules.

Quoique le terme de *blépharite* puisse s'appliquer à toutes ces formes d'inflammation des paupières, il est d'usage de réserver ce nom pour désigner les phlegmasies de la conjonctive palpébrale, et surtout les phlegmasies limitées au bord libre des paupières et qui atteignent l'appareil glandulo-ciliaire. Nous décrirons ici l'*érysipèle* et le *phlegmon des paupières*, l'*orgeolet* ou *furoncle des paupières*, et enfin la *blépharite*.

A. Érysipèle et phlegmon des paupières.

Caractérisé par de la rougeur, de la chaleur, du gonflement, l'*érysipèle* phlegmoneux des paupières s'accompagne assez souvent de suppuration, et quelquefois de la mortification des téguments. C'est surtout chez les enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques qu'on observe ces phlegmasies.

La complication la plus redoutable est la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire de l'orbite. Aussi, dès qu'on soupçonnera la présence du pus au-dessous des paupières, devra-t-on pratiquer sur le point le plus saillant une incision transversale.

Ajoutons, en terminant, qu'on a signalé quelquefois, à la suite d'abcès des paupières comme après les plaies de ces organes, de véritables amauroses.

B. Orgeolet.

On désigne sous ce nom un petit furoncle du bord libre de la paupière. Le siège anatomique de cette phlegmasie n'est point exactement déterminé. On l'a placé dans les glandes de la racine des poils ou dans le bulbe des cils.

L'*orgeolet* s'observe en général sur des individus jeunes, sanguins, chez les jeunes filles dont la menstruation ne se fait pas régulièrement, et il constitue chez certaines femmes un accident rebelle à toutes les médica-

tions, jusqu'à ce que les fonctions menstruelles se rétablissent. Chez l'homme, il faut admettre une certaine prédisposition, car quelques personnes sont tourmentées par de nombreuses récidives.

L'*orgeolet* s'annonce par une tuméfaction assez dure, d'un rouge foncé, s'accompagnant d'une démangeaison vive, et plus tard d'une véritable douleur pulsatile. Il y a du larmoiement, du clignement, et parfois on observe un léger engorgement des ganglions préauriculaires.

Au bout de quelques jours, le sommet de l'*orgeolet* devient blanchâtre, puis se perfore, et par cette ouverture il sort un petit bourbillon dont l'expulsion est en général suivie d'une guérison prompte. Parfois l'*orgeolet* ne passe point à suppuration, il reste à l'état stationnaire pendant un certain temps, puis il entre en résolution ou s'indure.

L'*orgeolet* est une maladie sans gravité; mais, par sa répétition sur divers points du bord libre des paupières, il finit par indurer ce bord, détruire les cils, et amener parfois des ulcérations qui se recouvrent de croûtes et entretiennent une *blépharite* des plus rebelles.

Au début, on doit prescrire des applications émollientes, et parfois on prévient ainsi la suppuration; mais, quand celle-ci est manifeste, on hâte la guérison en ouvrant la petite tumeur, à l'intérieur de laquelle on passe légèrement un crayon d'azotate d'argent.

C. Blépharite (blépharite glandulo-ciliaire).

L'inflammation de la muqueuse palpébrale a été décrite en même temps que la conjonctivite. Nous devons seulement étudier ici la *blépharite glandulo-ciliaire*.

On désigne sous ce nom une inflammation limitée au bord libre des paupières, et siégeant principalement dans les éléments glandulaires, si nombreux à ce niveau.

Cette forme d'ophtalmie a reçu des dénominations très-nombreuses et souvent fort bizarres : *ulcères prurigineux*, *grattelle*, *lippitudo*, *blépharite scrofuleuse*, etc.; mais, à travers ces noms singuliers, on trouve presque toujours l'expression de quelque phénomène de cette maladie.

ÉTIOLOGIE. — La *blépharite glandulo-ciliaire* est surtout commune chez les sujets jeunes, lymphatiques ou scrofuleux.

Elle paraît quelquefois reconnaître pour cause l'action sur le bord libre des paupières, soit de poussières pénétrantes, soit de gaz irritants, ou l'exposition à un feu vif; c'est ainsi qu'elle n'est pas rare chez les tailleurs de pierre, les boulangers, les vidangeurs, les verriers. Or la voit aussi succéder à des conjonctivites qui semblent se fixer sur le bord libre, ou à des inflammations des voies lacrymales.

