

des paupières, parce qu'alors le bandeau assure en même temps, pendant le sommeil, l'occlusion de la fente palpébrale (voir § 113).

Dans la blépharite squameuse rebelle, on a conseillé l'application de pommade au goudron. On prescrit dans ce but, l'huile de hêtre (ou l'huile de bouleau) à parties égales avec de l'huile d'olive; avec ce mélange, on enduit, le soir, au moyen d'un pinceau, les bords des paupières fermées. On peut encore enduire au pinceau les bords palpébraux d'un mélange à à de poix liquide et d'alcool; par l'évaporation de ce dernier, la solution se dessèche rapidement. En tous cas, il faut éviter avec soin l'introduction du liquide dans le sac conjonctival, car l'irritation qui en résulterait serait très intense. Il est même beaucoup de personnes qui ne supportent pas du tout les pommades au goudron à cause de leur action irritante. Le traitement au moyen du savon au goudron, dont on fait soigneusement laver les paupières le matin, est moins irritant.

Dans un grand nombre de cas de blépharite ulcéreuse, surtout quand elle est compliquée de tylosis, on n'obtient le résultat désiré qu'après avoir épilé tous les cils. On pratique cette épilation en plusieurs séances, puis on enlève successivement les cils qui repoussent jusqu'à ce que le bord palpébral ait entièrement repris son aspect normal. On ne doit pas craindre, dût-on les arracher plus souvent encore, que les cils ne finissent par ne plus repousser. Contre le tylosis même, le massage avec la pommade au précipité blanc rend les meilleurs services. Il a pour effet, d'abord, d'activer la résorption, ensuite, de faciliter mécaniquement l'écoulement du contenu des glandes du bord palpébral et d'en empêcher ainsi l'obstruction.

On ne doit pas confondre avec la blépharite la *phthiriasis des paupières*, c'est-à-dire la présence sur les cils du pou du pubis (*Phthirus inguinalis* ou *pediculus pubis*). Ces parasites donnent aux bords palpébraux un aspect foncé frappant. A un examen plus attentif, on ne tarde pas à se convaincre que cet aspect est dû à la présence de lentes de morpions solidement agglutinées aux cils. Parfois, on rencontre aussi entre les cils un individu adulte isolé. Cette affection, qui est rare, et que l'on n'observe pour ainsi dire que chez les enfants, donne quelquefois lieu à une blépharite. On la guérit facilement par l'onguent gris, qui, appliqué sur les bords palpébraux, tue les parasites.

### III. — MALADIES DES GLANDES PALPÉBRALES

§ 109. Les glandes dont il est question ici sont les glandes des follicules pileux (les glandes de *Zeiss*) et les glandes de *Meibomius*. Les maladies des premières ont déjà été traitées en partie à propos de la blépharite qui constitue une affection diffuse répandue sur tout le bord palpébral et dans laquelle les glandes des follicules pileux jouent un rôle important. Il faut distinguer de cette maladie les inflammations isolées, qui se localisent à une seule ou quelques-unes seulement de ces glandes,

et représentent des affections propres. Quand une maladie de cette nature se déclare, on la désigne sous le nom d'orgelet lorsqu'elle est aiguë, de chalazion quand elle est chronique.

#### 1° Orgelet (*hordeolum*) (1)

Il existe un orgelet externe et un orgelet interne.

L'*orgelet externe* consiste dans la suppuration d'une glande de *Zeiss*. On observe d'abord un œdème inflammatoire de la paupière atteinte. Dans les cas violents, cet œdème s'étend même sur la conjonctive bulbaire. Par une palpation minutieuse, on découvre, dans l'épaisseur de la paupière gonflée, un point qui se distingue par une résistance plus grande et une sensibilité particulière au toucher. Ce point est situé près du bord palpébral et répond à la glande enflammée. Dans les jours suivants, la tuméfaction prend encore plus de développement, la peau rougit à l'endroit malade, devient plus tard jaunâtre et finit par s'ouvrir au bord de la paupière pour donner issue à une certaine quantité de pus. Lorsque le petit abcès est vidé, les symptômes inflammatoires disparaissent promptement, la cavité se comble bientôt et tout le processus est terminé. — Bien que la maladie ne dure que quelques jours, elle incommoder vivement le patient par les douleurs souvent intenses, par le fort gonflement et la tension des paupières qu'elle provoque. Un second inconvénient, c'est que chez beaucoup de personnes elle récidive très fréquemment.

