

conjonctive. Par le toucher cutané ou conjonctival, on peut reconnaître directement la glande lacrymale. La suppuration est possible mais exceptionnelle. On doit la distinguer de la périostite et de la ténonite. Le traitement général, les résolutifs locaux, les pommades hydrargyriques ou iodurées, une ponction au besoin, permettent d'obtenir une guérison complète. Quand la dacryoadénite aiguë est unilatérale, elle est due ordinairement à une conjonctivite et c'est une infection locale remontée à la glande; lorsqu'elle est bilatérale, elle procède d'une des infections générales que nous venons de citer.

La *dacryoadénite chronique* est très rare et caractérisée par de l'hypertrophie glandulaire variable. L'affection ordinairement représente un des accidents curieux de la syphilis ou de la tuberculose.

Elle est souvent bilatérale. On constate un gonflement de la région orbitaire externe, avec ou sans déviation et gêne oculaire, parfois de la rougeur, de l'empâtement, un peu de sensibilité. La marche est lente, la résolution plus ou moins complète. L'iode, le mercure, l'arsenic, le massage, la compression, au besoin l'électrolyse, peuvent rendre des services.

V. — Tumeurs des glandes lacrymales.

§ 278. Les tumeurs des glandes lacrymales sont kystiques ou solides.

Les *kystes* (dacryops) sont exceptionnels. On a cité quelques cas de tumeurs conjonctivales externes à contenu aqueux, avec écoulement plus marqué pendant les excitations lacrymales directes ou réflexes, et à structure lacrymale (Dubreuil). On ne connaît pas encore de kyste *hydatique* (Panas). Le diagnostic clinique doit être confirmé par l'examen histologique. L'ablation totale ou partielle suffit à la guérison.

Les *tumeurs solides* sont bénignes ou malignes.

Les tumeurs *bénignes* sont des *adénomes* et les tumeurs

malignes, des *sarcomes* épithéliaux ou des *lymphomes*. Les types anatomiques n'en sont pas purs. On constate au niveau des glandes lacrymales, surtout les orbitaires, d'un seul côté, une tuméfaction variable, indurée, qui se développe plus ou moins vite et envahit graduellement l'orbite en provoquant de l'exophtalmie et de la gêne dans les mouvements de l'œil. La marche est lente, tant que la capsule n'est pas détruite, mais elle devient, dès ce moment, plus rapide. La tumeur peut se propager, à la longue, dans les cavités péri-orbitaires et le crâne.

On observe des tumeurs *malignes* chez les adultes. Cependant on a rencontré l'épithéliome, le sarcome et le lymphome chez des jeunes sujets.

Le *diagnostic* est souvent difficile, au début surtout, quand la tumeur s'est étendue vers le plafond de l'orbite (Dianoux). Toutes les tumeurs qui envahissent cette région prennent en effet une forme de galette, concave en bas, convexe en haut, en rapport avec les dispositions anatomiques. On a surtout beaucoup de peine à distinguer l'origine de la tumeur, « si la glande a produit la tumeur ou la tumeur, annexé la glande ». L'examen histologique pourra seul trancher la question.

L'ablation hâtive est le meilleur traitement des tumeurs malignes. L'exentération de l'orbite s'impose dans les périodes avancées. La récurrence n'est pas rare et plusieurs interventions sont parfois nécessaires (Dianoux).

CHAPITRE V

MALADIES DES PAUPIÈRES

Les affections des paupières comprennent les blessures, les dermatoses, les inflammations marginales, les tumeurs et les anomalies.

I. — Blessures.

§ 279. Ce sont des plaies par instruments contondants, piquants, tranchants; on observe aussi des blessures par armes à feu, des brûlures, des corps étrangers.

Les *piqûres* sont localement bénignes. Les *sections* horizontales peuvent couper le ligament suspenseur, le releveur de la paupière et produire de la ptose; les sections verticales, par rétraction de l'orbiculaire, restent béantes; les sections du bord ciliaire provoquent la formation du colobome.

Les *contusions*, vers le sourcil, produisent, par section contre le bord tranchant de l'orbite, des plaies nettes que la rétraction des fibres de l'orbiculaire maintient ouvertes. Des coups de feu déterminent parfois de graves désordres des paupières et des parties sous-jacentes.

Des *corps étrangers* divers, parfois volumineux, ont été rencontrés. Nous avons extrait un morceau de roue dentée de tournebroche de 3 centimètres de long et de 1 centimètre de large; le malade ignorait sa présence et nous la constatâmes par hasard.

