

offrent même parfois l'aspect inquiétant d'un gonflement phlegmoneux. Toutefois, en deux ou trois jours, en général, quatre au plus, la pointe du bouton s'accuse, devient blanchâtre, puis s'ouvre pour donner issue à un bourbillon purulent. Alors tout se termine rapidement, et la réaction inflammatoire de l'orgelet, comme celle du furoncle, d'ailleurs, tombe en quelques heures.

Les cataplasmes, les douches chaudes, l'ouverture chirurgicale pratiquée avec une simple aiguille flambée, constituent le meilleur traitement.

Il sera bon, pour éviter la récurrence, de traiter la blépharite ou la blépharo-conjonctivite originelle et de pratiquer une toilette antiseptique régionale, soignée et quotidienne, avec de l'eau boricuée ou sublimée *très chaude*.

VIII. — Tarsite.

§ 286. La tarsite est l'inflammation du tarse. Les diverses lésions des glandes de Meibomius et de la conjonctive retiennent sur la nutrition et la conformation des tarses. Ceux-ci s'atrophient, s'amincissent, se recroquevillent, entraînent des déformations palpébrales, des déviations marginales et ciliaires, de l'entropion ou de l'ectropion. Il en est ainsi particulièrement dans le trachome et dans une affection très rare, observée surtout en Russie, la dégénérescence amyloïde de la conjonctive. La syphilis tertiaire produit aussi une infiltration hypertrophique gommeuse des tarses qui aboutit, par régression lente, soit à l'atrophie, soit à une guérison complète.

IX. — Canaliculite tarsienne, Acné meibomienne.

§ 287. L'affection que Panas, dans son traité, appelle *acné meibomienne* s'observe principalement chez les adultes et beaucoup plus rarement, chez les enfants. Elle n'est pas, comme

l'orgelet ordinaire, l'apanage fréquent des lymphatiques, mais se rencontre plus volontiers chez les arthritiques prédisposés aux blépharites ciliaires. Au milieu des signes ordinaires de la blépharite, on voit pousser, précisément au niveau du bord tranchant de la paupière, une petite éleveure conique d'un rouge vif uniforme. Ce bouton persiste pendant des jours et même des semaines avec des modifications variables, surtout dans les sensations qu'il occasionne, mais sans disparaître complètement. On ne voit point, à son sommet, se former de pointe blanchâtre, ni sortir de bourbillon; et cette chronicité, aussi bien que cet arrêt en quelque sorte, dans l'évolution le distingue entièrement de l'orgelet.

Si l'on renverse la paupière à ce moment, l'aspect de la muqueuse du voisinage est caractéristique. Du bouton d'acné part une rougeur vive qui s'étend assez loin sur la conjonctive, en général jusque vers la moitié de la hauteur du cartilage tarse à la paupière supérieure, et jusqu'au sommet de ce cartilage à la paupière inférieure. Au milieu de cette tache rouge, formée par la conjonctive enflammée, on aperçoit un tractus blanc jaunâtre, situé sous l'épithélium, et qui marque le passage du canalicule excréteur de la glande de Meibomius, apparaissant par transparence, dans lequel s'est localisé un petit abcès constitué par du pus plus ou moins concret. Quand l'affection est ancienne, le contenu du canal est même transformé en une sorte de calcul solide et constitué, d'après Panas, par des dépôts calcaires et de fines paillettes de cholestérine.

Au début, quand le canal excréteur ne renferme que des produits liquides, on peut, en pressant la paupière entre les doigts, faire sourdre le contenu des canalicules par les orifices des glandes de Meibomius. On voit alors sortir du bord des paupières des filaments blanchâtres et épais, comme du vermicelle fin.

Il n'est pas rare que ces petites inflammations des canalicules terminaux des glandes meibomiennes se répètent sur plusieurs points de la même paupière et avec des degrés di-

vers dans l'intensité; c'est ce qui nous a conduit à lui donner le nom de *canaliculite tarsienne* qui nous semble très caractéristique de la lésion.

Le traitement consiste à vider et à curetter chacun des canalicules meibomiens enflammés. Avec une pince de Desmarres fenêtrée, on retournera la paupière en mettant l'anneau du côté de la conjonctive, de manière à bien exposer la muqueuse tarsienne ainsi que les lignes jaunâtres formées par les canalicules distendus et enflammés.

Si la canaliculite ne s'accompagne pas de la formation d'un bouton d'acné palpébral, on se bornera à fendre le canalicule en suivant la ligne jaune visible, et à passer dans le fond de l'incision une curette fine.

