

CHAPITRE XII

MALADIES DES PAUPIÈRES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

§ 106. Les paupières (palpebræ) (1) sont, d'après les données embryologiques, des replis de la peau extérieure qui glissent sur le globe oculaire pour le recouvrir et le protéger. La limite de la paupière supérieure est indiquée par le sourcil; par contre, la paupière inférieure se perd dans la peau de la joue sans présenter de limite nette. Les paupières circonscrivent la fente palpébrale et se réunissent aux deux bouts de cette fente pour constituer les angles de l'œil. L'angle externe de l'œil (canthus externe) est aigu. Si l'on écarte les paupières, on voit se former à cet endroit un léger repli de la peau qui relie la paupière supérieure à l'inférieure, c'est la commissure externe. Par contre l'angle interne de l'œil présente la forme d'un fer à cheval au fond duquel est située la caroncule (fig. 24, C). L'écartement du milieu des paupières est soumis à des différences individuelles. En moyenne, cet écartement est tel que, dans le regard ordinaire, la paupière supérieure recouvre la partie supérieure de la cornée, tandis que la paupière inférieure laisse la partie inférieure de la cornée libre. La forme et la largeur de la fente palpébrale ont un très grand effet sur l'expression des yeux. Les yeux dont on vante la grandeur et la beauté ne sont généralement pas, en réalité, de gros globes oculaires mais des yeux à fente palpébrale largement ouverte. De même l'expression vulgaire « l'œil est plus petit » ne signifie pas que le globe oculaire est réellement plus petit, mais seulement que l'ouverture palpébrale est moins large.

La peau qui recouvre les paupières est une des plus minces du corps humain. De plus, comme elle n'est réunie au tissu sous-jacent que par un tissu conjonctif lâche et privé de graisse, elle est très mobile. Cette

(1) De *palpare*, caresser de la main.

disposition favorise son plissement et son extension, au moment où les paupières s'ouvrent et se ferment. Chez les personnes d'un certain âge, la peau de la paupière présente de nombreuses rides. Comme elle est très mobile, elle est facilement entraînée par des cicatrices avoisinantes ce qui donne naissance à un ectropion cicatriciel. En outre, à cause de la laxité de ses adhérences, elle est très sujette à des ecchymoses et à des œdèmes étendus. Ce n'est que dans le voisinage du bord palpébral libre que la peau est solidement unie au tarse sous-jacent par du tissu conjonctif résistant. Le bord libre de la paupière présente une mince surface dirigée en bas pour la paupière supérieure, en haut pour la paupière inférieure (fig. 19, A, r, r'). Au moment de l'occlusion des paupières, les deux surfaces s'adaptent exactement l'une contre l'autre, tellement que, huilées qu'elles sont par le produit des glandes de *Meibomius*, elles sont capables de retenir les larmes. Chez les personnes atteintes de larmoiement et de spasme palpébral, il n'est pas rare de voir, au moment où l'on écarte forcément les paupières, un torrent de larmes s'échapper des yeux. La rétention de ces larmes sous les paupières fermées constitue une preuve que leur occlusion est parfaite et à l'épreuve de l'eau.

Les arêtes où la surface du bord palpébral libre se recourbe d'un côté en arrière, de l'autre en avant, se nomment les angles antérieur et postérieur de la paupière (fig. 92, v et h). La mince surface limitée par les deux angles de la paupière porte le nom de liseré intermarginal. L'angle palpébral antérieur est arrondi et constitue le lieu d'implantation des cils qui sont disposés en plusieurs rangées. A la paupière supérieure, les cils sont plus vigoureux et plus nombreux qu'à la paupière inférieure. — L'angle palpébral postérieur, où le bord libre de la paupière se continue dans la face postérieure, est aigu. Immédiatement au-devant de cet angle, se trouvent une série unique de petits points, ce sont les orifices des canaux excréteurs des glandes de *Meibomius* (fig. 92, et fig. 93, m). Entre ces orifices et les cils se trouve une fine ligne grise, qui divise le liseré intermarginal en une moitié antérieure et une moitié postérieure (fig. 93, i). — L'état du bord palpébral libre décrit ci-dessus s'étend du côté interne, jusqu'à l'endroit où se trouve le point lacrymal dont la situation répond à la limite interne du tarse (fig. 93, p).