L'hémorragie peut être considérable et produire de vastes ecchymoses palpébro-conjonctivales. Il importe, en dehors de l'antisepsie, de l'hémostase et de l'ablation des corps étrangers, de suturer exactement les plaies de manière à éviter les déviations ou les adhérences palpébrales.

Les *brûlures* chimiques ou ignées entraînent généralement de graves lésions et des cicatrices très rétractiles avec ectropion étendu. On panse la plaie comme une brûlure ordinaire, mais on cherchera de bonne heure à empêcher la rétraction cicatricielle. La blépharoplastie précoce peut être nécessaire et souvent l'opération de l'ectropion avec autoplastie devient indispensable.

II. — Lésions cutanées.

§ 280. Les éruptions, dermatoses et inflammations diverses, se rencontrent sur les paupières.

L'*érythème* s'observe à la suite d'insolation, au début de la rougeole et de la scarlatine, etc. Il est caractérisé par une teinte rouge, parfois écarlate, brillante. Il coïncide fréquemment avec de l'œdème, des phlyctènes, des abcès.

L'*eczéma* palpébral résulte le plus souvent de l'extension d'un eczéma de voisinage. Il est plus fréquent à la paupière inférieure et tend alors à en produire l'éversion. Le larmolement et la finesse de la peau en sont la cause occasionnelle.

L'*herpès* dans la zona ophtalmique, les phlyctènes dans l'érysipèle, les pustules dans la variole se rencontrent souvent. Les poudres inertes, les pommades salolées, au calomel, à l'oxyde de zinc sont surtout indiquées.

L'*héphidrose* est une sudation excessive des paupières et n'exige que des lavages à l'eau de Cologne, ou légèrement phéniqués.

La *chromidrose*, sécrétion colorée, brunâtre ou noirâtre de la peau des paupières, surtout de l'inférieure, se rencontre particulièrement chez les femmes hystériques et demande des frictions huileuses ou alcalines avec un traitement général.

L'*hématidrose* ou sécrétion rougeâtre cutanée, sanguinolente, a été observée chez des hystériques stigmatisés.

La *séborrhée* est le produit d'un excès de sécrétion des glandes sébacées. Les lavages savonneux chauds sont utiles.

Le *xanthélasma* est constitué par des taches arrondies ou irrégulières qui encerclent les paupières sur une étendue variable. On l'observe surtout à la partie interne et supérieure, chez les femmes adultes. Il s'agirait d'une hypertrophie des éléments graisseux périvasculaires (Poncet de Cluny). E. Chambard a indiqué autour des points xanthélasmiques des altérations nerveuses et vasculaires constantes. Ablation ou destruction ignée.

L'œdème de la paupière est assez fréquent et peut être plus ou moins considérable. La peau est tendue, luisante, résistante et garde l'empreinte digitale, à la pression. La fente palpébrale ne s'entrouvre qu'avec peine. Dans les cas extrêmes, de fines mouchetures peuvent être indiquées, pour amener le dégonflement.

L'emphysème est caractérisé par la présence de gaz sous-cutanés et leur fine crépitation neigeuse au toucher. Une légère compression suffit ordinairement à la guérison.

Les épanchements sanguins produisent des ecchymoses à teinte d'abord noire, puis bleue et jaunâtre. Un peu de massage ou de compression et quelques applications résolutives sont utiles.

Le phlegmon des paupières peut être primitif, mais il est généralement consécutif aux inflammations orbitaires, oculaires ou lacrymales. Les paupières sont rouges, gonflées, douloureuses, surtout en certains points; quand la suppuration se localise, on perçoit de la fluctuation et, après perforation spontanée ou chirurgicale, il s'écoule un pus jaunâtre avec ou sans débris cellulaires. La guérison est la règle. Les émoullients antiseptiques d'abord, puis l'ouverture précoce représentent le traitement habituel.

Le furoncle et l'anthrax ont, au début, des allures phlegmoneuses, mais présentent une localisation plus circonscrite, avec une ou plusieurs élevures acuminées et des vésicules. La présence de bourbillons sphacéliques complètent le tableau clinique. Le traitement doit être antiphlogistique et chirurgical. On doit toujours songer à la possibilité de complications phlébitiques sérieuses.

La pustule maligne se rencontre chez les sujets, bergers, bouchers, tanneurs, etc., qui se trouvent en contact avec des animaux charbonneux. Une couronne de vésicules à fond gangréneux, l'extension rapide de symptômes graves, en sont les phénomènes ordinaires.

