

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 pingoula. 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-

tion de vésicules aux expansions terminales d'un nerf. Parmi les nerfs crâniens, c'est le trijumeau dont le domaine est le siège de l'affection. Alors, les efflorescences se trouvent dans le voisinage de l'œil, et c'est pour ce motif que l'herpès du trijumeau est désigné sous le nom d'herpès zoster ophtalmique ou zona ophtalmique.

D'ordinaire, l'apparition de l'herpès est précédée pendant quelques jours de violentes névralgies dans le domaine du trijumeau. Puis, au milieu de symptômes fébriles, l'exanthème éclate sous forme de vésicules qui se développent sur la peau et qui sont le plus souvent disposées par groupes. Le plus fréquemment les vésicules occupent les points de distribution de la première branche, de façon qu'on les rencontre sur la paupière supérieure et sur le front jusqu'au cuir chevelu, enfin sur le nez. Lorsque la seconde branche du trijumeau est entreprise, les vésicules occupent la paupière inférieure, la région du maxillaire supérieur jusque sur la lèvre supérieure et la région zygomatique. Quelquefois, il arrive que les domaines des deux branches sont atteints en même temps ; très rarement, au contraire, celui de la troisième. Ce qui est caractéristique pour cet exanthème, qui est presque toujours unilatéral, c'est que l'affection de la peau s'arrête brusquement sur la ligne médiane.

Au début, le contenu des vésicules est aqueux et clair, mais il se trouble bientôt, devient purulent et finit par se dessécher et former une croûte. Lorsqu'on détache cette croûte, on trouve à sa place des ulcères, preuve que le travail de suppuration a atteint le derme. Quand les ulcères sont guéris, ils laissent des cicatrices indélébiles disposées de façon si caractéristique, qu'elles permettent de diagnostiquer, encore après des années, qu'un herpès zoster a existé. C'est par la formation de cicatrices permanentes que les vésicules de l'herpès zoster se distinguent de celles de l'herpès fébrile, dans lequel la sérosité n'a soulevé que l'épiderme, de façon qu'elle guérissent sans laisser de traces (voir page 186).

Très fréquemment l'affection de la peau se complique d'une affection analogue de la cornée, sur laquelle il se développe également de petites vésicules. Lorsque cette complication se produit, le pronostic devient bien moins favorable. En effet, dans les cas non compliqués, en dehors des petites cicatrices cutanées, la maladie n'entraîne aucune conséquence fâcheuse ; mais, lorsque la cornée est atteinte en même temps, l'affection dure non seulement beaucoup plus longtemps, mais encore elle laisse souvent dans la cornée des opacités permanentes.

La cause de l'herpès zoster ophtalmique doit être cherchée dans une maladie du trijumeau, tant de son tronc que du ganglion de Gasser et du ganglion ciliaire. Nous ignorons, dans la plupart des cas, pour quel motif ces organes s'enflamment.

Le traitement de l'herpès zoster est purement symptomatique. On empêche les vésicules de s'ouvrir, de cette manière la peau n'est pas dénudée et l'on prévient les douleurs. Dans ce but on saupoudre les endroits malades avec de la farine (poudre de riz), qui fait sécher les vésicules et les transforme en croûtes, sous lesquelles les ulcères peuvent paisiblement se cicatrifier. Quant à l'affection de la cornée, il faut la traiter d'après les règles ordinaires ; contre la maladie des nerfs même, on pourrait administrer avec avantage le salicylate de soude (*Leber*).