SYMPTOMATOLOGIE. — La *blépharite ciliaire* est caractérisée à son début par une démangeaison au bord libre des paupières et par une sécrétion d'une matière glutineuse qui, en se desséchant, fixe les poils les uns contre les autres. Parfois même, avec la démangeaison, il n'y a qu'une

simple desquamation de l'épiderme sous forme de petites lamelles pulvérolentes : c'est dans ces cas qu'on a désigné l'affection sous le nom de *blépharite furfuracée* ou *pityriasis des paupières*. Cette inflammation, à son début, se montre le plus souvent d'un seul côté et à la paupière supérieure.

En examinant le bord libre de la paupière, on trouve, du côté de la peau, de la rougeur, du gonflement, et, du côté de la muqueuse, une bandelette rougeâtre, haute de 2 à 3 millimètres, et qui s'étend d'une commissure à l'autre. Sur cette plaque rouge se dessinent en saillie quelques stries verticales, d'un rouge plus vif, dues à l'injection et au gonflement des glandes de Meibomius. La crête du bord libre de la paupière est en général parsemée de petites croûtes sèches, jaunâtres, perforées par les cils, qu'elles réunissent souvent à leur base. Si, avec un stylet, on soulève doucement ces croûtes, on découvre au-dessous d'elles une petite surface rouge, ulcérée, un peu saignante et douloureuse. Tous ces phénomènes, d'abord limités à une très-petite étendue de la paupière, finissent par s'étendre à tout le bord libre; la blépharite ciliaire est alors générale.

Il est fréquent d'observer la formation successive, sur le bord ciliaire, de petites pustules de la grosseur d'un grain de millet, renfermant un liquide blanc jaunâtre. Ces pustules se montrent souvent en même temps que de petits orgeolets.

Après une durée variable, l'inflammation se propage peu à peu aux divers éléments de la paupière, et de là résultent des accidents qui aggravent notablement l'état primitif : ainsi les glandes de Meibomius, sécrétant en abondance une matière visqueuse, les poils s'agglutinent entre eux, et au-dessous des croûtes qui naissent de la sorte, les ulcérations augmentent en profondeur.

L'ulcération qui se fait au début est en effet très-superficielle; ce n'est, pour ainsi dire, qu'une exulcération de l'épiderme, intéressant tout au plus la couche sous-épidermique, et qui est entretenue par l'irritation permanente que détermine la présence de croûtes sur le bord libre des paupières. Plus tard l'ulcération se produit par un autre mécanisme, et persiste grâce à des influences différentes. Au lieu d'être superficielle et étalée, comme dans le premier cas, elle devient profonde et affecte la forme de cupule, au milieu de laquelle on trouve plusieurs cils vacillants et faciles à arracher. Ces cils jouent, par rapport à l'ulcération, le rôle de corps étrangers et empêchent la cicatrisation. L'inflammation et la suppuration des glandes sébacées qui avoisinent les cils sont la cause efficiente de ces ulcères.

Quand ces ulcérations viennent à se cicatrifier, elles entraînent le déplacement des cils ou les fixent dans des positions vicieuses, en sorte que souvent ils viennent frotter contre la surface antérieure de la cornée et sont l'origine de kératites ulcéreuses. Les ulcérations étendues peuvent, en se cicatrisant, déformer le bord libre et le renverser, soit en dehors (*ectropion*), soit en dedans (*entropion*).

Les glandes de Meibomius, enflammées et engorgées par le produit de sécrétion, deviennent le point de départ de petits abcès ou le siège de concrétions dures qui irritent la conjonctive et la cornée. On peut croire aussi que, dans certains cas, la phlegmasie reste limitée aux bulbes ciliaires.