L'*orgelet interne* est beaucoup plus rare que l'orgelet externe. Il consiste dans la suppuration d'une glande de *Meibomius*. La marche en est entièrement la même que celle de l'orgelet externe. Mais, comme les glandes de *Meibomius* sont plus grandes que les glandes de *Zeiss* et qu'en outre elles sont enchâssées dans le tissu fibreux du tarse, les symptômes inflammatoires sont plus violents, et le processus dure plus longtemps, avant que le pus se crée une voie au dehors. Tant que le pus est renfermé dans la glande malade, il se fait reconnaître à sa couleur jaune que l'on voit transparaître à travers la conjonctive, quand on renverse la paupière. Plus tard, le pus perce la conjonctive ou bien il s'écoule par le canal excréteur de la glande. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'orgelet interne s'ouvre par la peau; au contraire, dans l'orgelet externe, cette terminaison est la règle.

L'orgelet, qu'il soit externe ou interne, est constitué essentiellement par le même processus, c'est-à-dire une suppuration aiguë d'une glande

(1) *Hordeum, orge.*



sébacée, car les glandes de Meibomius, elles aussi, ne sont autre chose que des glandes sébacées modifiées. C'est pour ce motif que les deux orgelets présentent à peu près la même image clinique. Ils ressemblent à l'acné de la peau (d'où *Stellwag* les a désignés sous le nom d'*acné ciliaire*). Les symptômes inflammatoires violents, et notamment l'œdème considérable qui caractérise l'orgelet et qu'on n'observe pas dans la pustule d'acné ordinaire, dépendent de la structure anatomique spéciale des paupières, structure qui les rend particulièrement propres aux tuméfactions inflammatoires.

L'orgelet se rencontre surtout chez les individus jeunes, particulièrement quand ils sont d'une constitution anémique ou scrofuleuse et souffrent en même temps de blépharite. A cause du gonflement des bords palpébraux et de l'accumulation de pellicules squameuses et de croûtes qu'elle provoque, la blépharite favorise l'oblitération des canaux excréteurs des glandes, ce qui peut en occasionner l'inflammation. Il est probable que les microorganismes y jouent un certain rôle. En effet, dans l'inflammation des bords palpébraux, ces parasites se présentent constamment en très grande quantité, et ils peuvent facilement pénétrer dans les orifices des glandes.

Au début, le traitement de l'orgelet consiste dans l'application sur les paupières de compresses à l'eau chaude, dans le but de faire plus tôt suppurer l'infiltration. Lorsque le pus jaune devient visible à travers la peau ou à travers la conjonctive, on peut ouvrir l'abcès par une petite incision et raccourcir ainsi de quelques jours la durée de l'inflammation. Pour prévenir la récurrence de l'orgelet, il faut, avant tout, diriger le traitement contre la blépharite, s'il en existe.

#### 2° Chalazion (1)

Le chalazion est une affection chronique des glandes de Meibomius. Il consiste en une tumeur plus ou moins dure qui se développe peu à peu dans la paupière. Dans beaucoup de cas, ce processus se passe sans aucun symptôme inflammatoire, de façon que le patient n'en constate la présence que lorsque la tumeur a acquis un certain développement. Dans d'autres cas, on observe bien quelques accidents inflammatoires, mais ils sont insignifiants, comparés à ceux qui accompagnent l'orgelet. Pendant plusieurs mois, la tumeur grandit jusqu'à ce qu'elle acquière la grosseur d'un petit pois ou d'une fève. Alors, elle fait saillie sous la peau.

(1) De *χάλαζα*, grêle.

tellement qu'elle occasionne une difformité visible de la paupière. Quand on palpe la tumeur, on constate qu'elle est assez résistante et intimement unie au tarse, tandis que la peau qui la recouvre est mobile. Quand on renverse la paupière au niveau de la tumeur, on trouve la conjonctive rouge, épaissie et légèrement bombée. Plus tard, la tumeur paraît grise sous la conjonctive et finit par la perforer. Alors il s'en échappe un peu de liquide trouble et filant qui provient des parties centrales ramollies de la tumeur. Quant à la masse principale formée de granulations fongueuses, elle reste en place, et c'est pour ce motif que la tumeur, quoiqu'ouverte, ne disparaît pas aussitôt complètement. La tumeur diminue peu à peu, tandis qu'assez souvent les masses granuleuses pullulent comme des champignons à travers l'ouverture de perforation de la conjonctive. Mais, avant que la tumeur ne soit complètement disparue, il se passe des mois.