Parmi les exanthèmes *chroniques* qui atteignent les paupières, l'*eczéma* est le plus fréquent. On le rencontre le plus souvent sous forme d'*eczéma* humide, chez les enfants où il porte le nom de croûte de lait. Il constitue chez les enfants la complication la plus fréquente de la conjonctivite lymphatique. La relation qui existe entre l'*eczéma* et la conjonctivite peut être double : ou bien les deux affections résultent d'une maladie fondamentale, la scrofuleuse ; ou bien l'*eczéma* est une conséquence de l'affection de la conjonctive. Comme celle-ci est accompagnée d'un abondant larmolement, les larmes se répandent constamment sur les paupières et les humectent, ce qui les rend *eczémateuses*. En outre, les enfants ont l'habitude de se frotter les yeux avec les mains, et humectent ainsi de larmes tout le voisinage de la peau de ces organes. L'*eczéma*, suite de l'humidité constante de la peau, s'observe d'ailleurs aussi fréquemment chez les adultes, quand ils souffrent de larmolement résultant d'un catarrhe, d'une blennorrhée du sac lacrymal ou d'un ectropion. Dans ce cas, l'*eczéma* se localise à la paupière inférieure.

L'*eczéma* exige un traitement tant pour lui-même qu'à cause de la conjonctivite lymphatique plus ou moins intense qui l'accompagne. En dépit du préjugé populaire, qui est enclin à admettre le contraire (en effet, on entend souvent dire « que l'éruption que le médecin a fait disparaître de la peau s'est jetée sur l'œil »), la conjonctivite se guérit certainement avec plus de promptitude, quand on fait disparaître en même temps l'*eczéma*. Pour ce traitement on se sert d'ordinaire de pommades, soit de l'onguent diachylon (*Hebra*), soit de pommades à l'oxyde de zinc ou au précipité blanc (1-2 0/0). On étend ces pommades en une couche épaisse sur une compresse de toile que l'on applique sur les paupières fermées et qu'on y fixe au moyen d'un bandeau. Dans les *eczémas* très étendus, on se sert d'un masque de toile enduit de pommade du côté interne et dont on recouvre toute la face du patient. Une autre méthode de traitement actif consiste dans l'application d'une solution de nitrate d'argent à 5-10 0/0 (voir page 102).

Sur le bord palpébral, l'*eczéma* se présente — modifié par l'état anatomique spécial de la région — sous une forme particulière, que nous décrivons plus loin sous le nom de blépharite ciliaire.

2° *Inflammations phlegmoneuses des paupières*

A ces inflammations appartiennent : 1° les *abcès des paupières*. Ces abcès se développent le plus fréquemment après des traumatismes. Dans d'autres cas, l'affection provient des os, lorsqu'elle dépend d'une périostite ou d'une carie du rebord orbitaire. C'est ce qu'on observe surtout fréquemment chez les enfants scrofuleux chez lesquels la carie du rebord orbitaire peut être également attribuée à un traumatisme. Enfin, il n'est pas rare que l'érysipèle se complique d'abcès quand l'inflammation attaque les parties profondes de la paupière ; 2° les *furoncles* et les *anthrax* qui s'observent d'ailleurs relativement rarement sur les paupières ; 3° la *pustule maligne*. Elle se développe par inoculation sur l'homme du virus charbonneux (bacille charbonneux) provenant d'animaux atteints de charbon. On l'observe donc le plus fréquemment chez des personnes qui sont en contact avec des animaux ou les produits qui en proviennent. Tels sont les palfreniers, les bergers, les marchands de bestiaux, les bouchers, les tanneurs, les marchands de peaux. La plupart des malades de cette espèce qui viennent à la clinique de Vienne nous arrivent de la Hongrie. La maladie se termine fréquemment par la mort.

Les symptômes du processus phlegmoneux des paupières sont : un violent œdème inflammatoire et une abondante infiltration dans la peau ou sous la peau de la paupière. Ces symptômes sont accompagnés de tuméfaction des glandes lymphatiques préauriculaires et sous-maxillaires, de fièvre et de prostration. Dans le cours ultérieur de l'affection, la partie de la peau infiltrée se détruit, ou, quand il s'agit d'un abcès, l'épanchement se ramollit et le pus se fraie une voie au dehors. Il n'est pas rare qu'une gangrène étendue se déclare. Les résultats en sont la rétraction cicatricielle de la paupière au cours de la guérison et son raccourcissement consécutif, de façon qu'il se développe un lagophtalmos ou un ectropion. Dans l'érysipèle et la pustule maligne, il n'est pas rare que les deux paupières soient détruites.