A une période plus avancée, toute la surface palpébrale de la conjonctive participe à l'inflammation, et il résulte de là un écoulement catarrhal abondant qui se répand sur la face cutanée de la paupière et en détruit peu à peu l'épiderme. Des croûtes sèches, jaunâtres et peu épaisses, recouvrent la peau de la paupière inférieure. Au-dessous d'elles le derme est rouge, enflammé, et le siège d'une rétraction progressive qui amène peu à peu l'abaissement du bord ciliaire de la paupière, l'écoulement des larmes qui ne sont plus retenues; enfin, à mesure que cette rétraction fait des progrès, le tarse lui-même se renverse, et le malade est atteint d'un ectropion hideux, avec boursoufflement de la muqueuse enflammée. L'œil est alors à découvert, il rougit, se vascularise de plus en plus, et la cornée peut finir par s'ulcérer de la façon la plus grave.

Dans quelques cas, le bord libre de la paupière et une certaine étendue de sa face interne se recouvrent d'une exsudation pseudo-membraneuse, d'un blanc d'argent, et qui adhère assez fortement aux tissus sous-jacents. C'est à cette variété de blépharite glandulo-ciliaire que Velpeau a donné le nom de *blépharite diphthérique*. Quand on enlève par le frottement cet exsudat blanchâtre, on trouve au-dessous de lui une surface rouge et légèrement granuleuse. Nous ne savons rien sur la composition micrographique de cet exsudat ni sur les conditions qui en favorisent le développement.

La blépharite glandulo-ciliaire suit sa marche sans occasionner de vives douleurs au malade, qui n'éprouve le plus souvent que des picotements légers, des cuissons et des démangeaisons. Mais chaque matin c'est un travail douloureux de séparer les cils collés les uns contre les autres. Si l'on essaye de le faire brusquement, les cils sont arrachés et il en résulte souvent un petit écoulement sanguin : d'où la précaution de ramollir les croûtes et de procéder doucement à leur ablation.

La blépharite glandulo-ciliaire est souvent compliquée de quelque inflammation de voisinage. Ainsi la dacryocystite n'est pas rare à la suite de cette variété de blépharite chronique. On voit aussi la conjonctivite simple ou granuleuse compliquer la blépharite. Les glandes de Meibomius se remplissent, dans certains cas, de véritables calculs dont la saillie vient douloureusement frotter contre le globe oculaire.

La maladie progresse lentement, et, arrivée à un certain degré, elle reste souvent stationnaire. On la voit, chez quelques individus, persister toute la vie, et, dans tous les cas, son dernier terme est un ectropion complet avec perte ou déviation des cils, induration et amincissement du bord libre par le travail ulcérateur.

DIAGNOSTIC. — La blépharite glandulo-ciliaire se reconnaît assez facilement et ne peut guère être confondue qu'avec la conjonctivite palpébrale granuleuse. Cependant les caractères distinctifs sont très-marqués : ainsi, dans la conjonctivite granuleuse, le bord libre de la paupière est d'un rose pâle, tandis qu'il est très-rouge dans la blépharite glandulo-ciliaire ; les cils dans la première de ces deux maladies ne sont point agglutinés à leur base, mais leur sommet seul est quelquefois réuni par du pus desséché.

PRONOSTIC. — C'est là une affection assez grave, et qui, en apparence insignifiante à son début, peut finir par amener la perte de l'œil.

TRAITEMENT. — On devra d'abord éloigner les causes supposées de la maladie et combattre par des médications générales les conditions qui favorisent son développement. Les granulations palpébrales seront réprimées par des moyens appropriés, et l'on combattra l'affection des voies lacrymales si elle existe. Quant à la blépharite même, il faut l'attaquer successivement par les émoullients et par les résolutifs.

Au début, on applique, pendant plusieurs jours, sur le bord libre, des topiques émoullients, ce qui permet de détacher les croûtes et diminue la rougeur et la tuméfaction des parties.

La peau ayant repris sa texture normale, on a recours aux pommades résolutives, telles que celles au précipité blanc et au précipité rouge. Il importe, dans tous les cas, de ne point détacher brusquement les croûtes qui recouvrent le bord libre des paupières, et d'empêcher par quelques topiques gras l'accroissement des cils opposés.

Après le détachement des croûtes, on découvre quelquefois, sur le bord libre, des ulcérations qu'il faut traiter par de légères cautérisations, après avoir fait préalablement l'épilation au niveau des ulcères. Pour cela, on examine attentivement le bord libre avec une forte loupe, afin de découvrir les ulcères en cupule qui entourent les cils. On enlève ceux-ci dans les endroits les plus malades et qui présentent des ulcères profonds.