Lorsqu'on renverse la paupière, on en découvre la face postérieure qui est revêtue de la conjonctive. Celle-ci est intimement unie au tarse, et, à cause de sa transparence, elle laisse, surtout à la paupière supérieure, voir clairement les glandes de *Meibomius* qui se trouvent là, enchâssées dans le tarse.

Les mouvements des paupières se font de la façon suivante: au moment de l'ouverture, la paupière supérieure est levée par la contraction de

son releveur, tandis que l'inférieure descend, mais très peu, sous l'influence de son propre poids. En même temps que l'élevation de

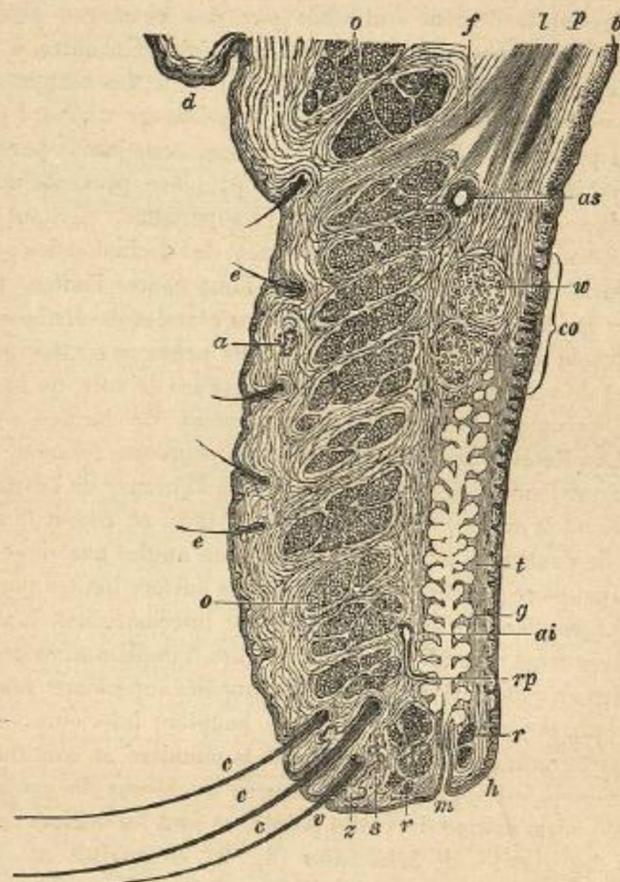


FIG. 92. — Coupe verticale à travers la paupière supérieure. — Gross. 5/1. La peau de la paupière montre en haut, au-dessus d'un étranglement, le repli *d*; plus bas, elle recouvre l'angle antérieur du bord palpébral *v*. On trouve dans la peau de fins poils *e, e*, des glandes sudoripares *a*, des cils *c, c, c*, et à ces derniers les glandes de Zeiss *z*, ainsi que les glandes sudoripares modifiées *s*. Sous la peau, on voit les faisceaux coupés en travers du muscle orbital interne *o*, dont les faisceaux les plus internes *r* et *r* forment le muscle ciliaire de Rolan. La face postérieure de la paupière est revêtue de la conjonctive, qui montre dans le cul-de-sac à sa nature adénoïde, sur le tarse *t* laisse voir au contraire des papilles, surtout au niveau du bord convexe du cartilage *co*. Les glandes de Meibomius *g* ont leur orifice *m* en avant de l'angle postérieur du bord palpébral *h*; au-dessus d'elles sont les glandes muqueuses de Waldeyer *w* et encore plus haut le muscle palpébral supérieur de Müller *p* et le releveur de la paupière *l*. De ce dernier, part le tractus fibreux *f* vers la peau de la paupière, *as* est l'arc tarsal supérieur, *ai* l'arc inférieur; partant de ce dernier, les rameaux perforants *rp* se dirigent directement en bas, puis en arrière en traversant le tarse.