S'il existe un bouton d'acné qui marque la place de l'orifice extérieur du canalicule, il faut prolonger l'incision le long de la ligne jaune, jusqu'au bord de la paupière, et ne pas craindre de l'entamer. Une fois l'incision faite du haut en bas du canalicule enflammé, on passera également dans le fond la petite curette tranchante.

L'incision donne issue à du pus, liquide ou concret, ou à un véritable amas de concrétions calcaires, suivant les cas et l'ancienneté de la lésion.

Après cette petite opération, l'acné meibomienne guérit vite, sauf à se reproduire plus tard en un autre point des paupières, sous l'influence des mêmes causes que celles qui l'avaient déjà amenée. C'est alors qu'il faut mettre en œuvre le traitement des blépharites chroniques, préventif, autant que possible, de ces accidents.

Il consistera, localement, en lavages boriqués, pratiqués à une température élevée, et en application journalière de pomade au précipité rouge.

Le traitement général, surtout, devra être observé avec soin, et sera dirigé contre les deux grandes causes constitutionnelles des blépharites : le lymphatisme et l'arthritisme.

X. — Trichiasis. Distichiasis.

§ 288. Le *trichiasis* — θριξ, poil — est la déviation des cils vers le globe, contre la cornée, qu'ils irritent. Il est total ou partiel, supérieur ou inférieur. On l'observe après les blépharites, les orgelets, la diphtérie, les brûlures, les traumatismes et surtout le trachome; celui-ci en est une cause particulièrement fréquente. Certains états congénitaux dans lesquels existent plusieurs rangées de cils déviés vers le globe oculaire, en *distichiasis*, — δις, deux fois, σπιχος, rang — présentent la même disposition.

On constate aisément le trichiasis. Les cils déviés sont parfois cependant assez grêles et décolorés pour qu'ils passent inaperçus; on les voit alors mieux à la loupe et, suivant leur coloration pâle ou foncée, en projection, sur l'iris ou la sclérotique. Il importe de reconnaître cette affection, car elle est douloureuse et toujours plus ou moins grave par les ulcérations kératiques qu'elle détermine.

Le traitement varie avec la nature et l'étendue du trichiasis. Si quelques cils sont seuls déviés, l'épilation ou la destruction par l'électrolyse suffisent. Y a-t-il une partie ou la totalité des cils déviés, on en pratique l'ablation ou mieux le déplacement en agissant sur le bord ciliaire par les procédés opératoires applicables à l'entropion.

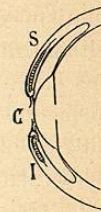


FIG. 9. — Entropion et trichiasis.

S, paupière supérieure; I, paupière inférieure; C, cornée.

XI. — Entropion.

§ 289. L'entropion — εν, en dedans, τρέπω, je tourne — est l'inversion, le renversement de la paupière en dedans. Il est spasmodique, cicatriciel ou mixte.

L'entropion *spasmodique* se produit par la contraction de

l'orbiculaire et le relâchement de la peau. Dans le blépharospasme, chez les vieillards, la contraction musculaire rétrécit la fente palpébrale et y attire la peau flasque et ridée; le globe étant souvent petit, ou enfoncé dans l'orbite par amaigrissement, ne soutient plus les paupières qui s'enroulent et s'inversent. Il en est encore ainsi, par manque de soutien palpébral, après l'énucléation. L'entropion spasmodique siège de préférence à la paupière inférieure.

L'entropion *cicatriciel* résulte de la sclérose tarso-conjonctivale, et s'observe dans le trachome, la diphtérie, après les traumatismes, les brûlures, etc.

Ordinairement l'entropion cicatriciel, par l'irritation causée par les cils, et les lésions concomitantes, entraîne du blépharospasme qui, à son tour, exagère l'entropion.

L'entropion, quelle que soit sa cause ou sa nature, occasionne du trichiasis et de graves désordres oculaires.

On le reconnaît aisément aux sensations de gravier du patient, aux lésions kératiques, à la forme des paupières, à l'atrophie marginale, à la direction des cils, etc.

On le traitera de bonne heure et énergiquement en s'appliquant à éloigner ou à corriger sa cause originelle.