Lorsqu'il existe une tuméfaction chronique du bord libre des paupières, on se trouve assez bien de ponctions avec la lancette. Ces ponctions sont suivies d'un léger écoulement sanguin et d'une diminution de la tuméfaction. Il faut savoir que tous ces moyens demandent à être appliqués pendant un temps assez long avant de produire les résultats désirés.

2° Tumeurs.

Les tumeurs des paupières ne sont pas rares ; la plupart ne diffèrent pas de celles qu'on observe ailleurs : telles sont les *tumeurs érectiles, épithéliales*, qu'on y rencontre assez fréquemment. Il y a seulement lieu de tenir compte du siège spécial de ces tumeurs au point de vue thérapeutique, afin de ménager, autant que possible, l'intégrité des paupières, dont la destruction amènerait des troubles fonctionnels plus ou moins considérables et nécessiterait une opération autoplastique.

Nous décrirons ici, comme présentant quelques particularités propres à la région : A, les *kystes* ; B, le *chalazion* ; C, les *verrues*.

A. Kystes.

Les kystes des paupières sont presque toujours développés aux dépens des glandes palpébrales. Indépendamment des *kystes hématiques*, dont l'existence est encore douteuse, on a cité deux cas de Camparan (1) et de Lenoir (2), dans lesquels une tumeur enkystée des paupières s'était formée autour d'un corps étranger. Il faut encore mentionner un fait de *kyste hydatique* de la paupière, rapporté par Sichel (3).

Les kystes des paupières ont été décrits avec soin dans la thèse de H. Thomas (4) et dans celle plus récente de Pujo (5). Avec ces auteurs, nous étudierons les kystes *sébacés, meibomiens, sudoripares* et *sous-conjonctivaux*. On pourrait encore ajouter à cette liste les kystes développés aux dépens de la portion palpébrale de la glande lacrymale. Mais nous renvoyons, pour l'étude de ces kystes, à la description des maladies de la glande lacrymale. Nous nous bornons également à mentionner une autre variété de kyste des paupières, sans doute très-rare, et signalée par Dubrueil (6) à la Société de chirurgie : il s'agissait d'un kyste développé aux dépens d'un des conduits de la portion intra-palpébrale de la glande lacrymale.

a. *Kystes sébacés*. — Ils peuvent se rencontrer sur tous les points de la paupière. Lorsqu'ils occupent le bord libre, on les désigne plus particulièrement sous le nom de *millium*. Leur volume ne dépasse pas généralement celui d'une lentille. Ils font partie intégrante de la peau, qui est amincie à leur niveau. Leur couleur est blanchâtre ; on y observe parfois la présence de petits points noirâtres répondant aux orifices des follicules.

De consistance molle, généralement, ils peuvent acquérir une grande dureté par suite de l'épaississement des matières contenues, qui parfois prend une consistance pierreuse (*lapis palpebrarum*).

Ces kystes restent longtemps stationnaires et peuvent même disparaître spontanément ; parfois la peau, amincie, s'ouvre et donne passage à la matière contenue, qui, dans un cas où l'examen histologique a été fait par H. Thomas, était composée de cellules épithéliales, infiltrées de granulations calcaires, de granulations calcaires libres et de cristaux de cholestérine.

b. *Kystes meibomiens*. — Ainsi que leur nom l'indique, ces kystes sont formés aux dépens des glandes de Meibomius, soit que le conduit excréteur s'oblitére, soit que les produits sécrétés s'altèrent. Ces kystes, auxquels on a appliqué les désignations les plus bizarres, sont souvent confondus avec le chalazion, dont ils diffèrent anatomiquement.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1865, p. 51.

(2) *Archives d'ophtalmologie*, t. II, p. 261.

(3) *Revue méd.-chir.*, 1847, t. I, p. 224.

(4) *Des tumeurs des paupières*, thèse de Paris, 1866.

(5) *Des kystes des paupières*, thèse de Paris, 1869.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 9 août 1870.