la paupière supérieure s'exécute, la peau palpébrale, au niveau du bord supérieur du tarse, auquel elle est solidement fixée, s'infléchit profondément entre le globe et le rebord orbitaire supérieur. Cette disposition produit un sillon au-dessus duquel est suspendue, sous forme de repli, la

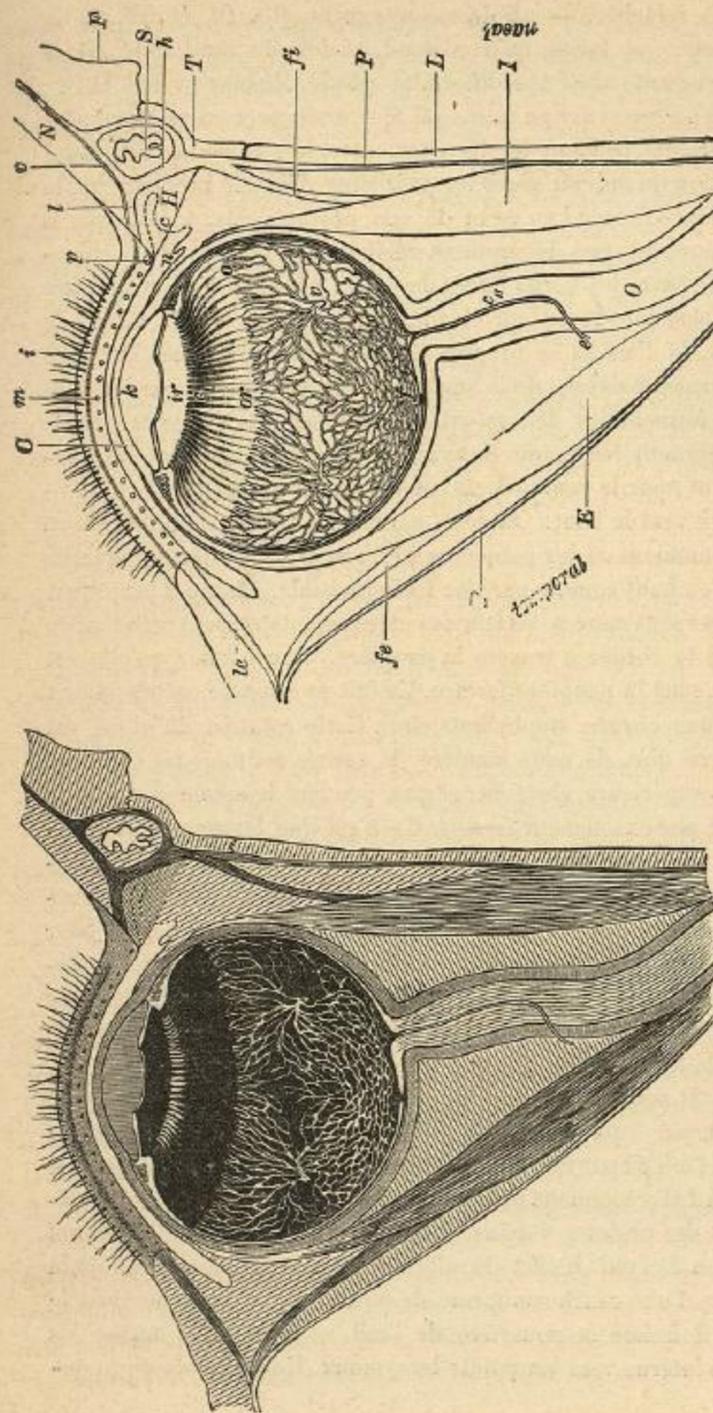


FIG. 93. — Coupe horizontale subépigéale de l'orbite. — Gross. 2/1. — La paroi interne de l'orbite est constituée par la lame papillaire de l'épithélium *L*, l'os unguis *T* et l'apophyse maxillaire supérieure *F*. Ces deux derniers se lient à la fosse lacrymale, qui renferme le sac lacrymal *S*. La paroi osseuse de l'orbite est recouverte par la porrière, duquel partent les ligaments palpébraux. Les ligaments palpébraux internes *l* se divisent en une portion antérieure *y* et une postérieure *h*, qui embrassent le sac lacrymal. De la portion postérieure partent les faisceaux du muscle de Horner *H*, de l'orbite au droit interne *J*, et de celui de la paroi externe au droit externe *K*. La peau des os du nez *N* se continue dans celle de la paupière inférieure, au bord de laquelle se voient les cils et les orifices des glandes de Meibomius *m*; entre eux on remarque une ligne érodée *l*. A la limite interne de la paupière se trouve le point lacrymal inférieur *p*, puis dans le sac conjonctival la verrouille *e* et le repli semi-lunaire *n*. Du globe oculaire, on voit la chambre antérieure *A*, l'iris *ir* et le corps vitré formé de la couronne ciliaire *c* et de l'orbiculus ciliaris *or*. En arrière de l'ora serrata *o*, la choroïde se voit réunissant dans ses veines vorticeuses *v*, f. l'osséole centrale de la rétine, *C*, 11 vaisseaux centraux du nerf optique *o*, qui y pénètrent en *c*.

peau palpébrale relâchée, — pli de recouvrement (fig. 49, et 92, *d*). Ce pli devient parfois si large, qu'il s'étend au-delà du bord libre de la paupière et occasionne ainsi une difformité (ptosis adipeuse, voir § 414).