L'entropion cicatriciel type est l'entropion *granuleux*. Est-il léger, on peut pincer, par une ligature (sutures verticales de Gaillard), la peau des paupières, ou bien thermo-cautériser profondément, avec ou sans incision préalable de la peau, le tarse, à quelques millimètres du bord marginal, et créer ainsi un processus cicatriciel inverse par rapport à celui de la conjonctive. Ces moyens réussissent surtout dans l'entropion de la paupière *inférieure*. Pour la paupière *supérieure*, dans les formes partielles ou totales, surtout dans les degrés moyens un procédé excellent est celui d'Anagnostakis modifié par Panas. Ce procédé consiste à disséquer la surface du tarse, après incision parallèle aux cils, et au-dessus d'eux, à sectionner le cartilage parallèlement à l'incision; enfin à faire basculer les deux fragments du tarse au moyen d'une suture qui embrasse, d'une part le lambeau ciliaire,

d'autre part le ligament suspenseur. Ce procédé donne de bons résultats même dans les degrés élevés de l'entropion; mais alors il vaudra mieux, d'ordinaire, recourir à l'autoplastie avec lambeau cutané à pédicule interne, externe, médian, à pont ou en anse de panier, suivant que l'entropion est interne, externe, médian ou total; on insère ce lambeau en arrière des cils, dans le sillon du bord marginal dédoublé dans le sens de son épaisseur, en lame cilio-cutanée et tarso-muqueuse (Watson, Gayet, Jungken). On obtient par cette tarso-margino-plastie des résultats parfaits et définitifs, car on diminue l'excès de peau, on allonge la muqueuse rétractée, enfin on place comme un coin protecteur entre les cils et le globe oculaire.

L'entropion *spasmodique* habituel est l'entropion *sénile* des vieillards ridés, à peau flasque, à œil petit ou cave. C'est un entropion qui s'observe surtout à la paupière inférieure. On peut le guérir parfois en suspendant une occlusion trop prolongée ou excessive. Autrement les moyens mécaniques ou chirurgicaux simples suffisent: application d'un rouleau de coton dans le pli palpébro-jugal, collodion en bandelettes, raie de feu parallèle au bord ciliaire, sutures de Gaillard embrassant un large pli vertical de peau. Le procédé de Gillet de Grandmont qui rappelle l'action des sutures de Gaillard, mais dans lequel les fils sont introduits par le cul-de-sac conjonctival, l'ablation d'un lambeau cutané enfin, etc., permet toujours de remédier à cette affection fâcheuse.

XI. — Ectropion.

§ 290. L'ectropion — *ἐκτρέπω*, je renverse — est constitué par le renversement des paupières en dehors. Il est total ou partiel. On peut le diviser en musculaire, muqueux et cutané.

L'ectropion *musculaire* résulte de la contraction spasmodique de l'orbiculaire dans les paupières séniles à peau flasque, à inflammations chroniques, ou bien s'observe dans la paralysie de ce muscle.

L'ectropion *muqueux* est produit par l'exophtalmie, les tumeurs orbitaires, l'infiltration rapide de la conjonctive, l'hypertrophie marginale consécutive aux blépharo-conjonctivites chroniques des jeunes sujets scrofuleux ou des lacrymaux invétérés et âgés. Le larmolement joue, en l'espèce, un grand rôle, car il entretient la blépharo-conjonctivite et exagère l'hypertrophie de la muqueuse marginale laquelle, éversant mécaniquement la paupière, aggrave, à son tour, l'état lacrymal. Le relâchement cutané et le spasme de l'orbiculaire peuvent aussi secondairement intervenir.



FIG. 10. — Ectropion.

S, paupière supérieure; I, paupière inférieure; E, cornée.

L'ectropion *cutané* est cicatriciel et consécutif à des plaies, des brûlures, des adhérences ostéitiques qui éloignent, en l'éversant, la paupière du globe oculaire. Les brûlures surtout, à cicatrices toujours rétractiles, occasionnent des ectropions excessifs. L'eczéma, l'impétigo, le lupus, ont dans ce sens, une action plus modérée.

Il importe de bien établir le degré, la nature et la cause de l'ectropion, car le traitement en découle directement.

L'ectropion musculaire sera amélioré par la contention palpébrale ou la suture partielle, sans avivement des bords marginaux. L'ectropion muqueux, produit par un gonflement muqueux excessif, demande une compression légère, des scarifications, parfois la canthotomie. L'ectropion avec hypertrophie de la muqueuse marginale, chez les lacrymaux, exige le traitement lacrymal, la résection de la conjonctive hypertrophique, enfin la blépharorrhaphie externe avec bande une ou deux sutures de Snellen vers les parties médianes. L'ectropion sénile est corrigé par les opérations de Dieffenbach, de Szymanowsky. Enfin, lorsqu'il s'agit d'ectropions cicatriciels, on doit avoir recours aux procédés de blépharoplastie, appropriés aux divers cas particuliers qui peuvent se présenter (A. Guérin, Dieffenbach, etc.).