Le pronostic local et somatique est toujours sévère.

L'incision ou l'excision large, la cautérisation profonde et

des injections antiseptiques ambiantes sont les conditions du succès.

L'érysipèle entraîne un œdème dur et considérable des paupières. Il existe parfois des vésicules et des plaques gangreneuses. On constate le bourrelet limitant caractéristique, des ganglions engorgés, de la fièvre et un état gastrique plus ou moins marqué.

Il importe au diagnostic de constater ces derniers symptômes et d'explorer la région du sac lacrymal, car une dacryocystite phlegmoneuse peut en imposer pour un érysipèle. L'absence de bourrelet et de ganglions, l'existence d'un état lacrymal antérieur, la constatation du pus vers la commissure interne à la pression et la marche de la lésion permettront d'éviter toute erreur.

Le traitement de l'érysipèle des paupières exige simplement des purgatifs, des antipyrétiques et l'application de poudres isolantes ou de collodion riciné et iodoformé.

On a rencontré parfois le chancre syphilitique, des plaques muqueuses et des gommés multiples. Les antécédents, l'aspect de la lésion et l'infection générale entraînent le diagnostic et commandent le traitement spécifique.

III. — Blépharites.

§ 281. Les blépharites — βλεφαρον, paupière — sont des inflammations occupant le bord libre des paupières. Les follicules pileux, les glandes sébacées et de Méibomius, le tissu marginal, peuvent y prendre part et produire des formes morbides variées. Les troubles de sécrétion glandulaire, les affections des cils, l'irritation marginale ou même l'infection extérieure, occasionnelle ou consécutive aux affections lacrymales, sont les motifs ordinaires des blépharites. Le lymphatisme, l'arthritisme, l'herpétisme, y prédisposent beaucoup; la lumière, les poussières, le travail assidu, les exagèrent; enfin, les

conjonctivites, par extension, les créent, les entretiennent ou les aggravent.

Les blépharites sont sèches ou pityriasiques, humides et ulcéreuses, avec ou sans hypertrophie marginale.

Blépharite simple. — Sèche ou pityriasique, elle est constituée par un bord ciliaire légèrement rosé, un peu épaissi, des cils déjà altérés, pigmentés ou décolorés, à pointe effilée ou dédoublée, et surtout par des croûtes plus ou moins fines, mais toujours grisâtres, adhérentes à la racine ciliaire et à la surface marginale.

Blépharite hypertrophique. — Elle coexiste d'ordinaire avec la précédente; mais parfois le gonflement marginal est le seul caractère inflammatoire constatable.

Blépharite glandulo-ciliaire. — Celle-ci peut débuter par une série de petites pustules à la racine des cils, mais d'ordinaire elle est constituée par une pustulation pilo-sébacée successive, laquelle s'éternise sous l'influence des causes centrales, générales ou locales. Il se produit alors au niveau de chaque pustule une ulcération, la chute des cils, puis du tissu inodulaire.

La réparation cicatricielle de ces pustules et ulcérations entraîne la perte définitive, partielle ou totale des cils (madarosis), l'atrophie du bord marginal et son induration (tylosis), parfois même de l'ectropion.

Blépharite ulcéreuse. — Elle est caractérisée par des ulcérations et de la rougeur. Les cils sont altérés. La bordure marginale s'hypertrophie et il se fait de l'ectropion. On observe la blépharite ulcéreuse plutôt chez les enfants, et la blépharite sèche chez les adultes. Les vieux lacrymaux offrent souvent de l'hypertrophie et de l'ectropion ciliaires. Les blépharites sont généralement chroniques. On les reconnaît aisément aux squames ou aux lamelles grisâtres et adhérentes à la racine et non, jaunâtres et agglutinant le sommet des cils, comme dans les conjonctivites, enfin aux pustules, aux ulcérations ou à l'hypertrophie marginales.

Il importe de bien constater les complications ciliaires, con-

jonctivales ou lacrymales qui accompagnent ou compliquent ces blépharites. Les blépharites pityriasique, ulcéreuse ou hypertrophique, sont caractérisées aisément par leurs dénominations. Elles sont assez rebelles.

Traitement. — Il doit tenir compte de l'état général, de l'état local et des complications. La blépharite est-elle entretenue ou provoquée par une conjonctivite et celle-ci par de la rhinite, il faut les traiter; les voies lacrymales sont-elles obstruées, on doit les dilater. En outre, il convient de débarrasser les paupières des sécrétions, des croûtes, des lamelles, qui siègent à la racine des cils. Dans ce but des cataplasmes de fécule tièdes, et une toilette minutieuse avec des tampons d'ouate imbibés d'eau boriquée ou sublimée chaude sont indiqués. Dans la blépharite simple, on pourra faire des applications avec des solutions de carbonate de soude, de sous-acétate de plomb ou de nitrate d'argent au centième.