Au sujet de l'occlusion des paupières, il faut distinguer entre la manière dont elles se ferment pendant le clignotement et le sommeil et celle dont s'opère l'occlusion quand on serre les paupières. Dans le premier cas, la paupière supérieure descend en vertu de son propre poids, tandis que la paupière inférieure est très légèrement relevée par l'action de l'orbiculaire. Le contact entre les bords libres des deux paupières ne se produit pas simultanément dans toute leur étendue, mais commence au niveau de l'angle externe de l'œil et se propage jusqu'à l'angle interne. De cette manière, les larmes balayées de la surface du globe oculaire par les paupières qui se ferment du dehors en dedans sont portées vers l'angle interne, et atteignent les points lacrymaux. En outre, lorsque les paupières se ferment pour le sommeil, le globe oculaire exécute un mouvement de rotation vers le haut. On sent, soi-même, quand on lutte contre le sommeil, au moment où les paupières se ferment spontanément, que les yeux sont tirés en haut comme par une force invisible. Chez des personnes dont les paupières sont minces (les femmes et les enfants) on peut reconnaître la convexité de la cornée à travers la paupière, et constater qu'elle est dirigée en haut sous la paupière fermée. Ce fait se constate encore mieux dans le cas d'une cornée staphylomateuse. Cette rotation du globe est importante, parce que, de cette manière, la cornée est toujours couverte par la paupière supérieure, alors même que, pendant le sommeil, la fente palpébrale n'est pas exactement fermée. Ce n'est que lorsque le lagophthalmos a acquis un degré plus élevé, qu'une partie de la cornée reste constamment à découvert au niveau de la fente palpébrale. La partie à découvert est d'ailleurs toujours la partie inférieure de la cornée, et c'est pour ce motif aussi qu'elle est principalement exposée au danger de se dessécher (kératite par lagophthalmos, voir p. 177). — Quand les paupières se serrent, elles ne sont pas seulement fermées, mais encore la peau voisine est attirée vers la fente palpébrale, et par conséquent fortement ridée.