Le chalazion et l'orgelet interne ont un siège commun, les glandes de Meibomius, mais ils se distinguent par la nature de leur processus. L'orgelet est une inflammation aiguë qui aboutit à la suppuration. Le chalazion, au contraire, est une affection chronique, dans laquelle la suppuration fait défaut, où se développe un tissu granuleux, qui dure pendant des mois et même pendant des années. — Le chalazion est l'analogue de l'acné rosacé de la peau où les glandes sébacées jouent le même rôle que les glandes de Meibomius dans le chalazion (*Horner*).

Le chalazion se rencontre plus souvent chez les adultes que chez les enfants. Il n'est pas rare qu'un patient porte plusieurs chalazions à la fois. Le chalazion incommodé celui qui en est atteint d'abord parce que la tumeur produit une certaine difformité, et ensuite parce qu'elle entretient un état irritatif dans l'œil. Cette irritation est, en partie le résultat de l'inflammation chronique des paupières, en partie celui de l'influence mécanique exercée sur le globe oculaire par la conjonctive inégale et proéminente qui recouvre la surface interne de la tumeur.

*Traitement.* — Lorsque les chalazions sont très petits, le mieux est de les abandonner à eux-mêmes. Quant aux chalazions plus grands, on les extrait par une opération, dans le but d'enlever la difformité ainsi que la cause d'irritation de l'œil. Pour cela, on renverse la paupière, et, au moyen d'un bistouri pointu, on traverse par une incision perpendiculaire, la conjonctive ainsi que la paroi du chalazion sous-jacent. Lorsque la partie liquide s'en est échappée, on extirpe, à la curette, les masses granuleuses qui sont encore restées en place (on se sert dans ce but d'une petite curette à bords tranchants, ou de la curette de Daviel, ou encore d'une sonde cannelée). Cette opération n'a pas pour résultat immédiat de faire disparaître entièrement la tumeur, puisque la capsule très résistante est restée en place. Cependant, au bout de quelque temps, elle se



ratatine. — Lorsqu'on a négligé de vider le chalazion avec soin, il récidive facilement et il faut recommencer l'opération.

### 3° *Infarctus des glandes de Meibomius*

Chez les personnes d'un certain âge, quand on renverse la paupière, on voit sous la conjonctive de petites taches jaune clair. Ces taches sont constituées par le produit de sécrétion épaissi des glandes de Meibomius. Le produit accumulé dans les acini de ces glandes en a provoqué la distension. D'ordinaire, ces infarctus n'occasionnent aucun inconvénient; néanmoins, il arrive quelquefois qu'ils se transforment, par l'accumulation des sels calcaires, en masses dures comme une pierre (lithiase (1) conjonctivale). Ces masses faisant saillie sous la conjonctive finissent par la perforer par leurs arêtes aiguës et irritent alors mécaniquement l'œil. Dans ce cas, il faut pratiquer une incision dans la conjonctive et les enlever.

Les anciens médecins considéraient le chalazion comme un orgetel durci, c'est-à-dire qui n'a pas passé à l'inflammation. Cette opinion est encore répandue dans le vulgaire. D'autres croyaient que le chalazion est un simple kyste de rétention des glandes de Meibomius, semblable aux athéromes des glandes sébacées. Aucune de ces opinions ne répond à la vérité. Voici comment le chalazion se forme. Le sébum, en raison de sa viscosité, est stagnant dans les canaux excréteurs des glandes de Meibomius. De là, une accumulation de cette matière dans les acini de la glande, où, par suite d'un séjour prolongé, elle s'épaissit et devient plus dure. En même temps, la présence du sébum dans l'acinus exerce une irritation sur ses parois, irritation qui provoque non seulement une pullulation de l'épithélium mais encore le développement d'une infiltration inflammatoire dans le tissu du tarse environnant. L'infiltration inflammatoire devient bientôt le processus principal et, d'un côté, les acini, de l'autre côté, le tissu du tarse finissent par disparaître au milieu d'une pullulation de petites cellules. Il se développe alors un tissu mou, ressemblant à des bourgeons charnus et contenant comme ceux-ci des cellules géantes. Dans l'intérieur de la tumeur granuleuse, on rencontre des dépôts amorphes qui représentent les restes du contenu épaissi des acini; d'autre part, à l'extérieur, la tumeur s'enveloppe dans une capsule de tissu conjonctif. Cette capsule provient de ce que, à mesure que la tumeur se développe, le tissu environnant, de plus en plus comprimé, gagne constamment en densité. Enfin les parties centrales de la tumeur granuleuse très peu vascularisées subissent une espèce de ramollissement muqueux. De cette manière, au centre de cette tumeur, se trouve une cavité remplie d'un liquide trouble. — *Horner* a été le premier à

(1) De λίθος, pierre.

appeler l'attention sur l'analogie qui existe entre le chalazion et l'acné rosacé. Les dermatologistes nient, il est vrai, que les glandes sébacées prennent part à la formation des petites tumeurs de l'acné. Mais sur des préparations microscopiques, j'ai pu me convaincre à différentes reprises, que dans l'acné rosacé la prolifération inflammatoire débute dans les glandes sébacées de la même manière que le fait le chalazion dans les glandes de Meibomius.