Le processus destructif, même quand il est très étendu, a pour propriété caractéristique de respecter le bord libre des paupières ainsi que les cils qu'il porte. Ce fait doit être attribué à ce que, de toutes les parties de la paupière, le bord libre est le plus abondamment pourvu de vaisseaux sanguins, d'où il suit qu'il est le moins sujet à se nécroser.

La conservation du bord des paupières est une circonstance très favorable pour le cas où plus tard une blépharoplastie devient nécessaire puisqu'alors le bord de la paupière peut servir de point d'attache au lambeau greffé.

Le traitement se borne à l'application des règles de la chirurgie générale. Dans les abcès palpébraux, on pratiquera l'incision le plus tôt possible (c'est-à-dire aussitôt que l'on est en état d'établir le diagnostic), pour empêcher la suppuration de s'étendre en profondeur (vers l'orbite et les méninges). — Si une partie de la peau de la paupière a été détruite par l'inflammation, il s'agit alors de combattre autant que possible le raccourcissement des paupières par rétraction cicatricielle. Lorsque des pertes de substance sont très considérables aux paupières, le mieux est d'aviver les bords des deux paupières à certains endroits et de les réunir par des sutures. Tant que les fentes palpébrales sont réunies de cette manière, le lagophtalmos est impossible et la cicatrice qui se forme dans ces circonstances est plus large. On conseille encore dans ces cas de greffer de petits lambeaux de peau sur la surface bourgeonnante de la paupière dénudée. Si, malgré toutes ces mesures, il survient un raccourcissement si notable, qu'il en résulte soit un lagophtalmos, soit un ectropion, il faut remplacer la peau perdue par une blépharoplastie.

3° *Ulcères de la peau des paupières*

Les ulcères se développent en partie à la suite de traumatismes (brûlures, corrosions, blessures), ou en partie d'une manière spontanée. Ces derniers sont d'origine scrofuleuse, tuberculeuse et syphilitique. Les ulcères scrofuleux se trouvent chez les enfants assez souvent en même temps que la carie de l'os sous-jacent. Le lupus se propageant des régions voisines (nez ou joue), envahit aussi fréquemment les paupières. Des paupières, il peut passer sur la conjonctive et même sur le globe oculaire. Il résulte de là que, lorsque le lupus de la face existe depuis longtemps, on trouve des altérations considérables aux paupières et aux bulbes, altérations qui sont même susceptibles d'amener la cécité absolue.

Après la terminaison de l'*herpès zoster*, le trijumeau présente fréquemment des anomalies fonctionnelles. Ce sont de l'anesthésie ou de la névralgie ou les deux à la fois qui persistent pendant longtemps dans le domaine de la branche atteinte du trijumeau. Quant à la cornée dont la sensibilité était déjà émoussée pendant la durée de l'inflammation, elle reste d'ordinaire moins sensible pendant longtemps. Il faut également attribuer à une modification de l'influence nerveuse les deux phénomènes suivants : le premier consiste en une diminution normale de la tension de l'œil, quand il prend part à l'inflammation ; le second est l'augmentation manifeste de la température de la peau du côté malade, qui ne se constate pas seulement, au moment où l'inflammation est dans toute sa violence, mais souvent encore pendant longtemps après.

Dans l'herpès zoster, la cornée peut participer à l'affection de différentes manières. D'abord, elle peut être le siège d'une éruption vésiculeuse herpétique qui donne lieu à un développement d'ulcères plus ou moins larges. Dans d'autres cas, il se produit des infiltrations parenchymateuses profondes qui ne se résorbent que lentement, dans d'autres enfin, l'on voit survenir de l'iritis ou de l'iridocyclite. La cornée peut encore souffrir indirectement parce que, après l'herpès, il persiste une paralysie du trijumeau, qui peut devenir la cause d'une kératite neuro-paralytique. Enfin j'ai vu deux cas où l'herpès se compliqua de paralysie du facial, ce qui eut pour conséquence de provoquer une kératite par lagophthalmos. L'herpès zoster peut aussi entraîner la paralysie de l'oculo-moteur.