Les kystes meibomiens, tantôt uniques, tantôt multiples, sont plus fréquents à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure. Leur volume dépasse rarement celui d'une petite noisette. Ils sont durs, rénitents; la fluctuation et la transparence sont difficiles à constater. La peau qui les recouvre est mobile; ils adhèrent constamment au cartilage tarse. Ils font saillie tantôt du côté de la peau, tantôt du côté de la muqueuse, et il semble que la première condition se rencontre plus souvent à la paupière supérieure, tandis que les kystes meibomiens de la paupière inférieure font surtout saillie vers la conjonctive. Il est probable que cette particularité tient à la présence du globe oculaire, qui s'oppose au développement du kyste vers la conjonctive lorsqu'il occupe la paupière supérieure.

M. Thomas admet trois variétés de kystes meibomiens qu'il désigne sous les noms de *fongueux*, *muqueux* et *crétacés*. La variété *fongueuse* semble se rattacher contamment à un état subinflammatoire des glandes de Meibomius (*adénite meibomienne* de Bendz) (1). Elle est caractérisée par la présence d'une matière épaisse, jaunâtre, recouvrant les parois du kyste dont elle se sépare facilement, et pouvant remplir toute la cavité. Le liquide contenu est plus ou moins épais, jaunâtre, puriforme ou même purulent. Ces kystes s'ouvrent parfois spontanément, soit à la surface de la peau, soit à la surface de la muqueuse; l'ouverture reste fistuleuse, et les fongosités qui tapissent ses parois viennent former à travers l'ouverture une petite excroissance qui persiste indéfiniment et peut même acquérir un certain volume.

Le cartilage tarse présente toujours une altération concomitante qui consiste dans un ramollissement notable de son tissu.

La variété *muqueuse* des kystes meibomiens, qui dépend de l'oblitération plus ou moins complète du conduit excréteur ou de l'altération du produit de sécrétion, se fait remarquer par la nature du contenu, qui est transparent, légèrement filant. Les parois ne présentent pas la substance gélatineuse, fongueuse, qu'on observe dans les kystes fongueux.

Enfin, dans la variété *calcaire*, le kyste qui fait saillie vers la conjonctive est rempli de matière blanche, opaque, ressemblant à de la craie (*calculs des glandes de Meibomius*).

c. *Kystes sudoripares*. — Plus rares que les précédents, les kystes sudoripares s'observent surtout au niveau du bord libre de la paupière, et plus spécialement de la paupière inférieure. Leurs caractères principaux sont la minceur des parois et la limpidité du liquide qu'ils contiennent; d'où résulte une parfaite transparence. Ils sont souvent multiples, ne déterminant aucune gêne par leur présence et peuvent disparaître spontanément.

d. *Kystes sous-conjonctivaux*. — Ces tumeurs, peu fréquentes et qui semblent se développer dans les glandes sous-conjonctivales, occupent les culs-de-sac oculo-palpébraux. Elles sont peu volumineuses, recouvertes par la muqueuse vascularisée, et contiennent un liquide transparent.

(1) *Ann. d'oculistique*, 1838, XXXIX

DIAGNOSTIC. — Les kystes des paupières pourraient être confondus surtout avec le chalazion, et nous dirons plus tard comment on en fera la distinction.

Les kystes du bord libre ressemblent souvent à l'orgeolet, et il est quelquefois d'autant plus difficile d'en faire la distinction, que certains kystes meibomiens du bord libre s'accompagnent d'un état subinflammatoire. Cependant, en examinant avec soin, on reconnaîtra que l'orgeolet occupe la partie antérieure du bord ciliaire, tandis que le kyste meibomien fait saillie du côté de la muqueuse et laisse libre la lèvre antérieure du bord ciliaire.

Quant au diagnostic différentiel des différentes variétés de kystes, il est en général facile. Les kystes sébacés se reconnaîtront toujours à l'adhérence intime de la peau, qui est considérablement amincie à leur niveau et qui présente souvent un ou deux points noirs répondant à l'orifice des glandes sébacées. Les kystes meibomiens, au contraire, alors même qu'ils font saillie vers la peau, sont indépendants de celle-ci; leur consistance est très-considérable, et ils adhèrent intimement au cartilage tarse.

Les kystes sudoripares et les kystes sous-conjonctivaux se distingueront aisément, les premiers par leur transparence, les seconds par leur siège spécial.

TRAITEMENT. — Les pommades et les autres topiques n'ont aucune utilité dans le traitement de ces kystes. On ne peut espérer la guérison que par l'extirpation ou par l'incision suivie de cautérisation.