Dans les vieux chalazions, qui ne se sont pas ouverts, on trouve parfois tout le contenu liquéfié. Alors ils sont transformés en une espèce de kyste à enveloppe épaisse et à contenu trouble et muqueux. — Les chalazions qui se développent dans les canaux excréteurs des glandes de Meibomius présentent une forme spéciale. Ils sont situés près du bord libre, et font saillie, à la façon d'une verrue, tandis qu'ils sont aplatis à leur face postérieure par la pression du globe oculaire. Quand ils exercent sur l'œil une irritation mécanique, il faut les faire disparaître par excision.

On rencontre assez souvent des personnes qui auparavant n'avaient jamais été atteintes de chalazion et qui en gagnent tout à coup plusieurs l'un après l'autre. Ainsi, en une ou plusieurs semaines, il s'en développe constamment de nouveaux, et ils s'annoncent chaque fois par de légers symptômes inflammatoires. Finalement, on trouve dans chacune des quatre paupières, un ou plusieurs chalazions. Dans les cas particulièrement mauvais, il se développe une véritable dégénérescence des paupières, surtout des paupières supérieures. Celles-ci sont devenues plus épaisses et l'on a de la difficulté à les renverser. Dans un cas que j'ai observé, la paupière avait 4 centimètre d'épaisseur. La peau de la paupière est bosselée, mobile sur sa base et n'a pas subi de modifications essentielles. Au contraire, la surface de la conjonctive palpébrale est inégale, bosselée par places, injectée et veloutée, ailleurs grise et translucide ou couverte de granulations hypertrophiées; à première vue, les cas très prononcés de cette espèce feraient songer à une tarsite ou à quelque néoplasme. En opérant ces cas, on peut se convaincre que le tarse est complètement transformé en un tissu granuleux spongieux, ramolli en certains points.

Au lieu d'ouvrir simplement les chalazions, on peut encore les opérer par extirpation, en incisant la peau à leur niveau et puis en les excisant du tarse. Par ce procédé, on pratique une fenêtre dans le tarse ainsi que dans la conjonctive. Cette manière d'extirper les chalazions est assez compliquée et douloureuse; c'est pourquoi dans le plus grand nombre de cas, on préfère la simple incision, d'autant plus qu'elle donne le même résultat. L'extirpation n'est indiquée que lorsqu'il s'agit de chalazions très développés, faisant fortement saillie, dont la capsule est particulièrement épaisse.

*Affections du tarse.* — Le tarse ne participe pas seulement aux maladies des glandes de Meibomius, mais encore à celles de la conjonctive. Cela est surtout vrai pour le trachome et la dégénérescence amyloïde de la conjonctive. Dans le trachome, en renversant la paupière supérieure, on sent souvent que le tarse est devenu plus épais et plus lourd. Cet état dépend de la présence d'une infiltration inflammatoire qui amène plus tard de l'atrophie et de la déviation de ce cartilage par



rétraction cicatricielle, et qui, pour ce motif, doit être considérée comme la principale cause du trichiasis. Dans les cartilages palpébraux ainsi modifiés, on trouve les glandes de Meibomius en grande partie détruites. Dans la dégénérescence amyloïde de la conjonctive, le tarse est le siège du même processus, de façon qu'il se transforme en une masse épaisse, grossière et cassante (voir page 111).