XII. — Ankyloblépharon.

§ 291. L'ankyloblépharon — ἀγκυλλη, frein, βλέφαρον, paupière — correspond à la soudure plus ou moins étendue et complète des bords ciliaires des paupières. Il est consécutif à des brûlures, des ulcères, des blépharites ou des plaies de la région marginale.

L'ankyloblépharon est rarement total et siège de préférence vers la commissure externe, déterminant le rétrécissement de la fente palpébrale ou *blépharophimosi*s. Celui-ci est d'ailleurs plus souvent congénital.

Le traitement de l'ankyloblépharon consiste dans la section commissurale des paupières, que l'on divise d'un coup de ciseaux droits et que l'on maintient séparées jusqu'à cicatrisation complète. On peut aussi suturer la conjonctive incisée à la portion de peau marginale correspondante. Dans le blépharophimosi)s, on pratique toujours une véritable canthoplastie, avec section de la commissure externe et suture muco-cutanée des lèvres de la plaie.

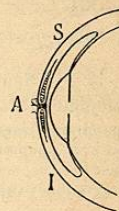


FIG. 11. — Ankyloblépharon.

S, paupière supérieure; I, paupière inférieure; A, soudure marginale.

XIII. — Symblépharon.

§ 292. Le symblépharon — συν, avec, βλέφαρον, paupière — est constitué par l'adhérence anormale de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire. Les brûlures, la diphtérie, les ulcères granuleux en sont la cause habituelle. La conjonctive palpébrale adhère seulement à la conjonctive bulbaire en diminuant ou rétrécissant le cul-de-sac, ou bien elle englobe la cornée. Le symblépharon, sauf quand il atteint la cornée ou empêche l'occlusion palpébrale, n'est pas grave et gêne

simplement les mouvements de l'œil; il peut cependant provoquer de la diplopie.



FIG. 12. — Symblépharon.

T, paupière supérieure; P, paupière inférieure; cc, suture conjonctivale.

S'agit-il de simples brides, on les incise et on s'efforce d'empêcher, par des sutures séparées, la réunion des parties divisées. Y a-t-il adhérence large, on dégage le globe de l'œil de la conjonctive, puis on fait de l'autoplastie avec de la conjonctive, de la peau, ou suivant les procédés de Teale, Samelsohn, etc.

On a imaginé pour le symblépharon total divers procédés d'hétéroplastie basés sur l'emploi de la peau de grenouille, d'une muqueuse animale ou de la muqueuse buccale de l'individu. L'affection est ordinairement rebelle à ces divers moyens de traitement.

XIV. — Tumeurs.

§ 293. Le *Chalazion* — $\chi\lambda\lambda\alpha\zeta\alpha$, grêlon — n'est pas un simple kyste meibomien mais un véritable granulome à début glandulaire et peut-être infectieux.

Tangl, Baumgarten ont récemment soutenu sa nature tuberculeuse. Weiss, Deutschmann, Parisotti, n'ont jamais pu y trouver des bacilles de Koch ni produire, par inoculations de leurs divers éléments, de la tuberculose expérimentale.

Il est constitué par une masse granuleuse qui grossit plus ou moins vite du côté de la peau, du bord marginal ou de la muqueuse, en altérant profondément le tarse. On y trouve toujours des débris glandulaires (Lagrange).

On le distingue aisément de l'orgelet par son siège tarsal, son développement lent, presque indolore, son aspect arrondi, sa consistance dure peu inflammatoire, son



FIG. 13. — Chalazions.

A, cutané; B, muqueux; C, muco-cutané; D, interstitiel.

contenu granuleux. On en rencontre parfois un grand nombre dans certaines blépharites (Dianoux).

Un traitement médical est toujours utile et parfois même suffisant. A la première période, les petits chalazions et l'engorgement palpébral peuvent disparaître par le massage, l'application de pommade au précipité jaune ou de teinture d'iode à l'extérieur; plus tard, l'incision et le curettage sont nécessaires. L'ablation totale est même de rigueur si l'on veut éviter les récidives; on la pratique avec la pince de Desmarres et au bistouri, par la peau ou la muqueuse. Un tamponnement modéré et un peu de taffetas adhésif suffisent à l'hémostase; les sutures sont ordinairement inutiles. Le traitement médical de la blépharite initiale est nécessaire si l'on veut éviter la production de nouveaux chalazions.