Dans la blépharite ulcéreuse on devrait, après toilette marginale, pratiquer l'arrachement des cils malades, puis faire des attouchements avec le nitrate à 1/100, la teinture d'iode; la pommade à l'iodoforme réussit assez bien. Le sublimé à 1/500 ou 1/100, et même 1/50, en attouchements répétés a été beaucoup vanté (Despagnet, Valude).

Dans la blépharite glandulo-ciliaire non ulcérée, les pommades au précipité rouge, s'il s'agit d'un adulte, et jaune, s'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, donneront de bons résultats. Nous employons, après lavages et ablation des cils malades, en dehors des tampons chauds et du massage du bord des paupières, la pommade jaune à la cocaïne, à 0^{gr}, 20 de chaque, pour 5 grammes de vaseline.

Ce même traitement, en insistant sur le massage, les tampons chauds et la pommade jaune, est favorable aux blépharites avec hypertrophie du bord ciliaire. Le massage local est surtout très avantageux.

Le sirop iodo-tannique, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie tiède, les frictions sèches seront favorables aux strumeux; les arséniates, les alcalins, aux arthritiques et aux herpétiques.

Les opérations lacrymales ou celles de l'ectropion complètent le traitement.

IV. — Blépharospasme.

§ 282. Le blépharospasme est la contraction clonique ou tonique du muscle orbiculaire. Il s'agit d'un simple tic palpébral, de clignements répétés ou d'une contraction tenace. Le blépharospasme est souvent consécutif à des corps étrangers conjonctivaux et à des lésions inflammatoires de l'œil ou des annexes; on l'observe surtout dans les affections superficielles de la cornée, l'ophtalmie phlycténulaire en particulier. On le rencontre cependant dans l'hystérie, le nervosisme, quelques affections gastro-intestinales. Cet état est fort pénible; il peut être rebelle et entraîner la persistance des lésions ou des troubles de nutrition de l'œil.

On devra tout d'abord reconnaître ses divers caractères et établir sa cause, générale ou locale, car le traitement en découle naturellement.

L'exploration oculaire et périoculaire permettra de voir les lésions initiales, les ulcérations, les corps étrangers, etc.; l'anesthésie générale peut être nécessaire, surtout chez les enfants. Le traitement ophtalmique, la dilatation, les douches froides locales et brutalement faites, les antispasmodiques, viennent généralement à bout de la forme symptomatique; la forme essentielle est plus tenace. L'électrothérapie, le massage local, la névrotomie des filets nerveux du trijumeau, la suggestion parfois, permettront d'obtenir des résultats satisfaisants. Il n'est pas rare cependant, que le blépharospasme résiste; c'est alors l'affection incurable connue sous le nom de *tic non douloureux de la face*, car le spasme est ordinairement étendu à la joue et jusqu'aux lèvres. On a préconisé en pareil cas l'élongation du nerf facial en totalité, ou seulement d'une de ses branches.

V. — Ptoxis.

§ 283. Le ou la ptoxis — πτώσις, chute, — insuffisance ou défaut de relèvement palpébral, est complet ou incomplet, acquis ou congénital.

Dans le ptoxis *complet*, l'élévation de la paupière supérieure est paralysée, l'ouverture de la fente palpébrale est nulle, les plis palpébraux sont effacés, les sourcils relevés par des contractions frontales. La paupière recouvre entièrement le globe oculaire et donne à la physionomie un caractère d'hébétéude marqué. S'il est double, la déambulation est gênée et le patient renverse la tête en arrière pour voir devant lui, à travers la fente palpébrale.

Souvent le ptoxis s'accompagne de paralysie du droit supérieur et des muscles innervés par la troisième paire; ce trouble étant ordinairement unilatéral, la diplopie qui résulte du strabisme externe concomitant est ainsi supprimée.

Le ptoxis *incomplet* présente les caractères précédents mais à un moindre degré. Généralement il succède ou conduit au ptoxis complet.

Les traumatismes, la syphilis, le tabes, la sclérose en plaques sont les causes ordinaires de la ptose. Fuchs a cité des cas de ptoxis sénile par atrophie simple du releveur. La guérison survient, dans le tabes ou la syphilis, en quelques semaines ou quelques mois. Presque toujours il s'agit de paralysie de la troisième paire. On connaît quelques cas de blépharoptose corticale (Grasset, Landouzy).