D'après ce qui vient d'être dit, l'herpès zoster doit être considéré comme une affection sérieuse, qui, dans certains cas, peut même amener la mort. Comme cause de cette affection, on a observé le refroidissement, l'usage de l'arsenic, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone; dans le plus grand nombre de cas, cependant, toute donnée étiologique manque.

Il n'est pas rare que l'eczéma des paupières soit artificiel, c'est-à-dire provoqué par l'application de pommades irritantes, par des compresses ou un pansement humide. Il survient donc souvent une complication désagréable, lorsque l'on est obligé de maintenir l'œil pendant longtemps sous le bandeau. Le sparadrap, dont on se sert souvent dans les pansements oculaires, produit de l'eczéma chez beaucoup de personnes.

Chez les adultes, on observe quelquefois l'eczéma squameux comme affection chronique de la peau des paupières.

L'élephantiasis atteint les paupières sous forme d'un épaissement monstrueux, notamment de la paupière supérieure. Celle-ci est alors pendante, recouvrant la paupière inférieure, et descendant jusque sur la joue; elle ne peut pas être relevée à cause de son poids, et rend impossible la vision de l'œil recouvert. Le traitement consiste à exciser assez de peau pour rendre à la paupière à peu près ses dimensions normales.

Sous le nom de chromhidrose (1) on désigne cette affection rare dans laquelle la sueur de la peau palpébrale est colorée. Alors il se développe sur les paupières des taches bleues, qui se laissent facilement effacer par une compresse plongée dans de l'huile, mais qui se reproduisent bientôt après. Cette affection s'observerait surtout chez les femmes. Un grand nombre de cas connus doivent être attribués à la simulation, c'est-à-dire à l'application intentionnelle de quelque matière colorante sur les paupières.

Œdème des paupières. — L'œdème des paupières n'est pas par lui-même une maladie, ce n'est qu'un symptôme, mais un symptôme si fréquent et en même temps si frappant qu'il mérite une description détaillée. Le développement en est singulièrement favorisé par l'état anatomique des paupières (voir page 509). C'est pour cette raison qu'on ne le rencontre pas seulement dans toutes les

(1) χρώμα, couleur, et ἰδρωσις sueur.

inflammations intenses des paupières mêmes, ou des parties avoisinantes, mais encore à la suite d'une simple stase veineuse. Dans le premier cas, il s'agit d'un œdème inflammatoire; dans le second, d'un œdème non inflammatoire.

Tant que l'œdème fait des progrès, on trouve la peau de la paupière tendue et luisante; mais, lorsqu'il commence à diminuer, on voit la paupière se prendre en fines rides; ce phénomène constitue donc un signe précieux, car il indique que le processus morbide entre dans sa période régressive (par exemple, dans la blennorrhée aiguë).

L'œdème effraie les malades souvent plus que la maladie qui le provoque parce que la tuméfaction de l'œil les empêche de l'ouvrir et de voir. Pour un médecin peu expérimenté l'œdème présente des inconvénients, en ce sens qu'il rend difficile l'examen du globe oculaire. Si donc, par suite du gonflement, le médecin ne peut inspecter l'œil ou ne peut y jeter qu'un coup d'œil rapide, il peut facilement poser un diagnostic faux et causer au patient une grande frayeur pour une affection peut-être insignifiante. Pour la facilité donc du praticien, nous allons énumérer, dans les lignes suivantes, les affections qui sont accompagnées d'œdème des paupières, et nous y ajoutons les symptômes propres à faire poser un diagnostic exact. La première indication est d'ouvrir convenablement les paupières malgré le gonflement. Pour cela, dans les tuméfactions particulièrement intenses ou les spasmes palpébraux violents, on peut se servir avec avantage du rétracteur de Desmarres. Si, dans ce cas, on trouve la conjonctive pâle ou peu injectée, et le globe oculaire sain lui-même, non refoulé en avant et normalement mobile, il s'agit d'une affection superficielle. Dans d'autres cas on reconnaît à l'état anormal de la conjonctive du globe, que l'œdème doit être attribuée à une maladie des parties profondes.

a) *Œdème à la suite d'une maladie superficielle.*

D'abord il faut résoudre la question de savoir s'il s'agit d'un œdème inflammatoire ou non. L'œdème inflammatoire se distingue par de la rougeur, de l'augmentation de température, et assez souvent par de la sensibilité à la pression. Admettons que nous ayons affaire à un *œdème inflammatoire*. Pour s'assurer de quelle affection il dépend, on observe si, en palpant les parties gonflées, on ne trouve pas un endroit qui se distingue particulièrement par sa dureté ou sa sensibilité.