L'extirpation de la tumeur peut être pratiquée du côté des téguments ou du côté de la conjonctive.

L'extirpation de la tumeur du côté des téguments est des plus simples: la paupière tendue, en tirant en dehors la commissure externe, on pratique sur le kyste une incision transversale, et, après une dissection légère des deux bords de la plaie, on accroche la tumeur avec une érigne et on l'isole suivant les règles ordinaires, en ménageant le mieux possible le cartilage tarse et la conjonctive palpébrale. On a inventé une pince pour faciliter l'extirpation de ces kystes; elle est représentée figure 100. Cette pince permet de serrer entre une plaque de métal et un anneau la portion de la paupière qui supporte la tumeur. On obtient ainsi une grande fixité des parties, et l'on évite l'écoulement du sang. Du reste, avec quelque habitude de la chirurgie opératoire, on se passe facilement de cet instrument.

Lorsque le kyste a été complètement séparé des parties voisines, on applique sur la plaie une éponge imbibée d'eau froide, et, lorsque le sang a cessé de couler, on réunit les lèvres de la plaie par une ou deux serres-fines qu'on enlève au bout de douze heures. L'ablation de ces kystes par la conjonctive est plus difficile à pratiquer, car il faut d'abord renverser la paupière. Si, après la guérison, il reste quelque saillie à la surface de la conjonctive palpébrale, ce bourrelet fibreux frotte contre la conjonctive bulbaire et peut l'enflammer.

L'extirpation, toujours minutieuse, assez souvent difficile lorsque le kyste a perforé le cartilage tarse, ne donne point de meilleurs résultats que l'incision simple suivie de cautérisation. Si le kyste est déjà ouvert

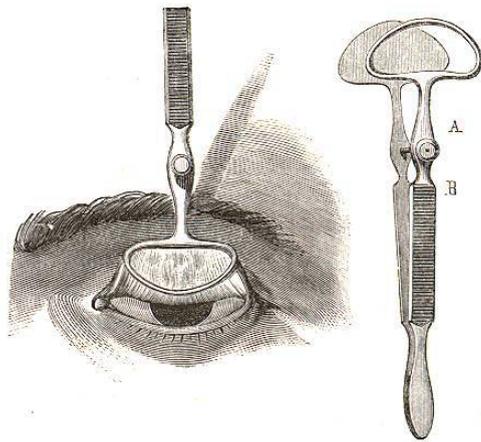


FIG. 100. — Pince de Desmarest pour l'extirpation des kystes des paupières.

du côté de la conjonctive, on agrandit l'ouverture et l'on cautérise sa surface interne avec le nitrate d'argent; mais si le kyste fait quelque saillie à l'extérieur, on ouvre le kyste de ce côté comme un abcès, et l'on promène également à son intérieur le caustique. Cette cautérisation est suivie d'un gonflement inflammatoire pendant deux ou trois jours, puis l'eschare se détache, et les surfaces bourgeonnantes qu'elle a laissées à nu ne tardent point à s'agglutiner.

Au bout de peu de temps, la cicatrice cachée dans les plis de la peau n'est plus reconnaissable. Si la cautérisation est pratiquée du côté de la conjonctive, on aura soin, avant de remettre la paupière en place, de laver les surfaces cautérisées avec de l'eau légèrement chargée de sel marin qui détruit l'excès d'azotate d'argent.

B. Chalazion.

On est loin d'être d'accord sur la nature du chalazion, que les uns confondent avec les kystes meibomiens, tandis que les autres le considèrent comme un orgeolet chronique. D'après les recherches de H. Thomas, le chalazion, complètement indépendant du système glandulaire, siège dans le tissu cellulaire qui sépare le tarse de l'orbiculaire. Il serait constitué d'abord par des éléments embryoplastiques qui se transformeraient plus tard en tissu fibreux.

Le chalazion se présente avec les caractères suivants : du volume d'un petit pois, la tumeur est un peu molle, souvent mamelonnée, d'aspect jaunâtre. Tantôt elle se développe du côté de la peau, sans contracter d'adhérences avec le cartilage; tantôt elle fait saillie du côté du tarse, avec lequel elle adhère; dans ce cas, le cartilage est ramolli, sa couleur est altérée, et l'on pourrait croire à l'existence d'un kyste meibomien.