Une affection propre du tarse s'observe dans la syphilis sous forme de *tarsite syphilitique*. Elle se développe lentement et habituellement sans douleurs. Lorsqu'elle a atteint son apogée, on trouve l'une des paupières ou les deux paupières du même œil fortement développées, la peau tendue et rouge. Par le palper, on se convainc que la cause de l'épaississement se trouve dans le tarse qui se présente à travers la peau, comme un corps épais, dur comme du cartilage, et de forme arrondie. Le plus souvent, le gonflement du tarse est si prononcé qu'on ne parvient plus à renverser la paupière. Si l'on pratique une incision dans le tarse ainsi développé, on voit qu'il est transformé en un tissu lardacé et pauvre en vaisseaux. Les cils de la paupière atteinte tombent et le ganglion lymphatique préauriculaire se tuméfié. Après que le gonflement s'est maintenu au même degré d'intensité pendant quelques semaines, il diminue très lentement, jusqu'à ce que le tarse ait regagné son volume antérieur ou soit même devenu plus petit par atrophie. Avant que la maladie soit entièrement terminée, il se passe plusieurs mois. La tarsite est une manifestation syphilitique tertiaire et doit, par conséquent, être considérée comme une infiltration gommeuse du tarse.

#### IV. — ANOMALIES DE DIRECTION ET DE POSITION DES PAUPIÈRES

##### 1° *Trichiasis et Distichiasis*

§ 110. Le trichiasis (1) consiste en ce que les cils, au lieu de regarder en avant, sont dirigés en arrière, tantôt plus, tantôt moins, de façon qu'ils viennent en contact avec la cornée. Cette anomalie de direction peut atteindre tous les cils, ou simplement les rangées les plus postérieures. D'autre part, elle peut s'étendre sur toute la longueur de la paupière, ou seulement sur une partie (trichiasis total ou partiel). Les cils dirigés en dedans sont rarement normaux, le plus souvent ils sont malingres. Ce sont de petits tronçons, ou de petits poils fins, pâles, souvent à peine visibles.

Dans le trichiasis, les cils produisent une irritation constante du globe de l'œil. Cette irritation est accompagnée de photophobie, de larmolement et d'un sentiment de corps étranger dans l'œil. La cornée elle-même subit des lésions importantes. A la surface de cet organe, on remarque

(1) *τριχία*, le cheveu.

des opacités superficielles; en effet, par suite de l'irritation constante dont l'œil est le siège, l'épithélium devient épais et calleux et préserve en même temps la cornée contre les influences extérieures nuisibles. Dans d'autres cas, il se produit sur la cornée des dépôts panniformes ou des ulcères. Il n'est pas rare que certaines personnes soient incommodées par de petits ulcères cornéens qui récidivent fréquemment. A la fin, le médecin découvre, dirigé contre la cornée, un cil fin qui était la cause de ces ulcères.

La cause la plus fréquente du trichiasis est le trachome (page 74). La conjonctive, ayant subi, pendant le stade régressif du trachome, une rétraction qui l'a raccourcie, tend à attirer la peau extérieure en arrière au-delà du bord libre, et imprime ainsi aux cils une direction de plus en plus fautive. D'abord ce sont les cils postérieurs qui se dirigent en arrière; plus tard, il en est de même des rangées antérieures. Le tarse, en s'incurvant, agit dans le même sens. En effet, la partie du tarse la plus rapprochée du bord libre forme un angle avec le reste du cartilage et se dirige en arrière (fig. 19, B,  $t_1$ ), entraînant avec elle le revêtement du bord libre, qui y adhère solidement.

Le trichiasis partiel, c'est-à-dire celui où il n'y a que quelques cils dirigés en arrière, peut aussi se développer sous l'influence des cicatrices qui se forment au bord libre de la paupière ou dans la conjonctive, après la blépharite, l'orgelet, la diphthérie, les brûlures, les opérations, etc.

Sous le nom de *distichiasis* (1) on désigne l'état où il existe deux rangées de cils sur une paupière normalement conformée. L'une des rangées est dirigée en avant; l'autre, habituellement moins complète, regarde en arrière. On observe cet état comme une anomalie congénitale, quelquefois aux quatre paupières.

*Traitement.* — Quand il n'y a que quelques cils dont la direction soit vicieuse, on peut les enlever par épilation. Mais, comme ils repoussent, il faut répéter cette petite opération après des intervalles de quelques semaines. C'est d'ailleurs un soin qu'on peut abandonner au patient lui-même. Mieux vaut cependant employer une de ces méthodes où, à côté de l'épilation, on détruit en même temps le follicule pileux du cil; de cette manière il ne repousse plus. Le meilleur procédé est l'électrolyse. Dans ce but, on se sert du courant constant; l'électrode positive est garnie d'une éponge, l'électrode négative d'une fine aiguille à coudre. On pousse l'aiguille dans le follicule du cil, puis on ferme le courant en appliquant l'électrode à éponge sur la tempe. On voit alors bientôt se former un petit dépôt d'une fine mousse au niveau de la racine du cil. Cette mousse est

(1) De *δίς*, double, et *τριχία*, la rangée.