1^o Si un point semblable se trouve près du bord libre des paupières, il s'agit habituellement d'un *orgelet*. Au début, en dehors des symptômes cités, il n'y a plus rien à remarquer. Cependant, déjà aux premiers jours, on découvre un point jaunâtre situé entre les cils, ou, quand il s'agit d'un orgelet meibomien, au niveau de la face interne de la paupière.

2^o Quand le point dur et sensible occupe l'angle interne de l'œil, il faut d'abord songer à une inflammation aiguë du sac lacrymal, — *dacryocystite*. Ce diagnostic est confirmé, quand, sous la pression du doigt sur la région du sac lacrymal, du pus est expulsé par les points lacrymaux, ou bien quand le patient déclare que l'inflammation a été précédée pendant longtemps de larmoiement. Sans doute, il peut se développer aussi un furoncle ou une périostite dans la région du sac lacrymal; pourtant ces affections sont extraordinairement rares en comparaison de la dacryocystite.

3° Dans l'érysipèle, la rougeur et la tuméfaction des paupières sont uniformes. La peau, serrée entre les doigts, paraît plus épaisse et plus dure, mais une infiltration circonscrite fait défaut. En général, le gonflement occupe les deux paupières, s'étendant même sur les parties voisines, et quand le patient est soumis pendant quelque temps à l'observation, on remarque que le gonflement prend de l'extension. Lorsque, dans le cours de l'inflammation, on sent se développer une dureté dans les tissus profonds, c'est que le processus a envahi ces tissus, et qu'un abcès palpébral y prend naissance.

Quelquefois on observe des érysipèles d'une intensité et d'une étendue très modérées, qui sont, par conséquent, accompagnées de symptômes inflammatoires légers. Dans ce cas, les paupières seules, et un peu le dos du nez sont tuméfiés. Cette tuméfaction ne présente pas une forte tension, elle est de consistance pâteuse, et d'une rougeur peu prononcée. Il n'y a ni fièvre ni douleurs. Au bout de quelques jours, le gonflement disparaît, et la peau se desquame. Dans ce cas il est souvent difficile de poser avec certitude le diagnostic d'érysipèle. Un grand nombre de cas énigmatiques d'érysipèles palpébraux à récidives, doivent être rangés dans cette catégorie.

4° A l'inverse de ce qui arrive dans l'érysipèle, dans l'œdème par suite d'un *furoncle* ou d'une *pustule maligne*, on sent dans la paupière une nodosité circonscrite, dure et douloureuse, et d'une certaine étendue. Si, par contre, l'infiltration occupe les parties profondes, il s'agit d'un *abcès* au début. Dans la *périostite* du rebord orbitaire, on peut sentir et s'assurer que ce rebord n'est pas aigu, mais qu'il est épaissi, émoussé, et douloureux au contact.

5° L'œdème palpébral *traumatique* étant presque constamment accompagné d'une large suffusion sanguine de la paupière, on n'aura aucune difficulté pour le reconnaître. Le diagnostic est encore facile quand, l'œdème étant dû à une piqûre d'insecte, l'on peut voir la trace de la blessure.

L'œdème *non inflammatoire* des paupières s'observe comme phénomène de l'œdème généralisé, par exemple dans les maladies du cœur, l'hydrémie, la néphrite. Il n'est pas rare que les paupières soient les endroits du corps où l'œdème se constate en premier lieu, et où se trahit ainsi d'abord l'affection fondamentale. Dans ce cas, il arrive quelquefois que l'œdème des paupières se déclare sous forme d'œdème fugace, c'est-à-dire qu'il apparaît brusquement pour disparaître au bout de quelques jours ou même quelques heures, et récidiver peu de temps après.