A une période plus avancée, le chalazion devient plus petit, plus dur, et donne la sensation d'une tumeur fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

Le traitement du chalazion consiste dans l'ablation de la tumeur, qu'on

pratiquera selon les règles prescrites à l'occasion des kystes des paupières.

C. Tumeurs verruqueuses.

On observe assez souvent sur les paupières, et principalement chez les enfants, de petites saillies allongées, coniques, que l'on connaît sous le nom de *verruques*, ou des tumeurs plus larges, fendillées, quelquefois saignantes, pouvant devenir de mauvaise nature chez les sujets âgés, et qu'on nomme *poireaux*.

Ces tumeurs sont constituées par une hypertrophie du derme et accompagnent quelquefois le *nævus maternus*.

L'excision suffit, dans la majorité des cas, à débarrasser les malades de ces petites tumeurs. Chez ceux qui craindraient cette légère opération, on pourrait avoir recours aux caustiques, et en particulier à une solution concentrée d'acide chromique qui détruit ces végétations cutanées en leur faisant subir un racornissement préalable.

Sichel a décrit une sorte d'affection verruqueuse des paupières et du voisinage qui serait liée à la diathèse lymphatique. Ces verrues, petites, arrondies, lisses, d'une teinte rosée mais peu différente de la peau, à sommet blanchâtre, percé d'un orifice, seraient disposées par groupes de huit à vingt. Sans nier l'existence de ces verrues multiples, nous ignorons quels rapports elles peuvent avoir avec le tempérament lymphatique.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES PAUPIÈRES.

1° Absence des paupières.

L'absence des paupières peut être congénitale ou accidentelle. Dans le premier cas, cette lésion ne se montre guère que chez des monstres et coexiste avec d'autres vices de conformation de la face; dans le second cas, l'absence des paupières est le plus souvent la conséquence de brûlures ou d'affections charbonneuses.

Quand les paupières ont été détruites, on voit assez souvent les téguments du voisinage, attirés à la surface de l'œil, former un léger repli, insuffisant pour protéger le globe oculaire, qui reste plus ou moins à découvert.

Quelle que soit la cause de la destruction des paupières, les conséquences en sont également fâcheuses. L'œil, complètement exposé à l'action de l'air, ne tarde pas à s'enflammer, et l'on observe une kérato-conjonctivite chronique, des ulcères de la cornée suivies parfois de perforations ou d'opacités qui amènent la cécité.

On ne peut remédier à l'absence des paupières que par la blépharoplastie, opération sur laquelle nous reviendrons plus loin à l'occasion de l'*ectropion*.

2° Épicanthus.

On désigne sous ce nom une affection de l'œil constituée par la présence d'un repli semi-lunaire de la peau recouvrant plus ou moins la commissure interne ou la commissure externe des paupières et la partie correspondante du globe oculaire. Suivant le siège de la difformité, on distingue l'épicanthus en *interne* et *externe*. C'est une affection rare dont la première description a été faite par Schoen en 1828 (1). Von Ammon (2) lui consacra, en 1831, un mémoire important; mais le travail le plus récent et le plus complet sur l'épicanthus est dû à Sichel (3).

a. Épicanthus interne. — C'est la variété la plus commune. Le repli cutané qui recouvre plus ou moins l'angle interne de l'œil a la forme d'un croissant; l'une de ses faces regarde en avant et l'autre en arrière; son bord falciforme est aminci et regarde en dehors; les deux extrémités se continuent avec la peau des paupières.

L'épicanthus est parfois fort peu marqué; mais, dans quelques cas, on l'a vu s'étendre jusqu'au point de recouvrir le bord de la cornée. Rarement unilatéral, l'épicanthus est le plus souvent double et généralement inégal des deux côtés.

Les individus chez lesquels existe ce vice de conformation ont une expression étrange de la physionomie qui rappelle les types de la race mongole. Leur nez est aplati et large à la racine; en pinçant transversalement la peau du nez au niveau de l'épicanthus, il est facile de faire disparaître la difformité. Si l'épicanthus est très-développé, il peut gêner la vision lorsque l'œil se dirige vers son côté interne. Le cul-de-sac formé par le repli des téguments se remplit quelquefois d'un dépôt sébacé, dont le séjour peut amener des excoriations de la peau. Ce sont là les seuls accidents qui résultent de cette anomalie.