Le clignotement peut s'exécuter volontairement; cependant, il s'opère le plus souvent par voie réflexe. Il est provoqué par un sentiment de sécheresse dans l'œil ou par la présence d'un corps étranger, de poussière, de fumée, etc. Au clignotement préside le trijumeau, qui est le nerf sensible de l'œil et des organes voisins, et qui, pour ce motif, est justement appelé le gardien de l'œil. L'effet du clignotement est triple: il enduit la surface du globe d'une couche uniforme de larmes et en empêche ainsi le dessèchement; il balaie la poussière de l'œil, et finalement amène les larmes à l'angle interne vers les points lacrymaux. Une gêne du clignote-

ment occasionne donc des désordres graves. Il y a larmolement lorsque les larmes, au lieu de pénétrer dans les points lacrymaux, passent par-dessus les bords palpébraux et se répandent sur la joue. De plus, la cornée devient malade, puisqu'elle n'est ni convenablement humectée, ni débarrassée des poussières qui y tombent.

L'examen de la texture des paupières donne les résultats suivants: dans les paupières, on trouve deux muscles volontaires, le muscle orbiculaire (ou sphincter palpébral) et le releveur de la paupière supérieure. L'orbiculaire est situé immédiatement sous la peau de la paupière à laquelle il appartient. Ce n'est pas autre chose qu'un muscle peaucier aplati qui entoure circulairement la fente palpébrale. On peut y distinguer deux portions, l'une interne et l'autre externe. La portion interne se trouve dans la paupière même, et s'appelle pour ce motif la portion palpébrale. Les fibres (fig. 93, *H*) de cette portion naissent au niveau du ligament palpébral interne. C'est un cordon fibreux solide (*l*), qui s'insère à l'apophyse montante du maxillaire supérieur (*F*), et qui est situé immédiatement sous la peau de l'angle interne de l'œil. C'est pour ce motif qu'on peut le voir, même sur le vivant, notamment chez des personnes maigres dont la peau est mince. Alors, si l'on tire les paupières en dehors, on voit le ligament palpébral interne faire saillie sous la peau. De leur point d'origine au ligament palpébral interne, les fibres de la portion palpébrale s'étendent en arc sur la face antérieure des deux paupières, qu'elles recouvrent depuis le bord libre jusqu'au bord orbitaire, et se réunissent finalement au côté externe de la fente palpébrale. A cet endroit, elles passent en partie les unes dans les autres et en partie s'insèrent au ligament palpébral externe (fig. 93, *le*) qui est situé à cet endroit. — La portion externe de l'orbiculaire, c'est la portion orbitaire. Elle est située à la périphérie de la portion palpébrale, sur le bord de l'orbite et de son pourtour. L'action de la portion palpébrale se borne à mouvoir la paupière même, et elle entre seule en contraction dans le clignotement ordinaire et dans l'occlusion légère de la fente palpébrale. La portion orbitaire contracte la peau dans le voisinage des paupières, auxquelles elle permet de clore ou de serrer fortement la fente palpébrale; alors tout l'orbiculaire entre en action.

Le releveur de la paupière supérieure s'insère au fond de l'orbite, au pourtour du canal optique, et se dirige de là en avant, couché sur le droit supérieur. S'étalant en forme d'éventail, il s'insère en avant, au moyen d'un court tendon, au bord supérieur et à la face antérieure du tarse de la paupière supérieure (fig. 92, *l*). — Outre ce muscle releveur de la paupière, formé par des fibres striées, il y en a un autre à fibres lisses, découvert par Henri Müller et appelé muscle palpébral supérieur. Les fibres lisses

de ce muscle naissent entre les fibres striées du releveur, se placent sur la face inférieure de ce muscle et se dirigent également vers le bord supérieur du tarse (fig. 92, *p*). Il existe aussi un semblable faisceau de fibres musculaires lisses dans la paupière inférieure; ce faisceau s'adosse à la face inférieure du droit inférieur et s'insère au tarse de la paupière inférieure (muscle palpébral inférieur de Müller).

L'orbiculaire est innervé par le nerf facial, le releveur par l'oculo-moteur, les deux muscles palpébraux de Müller par le sympathique.