Un œdème, qui tient le milieu entre l'inflammatoire et le non-inflammatoire, est celui que l'on observe dans le blépharospasme de longue durée, — particulièrement chez les enfants atteints de conjonctivite lymphatique. Un pareil œdème se développe spécialement dans la paupière supérieure, et doit être avant tout attribué à la compression des veines palpébrales par la contraction de l'orbiculaire (voir page 516).

Enfin on rencontre quelquefois de l'œdème palpébral, tant de nature inflammatoire que non inflammatoire, et auquel on ne peut assigner aucune cause.

b) Œdème par suite d'affections profondes.

1° Parmi les *affections de la conjonctive*, qui sont accompagnées d'œdème

palpébral, il faut citer la blénnorrhée aiguë et la diphtérie, plus rarement un catarrhe violent, ou, comme nous l'avons dit plus haut, la conjonctivite lymphatique. Le diagnostic est facile à poser en se basant sur l'aspect et la sécrétion de la conjonctive.

2° Les inflammations violentes de l'intérieur du globe produisent de l'œdème palpébral, l'iridocyclite et le glaucome aigu à un degré modéré, la *panophtalmite* à un degré plus élevé. Dans cette dernière affection, comme dans la blénnorrhée aiguë, il existe aussi du chémosis. Cependant on peut facilement éviter de confondre les deux maladies, parce que, dans la panophtalmite, la sécrétion purulente de la conjonctive fait défaut et que, par contre, on observe un exsudat purulent dans l'intérieur de l'œil, — dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré. Un élément de diagnostic différentiel est la protrusion qui existe dans la panophtalmite, et qui rend les mouvements du globe difficiles, tandis que ce symptôme fait constamment défaut dans la blénnorrhée aiguë.

3° La *ténonite*, le *phlegmon orbitaire*, et la *thrombose du sinus caverneux* sont caractérisés, comme la panophtalmite, par le symptôme de l'œdème palpébral, le chémosis, ainsi que par la protrusion et l'immobilité du globe oculaire. On peut donc confondre ces affections entre elles ou avec la panophtalmite. Néanmoins ces affections se distinguent aussitôt de cette dernière parce que, en dehors de l'œdème conjonctival, dans toutes les trois, le globe paraît normal dans son segment antérieur, tandis que dans la panophtalmite, la suppuration est visible dans l'intérieur de l'œil. Quant au diagnostic différentiel entre les trois affections citées d'abord, il est un peu plus difficile. D'abord la ténonite séreuse et le phlegmon orbitaire se ressemblent beaucoup au début de la maladie; cependant dans le premier cas, le chémosis et la diminution de motilité du globe sont très notables tandis que la protrusion est relativement modérée. Au contraire dans le second cas, en comparaison de la forte protrusion du bulbe, l'œdème conjonctival n'est ni très prononcé, ni uniforme, mais est surtout visible dans la fente palpébrale. En outre, dans le phlegmon orbitaire, la fièvre et les douleurs acquièrent une intensité bien plus grande. A mesure que la maladie fait des progrès, le diagnostic de ces deux affections devient plus facile. Dans la ténonite séreuse, tous les symptômes disparaissent bientôt, tandis que dans le phlegmon orbitaire, les symptômes augmentent constamment jusqu'à ce qu'il s'ouvre et que le pus s'échappe.

La thrombose du sinus caverneux se distingue des deux autres affections en ce que, dans ce cas, outre l'œdème des paupières, il existe encore de l'œdème derrière les oreilles, à la région mastoïdienne; de plus on observe alors des symptômes cérébraux graves.

Une tumeur qui se développe au fond de l'orbite, outre la protrusion du globe oculaire, peut occasionner de l'œdème palpébral par stase veineuse. Mais dans ces cas, les accidents inflammatoires sont peu notables ou manquent complètement.