L'épicanthus est quelquefois héréditaire. On a observé une sorte d'épicanthus accidentel à la suite d'ophtalmies scrofuleuses, d'un blépharospasme, d'une ophtalmie purulente ou de cicatrices vicieuses.

b. Épicanthus externe. — Cette variété d'épicanthus est établie sur deux observations, l'une recueillie par Sichel, l'autre par Chevillon (4). Le malade de Sichel avait, outre une amblyopie de l'œil droit et une amaurose incomplète de l'œil gauche, une disposition singulière des commissures externes, surtout à gauche. En effet, la commissure de ce côté était entièrement recouverte par un pli valvulaire, en forme de demi-lune, et dirigé verticalement. Ce repli avait plus d'un centimètre de hauteur, et sa forme était celle de l'épicanthus interne. On pouvait faire disparaître la difformité en tirant sur la peau des tempes. Dans le cas de Chevillon, l'épicanthus était aussi externe et double.

(1) *Handb. der pathol. Anatomie des menschl. Auges*, 1828, p. 60.

(2) *Zeitschrift für Ophthalm.*, t. I, p. 533.

(3) *Ann. d'oculistique*, t. XXVI, et t. XXIX, p. 211.

(4) *Ann. d'oculistique*, t. XXIX, p. 285.

TRAITEMENT. — Si l'épicanthus est léger et s'il existe sur un enfant, on doit attendre, car parfois cette difformité disparaît par le développement de la face. En dehors de ces conditions, on ne peut espérer corriger la difformité que par une opération.

Si l'épicanthus est double et d'égal degré de chaque côté, on peut pratiquer avec avantage l'opération conseillée par Ammon et qui consiste dans l'excision d'une portion ovale ou ellipsoïde de la peau qui recouvre la racine du nez; on réunit ensuite par la suture les deux lèvres de la plaie. Si l'épicanthus est unilatéral, cette opération n'est plus praticable, il faut se borner à l'excision simple du repli cutané à l'aide de ciseaux courbes; on fait un pansement simple sur la plaie.

Il faudrait agir de même pour l'épicanthus externe; mais, dans les deux cas publiés (Sichel et Chevillon), on n'a point pratiqué d'opération. Sichel conseille dans ce cas de faire l'excision de deux portions verticales et ellipsoïdes de la peau, ayant chacune un peu plus de hauteur et de largeur que le pli épicanthique, et placées sur la ligne de prolongation des deux commissures, à la partie la plus reculée de chaque tempe, assez près de la naissance des cheveux pour que ceux-ci cachent la cicatrice.

3° Coloboma.

On appelle *coloboma des paupières* une fente congénitale ou accidentelle de ces voiles membraneux. Le coloboma congénital est une affection fort rare; on l'observe, selon Mackenzie, plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure; jamais on ne l'a vu simultanément aux deux paupières. La fente est de hauteur variable, ainsi que l'écartement qui existe entre les deux bords de la solution de continuité.

Quand le coloboma est accidentel, ses bords sont recouverts par une cicatrice; mais, dans le coloboma congénital, on y rencontre une muqueuse analogue à celle qui tapisse le bord libre des paupières, et quelquefois on y découvre des poils. La conséquence la plus fâcheuse du coloboma des paupières, c'est l'exposition permanente du globe de l'œil au contact de l'air. Le traitement consiste à aviver et à réunir par la suture les deux bords de la solution de continuité.

4° Blépharophimosis.

On désigne sous ce nom l'étroitesse de l'ouverture limitée par les deux paupières. Le phimosis peut être congénital, ou consécutif à des solutions de continuité ou à des phlegmasies palpébrales. Lorsqu'un œil a été pendant longtemps le siège de quelque ophtalmie, l'ouverture palpébrale correspondante est en général rétrécie; la comparaison des deux yeux permet de constater tout de suite cette différence. On voit quelquefois une étroitesse temporaire de la fente des paupières chez les nouveau-nés trop gras; le phimosis alors est causé par l'épaisseur des tissus am-