Il existe sur le bord marginal de petits *kystes transparents* du volume d'une tête d'épingle à un petit pois. Il s'agirait de kystes de l'orifice des glandes sudoripares de Moll (Panas).

L'*épithéliome* marginal est fréquent mais siège volontiers vers les commissures. L'âge des sujets, la dureté, l'aspect ulcéreux ou papillomateux de la tumeur, sa marche, permettent un diagnostic facile et imposent un pronostic sérieux, au moins au point de vue de l'extension aux parties voisines. L'ablation large est indispensable et l'autoplastie souvent nécessaire à la suite.

Les *papillomes* se présentent sous forme d'excroissances d'aspect corné, caractérisées par une accumulation de cellules épidermiques, échafaudées sur des papilles dermiques hypertrophiées.

Les *verruës* ne sont pas rares et sont en général multiples. Leur contagiosité est probable, car on en trouve souvent aux doigts en même temps qu'aux paupières.

Les *kystes dermoïdes* des paupières et des sourcils sont fréquents, du volume d'une aveline à une noix. Ils contiennent des poils, de la matière sébacée, des glandes sudoripares. L'ablation totale est leur seul traitement.

XV. — Anomalies.

§ 294. L'absence des paupières ou *ablépharie* est exceptionnelle; l'œil est découvert et plus ou moins saillant. Inversement, l'œil peut être recouvert de la peau allant de la joue au front, avec ou sans trace de fente palpébrale; Fuchs vient d'en publier un nouveau cas avec *cryptophtalmie*. Les paupières sont parfois affectées de *colobome*. Supérieur ou inférieur, ce colobome résulte d'adhérences amniotiques au globe oculaire. L'autoplastie, comme pour un bec-de-lièvre, donne d'excellents résultats.

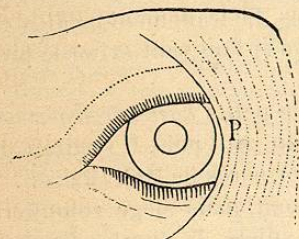


FIG. 44. — Epicanthus.
P, repli cutané droit.

L'*épicanthus* est constitué par deux replis cutanés qui recouvrent les commissures internes. Le nez est aplati à sa racine; souvent, en outre, il existe de la microphthalmie ou du strabisme.

On peut détruire les brides commissurales, ou enlever un lambeau en dehors. Il vaut mieux encore réséquer un lambeau elliptique vertical sur la racine du nez et suturer profondément. Pour éviter que les fils coupent la peau, on utilisera les aiguilles employées dans l'opération du bec de lièvre.

Les cas légers sont susceptibles d'un traitement palliatif par le port d'un pince-nez qui soulève convenablement la peau commissurale.

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA CONJONCTIVE

§ 295. *Conjonctivites*. — Les conjonctivites peuvent être envisagées au point de vue anatomique, clinique ou pathogénique.

Les caractères cliniques, symptômes, marche, durée, ne sont pas suffisants pour la classification. Les caractères anatomiques, vascularisation, éruptions, granulations, fausses membranes, pus, etc., sont plus nets mais séparent des affections similaires ou réunissent des affections disparates. Les caractères pathogéniques seraient plus certains, toutefois ils ne sont pas tous encore bien déterminés.

Nous croyons donc devoir adopter une division mixte, basée sur les lésions anatomiques mais tenant compte également de la marche clinique et des notions pathogéniques qui paraissent actuellement acquises.

Les conjonctivites sont nombreuses et caractérisées par des éléments inflammatoires divers : hyperémie, catarrhe, suppuration, exsudats, vésicules, granulations; nous les étudierons sous les titres de conjonctivites simple, catarrhale, purulente, pseudo-membraneuse, phlycténulaire et granuleuse. Elles sont fréquemment liées à des irritations palpébrales ou kératiques et l'ensemble prend alors le nom d'ophtalmies.

Les conjonctivites ont des causes générales et des causes locales. Le lymphatisme, la scrofule dans les formes granuleuse et phlycténulaire, l'arthritisme, dans la forme sèche ou catarrhale, jouent un certain rôle; les inflammations de voisinage, eczéma, rhinites, otorrhées, les irritations provenant des engorgements glandulaires, des déviations ciliaires, de corps étrangers, de stagnation lacrymale, sont des causes habituelles; enfin, la contagion directe ou indirecte pour les conjonctivites catarrhales, purulentes, granulaires, diphtériques, phlycténulaires, est aujourd'hui démontrée.