Au bord libre des paupières, à l'endroit correspondant aux cils, on trouve des follicules pileux et des glandes sébacées qui les accompagnent et qui s'appellent ici glandes de Zeiss (fig. 92, *z*). Outre ces glandes, près du bord libre des paupières, on trouve encore des glandes sudoripares, dont la structure diffère quelque peu des glandes sudoripares ordinaires; c'est pourquoi on les désigne sous le nom de glandes sudoripares modifiées ou glandes de Moll (fig. 92, *s*). Elles ont leur orifice excréteur dans les glandes sébacées des follicules pileux des cils.

Le tarse (fig. 92 *t*) constitue le squelette de la paupière; il lui donne sa forme permanente et sa solidité. Le tarse de la paupière supérieure est plus large (plus haut) que celui de la paupière inférieure. On distingue au tarse un bord libre et un bord adhérent (convexe), une face antérieure et une face postérieure. Sur sa face antérieure se trouvent les fibres de l'orbiculaire (fig. 92, *o*), tandis que la face postérieure est revêtue par la conjonctive. Les deux extrémités du tarse se continuent dans les ligaments palpébraux interne et externe. Au bord convexe du tarse s'insère un fascia qui s'étend de là au rebord orbitaire et qui se trouve des deux côtés en communication avec les ligaments palpébraux (fascia tarso-orbitaire). Il s'ensuit que, lorsque les paupières sont closes, l'orbite est limité en avant partout par des tissus fibreux, qui constituent ensemble le septum orbitaire; ce sont les deux tarses réunis au fascia tarso-orbitaire et les deux ligaments palpébraux.

Le tarse est constitué par du fibro-cartilage dans lequel sont enchâssées les glandes de Meibomius (fig. 92, *g*). Ce sont des glandes acineuses, allongées, qui, placées parallèlement les unes à côté des autres, s'étendent depuis le bord convexe jusqu'au bord libre du tarse. Vers le milieu du tarse, à l'endroit où il atteint sa plus grande largeur, les glandes de Meibomius sont les plus longues et elles deviennent de plus en plus courtes à mesure qu'on se rapproche des extrémités. Ces glandes ne sont pas autre chose que des glandes sébacées considérables. Elles sécrètent le sébum qui doit servir à graisser les bords palpébraux. De cette manière elles préviennent le passage des larmes par-dessus le bord libre, rendent l'occlusion hermétique et empêchent la peau d'être macérée par les larmes.

— Au niveau du bord convexe, on trouve fréquemment dans le tarse des glandes muco-acineuses (Waldeyer, fig. 92, *w*).

En considérant sa structure anatomique, on peut diviser la paupière en deux parties: la partie antérieure ou partie cutanée contient la peau avec les cils, ainsi que les fibres de l'orbiculaire; la partie postérieure ou partie conjonctivale est composée du tarse avec les glandes de Meibomius et de la conjonctive. Les deux parties ne sont réunies entre elles que par du tissu conjonctif lâche, d'où il suit qu'on peut les séparer facilement l'une de l'autre. Dans ce but on n'a qu'à pousser un couteau par cette ligne grise qui se trouve entre les cils, d'un côté et les orifices des glandes de Meibomius, de l'autre. La séparation de la paupière en deux feuillets constitue un temps important de beaucoup d'opérations de trichiasis.

Le ligament palpébral interne demande une description plus détaillée. Ce ligament prend son origine à l'apophyse montante du maxillaire supérieur (fig. 93, *F*) et se dirige directement en dehors, au-devant de la paroi antérieure du sac lacrymal (*S*). Alors il contourne la paroi antérieure et externe du sac lacrymal, pour se diriger en arrière vers la crête lacrymale postérieure de l'os unguis (*T*). On distingue donc dans le ligament palpébral interne deux portions, qui se réunissent au point de flexion. La portion antérieure (*σ*) est située immédiatement sous la peau, et peut, par conséquent, se voir sur le vivant. La portion postérieure (*η*), qui s'étend du point de flexion jusqu'à la crête lacrymale, ne peut s'observer que sur une préparation anatomique. Les deux portions ensemble délimitent avec l'os unguis (*T*) un espace, ayant une forme triangulaire sur une coupe transversale, dans lequel est logé le sac lacrymal (*S*) dont les parois sont réunies à la face interne du ligament au moyen de tissu conjonctif lâche. A la face externe du ligament viennent s'insérer les fibres de la portion palpébrale de l'orbiculaire.