Le ptoxis *congénital* est souvent incomplet et binoculaire. Les sujets ont l'air somnolent. Il s'agit alors d'absence ou d'insuffisance du releveur palpébral. La paralysie congénitale de la 3^e paire est exceptionnelle. Quand elle existe, elle est unilatérale, et c'est le résultat de la compression par le forceps durant un accouchement laborieux. Il n'est pas très rare de voir le ptoxis congénital s'améliorer avec le temps, soit

que le releveur se fortifie, soit que l'aide du muscle frontal devienne plus efficace; toutefois la persistance de la difformité est la règle.

Le ptosis *non paralytique* se rencontre encore dans l'éléphantiasis palpébral, dans la conjonctivite granuleuse, le symblépharon et même dans quelques cas d'amétropie. Il est alors léger et résulte, soit de l'inflammation de la paupière, soit du besoin de vision sténopéique nécessitée par un astigmatisme habituel concomitant.

Pour connaître le degré de ptosis unilatéral, on peut comparer des deux côtés la hauteur de la fente palpébrale dans le regard direct en avant ou en haut; on peut aussi mesurer la hauteur respective des paupières. Dans le ptosis bilatéral, on se contentera d'apprécier l'ouverture palpébrale et de la comparer à l'ouverture normale. Ces appréciations serviront à établir la thérapeutique. On doit distinguer le ptosis de la contraction de l'orbiculaire, puis déterminer le degré et la cause du ptosis.

Le *traitement* est médical ou chirurgical, et, dans ce dernier cas, curatif ou palliatif.

Le *traitement médical* s'adresse surtout à la syphilis. On prescrira les mercuriaux et les iodures, et l'emploi en sera énergique et prolongé.

Le *traitement palliatif* a pour objet de relever la paupière, d'améliorer l'esthétique et de permettre une vision facile. Les bandelettes agglutinatives, le collodion, les sutures ou les pinces à ptosis, plissant la peau palpébrale, peuvent être employés, mais ne donnent que des résultats provisoires.

Le *traitement curatif* a pour but de remonter mécaniquement la paupière, d'affaiblir l'orbiculaire antagoniste du releveur, ou de suppléer celui-ci par le muscle frontal.

Le procédé des sutures sous-cutanées de Dransart, celui de Pagenstecher, relèvent le bord marginal et le relient, par des tractus cicatriciels, à la région sourcilière.

Les procédés de de Graefe, de de Wecker, affaiblissent l'orbiculaire, celui de Gillet de Grandmont remonte, par section,

le bord marginal; enfin, celui de Panas met en œuvre le muscle frontal par l'intermédiaire d'un tendon cutané.

Il faut tenir compte, dans le choix des procédés, du degré du ptosis, de son ancienneté, de l'état visuel.

Dans le ptosis léger, incomplet, congénital surtout, les sutures de Dransart suffisent. Les procédés de de Wecker, de Gillet de Grandmont, de Panas conviennent aux cas plus marqués.

VI. — Lagophtalmie.

§ 284. Le lagophtalmos — λαγώς, lièvre, ὀφθαλμός, œil — est l'occlusion incomplète des paupières pendant leur contraction et même pendant le sommeil. On l'observe après de larges pertes de substance palpébrale, dans l'ectropion, la paralysie de l'orbiculaire, l'exophtalmie, etc. La cornée, exposée à l'air sans clignement, se dessèche, s'ulcère dans les points exposés, et il peut survenir une destruction rapide du globe.

Le *traitement curatif* s'adresse à la lésion mère du lagophtalmos; le *traitement palliatif* comporte l'occlusion de l'œil par un bandeau, ou la blépharraphie.

VII. — Orgelet.

§ 285. Les orgelets — hordeolum — sont de petits furoncles marginaux qui, comme leurs congénères cutanés, se développent dans les glandes sébacées. Ils prennent naissance dans les glandes ciliaires à la suite d'une infection palpébro-conjonctivale. Ils sont contagieux et souvent multiples ou successifs chez le même sujet; ils repullulent aisément. On les reconnaît à leur siège marginal, à leur forme acuminée, à leur pointe jaunâtre et bourbillonnée, à leur réaction douloureuse.

Entre les cils, à leur base, on voit se former un bouton d'un rouge vif, dur, luisant et assez douloureux. La peau et les tissus qui l'entourent sont plus ou moins œdémateux et