Une partie des fibres prend son origine à la portion antérieure, une partie à la portion postérieure du ligament. Les fibres musculaires de l'orbiculaire, dont l'insertion s'avance encore, en partie, par-dessus le bout postérieur du ligament jusque sur la paroi interne de l'orbite, constituent le muscle de Horner, du nom de l'auteur qui les a découvertes (*H*).

L'insertion des fibres de l'orbiculaire au ligament palpébral interne, a de l'importance pour la propulsion des larmes. En effet, quand ces fibres se contractent, elles soulèvent le ligament, et par là, indirectement, aussi la paroi du sac lacrymal que le ligament embrasse. De cette façon, le sac lacrymal s'élargit, et ainsi il est mis à même d'aspirer les larmes. On ne doit donc pas oublier ce facteur, en ce qui regarde le rôle que joue l'occlusion palpébrale pour la propulsion des larmes.

Le ligament palpébral externe (fig. 93, *le*) n'est ni si solide ni si bien limité que le ligament palpébral interne. Il constitue simplement une accumulation plus grande de tissu conjonctif dans le muscle, une sorte d'insertion tendineuse.

Les fibres de l'orbiculaire s'adosent à la face antérieure du tarse. Il existe

même quelques faisceaux de fibres dans le voisinage de l'angle postérieur du bord libre, en partie au-devant, en partie même derrière les canaux excréteurs des glandes de *Meibomius* (muscle ciliaire de *Riolan* ou subtarsal, fig. 92, *rr*).

Les vaisseaux sanguins de la paupière supérieure proviennent de deux arcs artériels, l'arc tarsal supérieur et l'arc tarsal inférieur (fig. 92, *as* et *ai*), qui courent le long des bords supérieur et inférieur du tarse. De ces deux arcs partent de fins ramuscules pour se distribuer dans toutes les parties de la paupière. Ce sont le bord libre et la conjonctive qui sont le plus richement vascularisés (v. page 38).

Les veines palpébrales sont encore plus nombreuses et plus larges que les artères. Elles forment, en effet, sous les cul-de-sacs supérieur et inférieur, un plexus dense. Lorsqu'on abaisse la paupière inférieure, même sur le vivant, on peut voir apparaître ce plexus sous la conjonctive du cul-de-sac.

Les veines des paupières s'abouchent en partie dans celles de la face, en partie dans le domaine de la veine ophtalmique. Les veines palpébrales, pour arriver aux veines orbitaires, doivent passer entre les fibres de l'orbiculaire. Il s'ensuit que la contraction constante de l'orbiculaire, telle qu'elle a lieu dans le spasme palpébral, peut amener de la stase veineuse et, par conséquent, de l'œdème des paupières. C'est effectivement ce qu'on observe très fréquemment chez les enfants atteints de conjonctivite lymphatique, avec spasme palpébral concomitant.

Les vaisseaux lymphatiques des paupières sont nombreux, surtout dans la conjonctive. En outre, il y a autour des acini des glandes de *Meibomius*, de grands espaces lymphatiques (espaces périacineux). Les vaisseaux lymphatiques des paupières se rendent aux glandes lymphatiques préauriculaires. C'est pour ce motif qu'il n'est pas rare que ces dernières soient tuméfiées dans les affections de la conjonctive (notamment dans la conjonctivite lymphatique et la blennorrhée aiguë).

La partie de la cornée et de la conjonctive sclérale qui n'est pas habituellement couverte par les paupières s'appelle zone de la fente palpébrale. Le globe oculaire, n'étant pas préservé par les paupières dans l'étendue de cette zone, y est particulièrement exposé à une foule d'affections. C'est pourquoi il est important d'en connaître la situation. La zone de la fente palpébrale se modifie d'après les circonstances et de la manière suivante: 1° pendant le regard habituel, la zone de la fente palpébrale comprend toute la cornée, sauf la partie supérieure, et une partie triangulaire correspondante de la surface de la conjonctive sur les deux côtés de la cornée; 2° lorsque les paupières sont légèrement contractées, par exemple, quand on marche contre la pluie ou le vent ou qu'on se trouve dans la fumée, la zone de la fente palpébrale diminue et descend sur la moitié inférieure de la cornée. La paupière inférieure se relève un peu et recouvre la partie inférieure de la cornée. Quant à la paupière supérieure, elle descend très fort, de sorte que son bord se trouve un peu au-delà du milieu de la cornée. La zone de la fente palpébrale représente alors une bande large de 4-6 millimètres qui correspond à la moitié inférieure de la cornée à l'exception de la partie inférieure de cet organe, et à laquelle se joint un tout petit triangle de conjonctive sclérale. C'est cette dernière zone qui est surtout constamment exposée aux influences extérieures. C'est

pour ce motif que, chez beaucoup de personnes, cette partie de la conjonctive sclérale est ordinairement un peu injectée et, à un âge plus avancé, occupée par la pinguicula. A cet endroit, se développent le ptérygion, l'opacité cornéenne en ceinture, le xérosis de la conjonctive et de la cornée. Dans les inflammations de la conjonctive, cette zone se distingue par une tuméfaction un peu plus prononcée ou même elle fait saillie dans la fente palpébrale sous forme d'un bourrelet transversal fortement œdématié; 3° lorsque, pendant le sommeil, l'œil est tourné en haut, la zone de la fente palpébrale se déplace de façon à occuper surtout la conjonctive sclérale en-dessous de la cornée, en empiétant tout au plus un peu sur la partie inférieure de celle-ci. Dans l'étendue de cette zone se déclarent des maladies lorsque la fente palpébrale reste béante pendant le sommeil, ainsi surtout dans le lagophthalmos où, sous la cornée, on trouve la conjonctive injectée ou œdématiée, et où dans les degrés très prononcés de l'affection le segment inférieur de la cornée souffre. Une rotation de l'œil en haut comme dans le sommeil s'observe à l'approche d'un danger pour l'organe, et c'est pour ce motif que dans les brûlures et les corrosions c'est surtout la partie inférieure de la cornée qui est atteinte.

I. — INFLAMMATION DE LA PEAU DES PAUPIÈRES

§ 107. La peau de la paupière peut être le siège de presque toutes les maladies qui atteignent la peau en général. Sous ce rapport donc il faut renvoyer aux manuels des maladies cutanées. Nous ne parlerons ici des maladies de la peau des paupières que pour autant qu'elles atteignent, relativement fréquemment, les paupières ou que, par suite de la structure anatomique spéciale de ces organes, elles présentent quelque particularité dans leur marche et dans leurs conséquences.

1° Exanthème

Parmi les exanthèmes aigus, il faut surtout citer l'érysipèle. Lorsque la peau de la face en est atteinte, les paupières participent amplement à l'inflammation. Ainsi les paupières sont fortement gonflées, et le patient n'est pas en état, pendant plusieurs jours, d'ouvrir les yeux. Il n'est pas rare que le processus érysipélateux attaque les tissus profonds sous forme d'une inflammation phlegmoneuse, de façon qu'il se développe des abcès dans les paupières et même dans l'orbite. Dans ce dernier cas, le nerf optique peut prendre part à l'inflammation, la suppuration peut se propager dans la boîte crânienne et causer une méningite mortelle.

L'herpès zoster est une maladie de la peau qui consiste dans la forma-