

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 tuméfie. 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, t₁), 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.

constituée par de petites bulles d'hydrogène qui se développent au pôle négatif et qui témoignent de la décomposition des liquides des tissus par le courant électrique. Il n'est pas nécessaire de produire une escharre pour détruire le follicule pileux. Alors le cil se laisse très facilement enlever, ou bien il tombe plus tard spontanément et ne repousse plus. L'électrolyse des follicules pileux est passablement douloureuse. — Quand un grand nombre de cils ou quand tous les cils sont dirigés vers le globe oculaire, l'épilation n'est plus praticable. Alors il y a indication d'appliquer les méthodes par lesquelles les cils sont rendus à leur direction normale, en modifiant la situation du point d'implantation des bulbes pileux (voir § 168).

La plupart des auteurs se servent de l'expression *distichiasis* non seulement pour désigner la double rangée de cils congénitale, mais encore pour en indiquer l'anomalie de position acquise par le trachome quand les rangées postérieures seules sont dirigées en arrière, tandis que les antérieures ont conservé leur direction normale. Mais cet état n'est pas autre que le trichiasis, il lui est essentiellement identique et n'en diffère que par un moindre degré de développement. Au début de la rétraction cicatricielle, les diverses rangées des cils sont séparées les unes des autres ; ce sont d'abord les rangées postérieures, puis les antérieures qui se recourbent en arrière. Il se développe donc d'abord un distichiasis, puis un trichiasis, et on ne saurait établir de limites bien nettes entre les deux. Je préfère donc désigner cet état à tous ses degrés par l'expression trichiasis et réserver le nom de distichiasis simplement pour les cas où, congénitalement, il existe deux rangées régulières de cils. De cette manière les mots distichiasis et trichiasis désignent effectivement deux états absolument différents.

2° Entropion

§ 111. L'entropion (1) est l'enroulement de la paupière en dedans. Le passage du trichiasis à l'entropion s'opère graduellement. Dans le trichiasis le bord palpébral considéré dans sa totalité a conservé sa direction normale, seulement l'angle palpébral postérieur est arrondi et les cils sont dirigés en arrière. Dans l'entropion, au contraire, tout le bord palpébral est incurvé en arrière, tellement qu'on ne le voit même pas quand on regarde l'œil ouvert. Pour le voir, il faut tâcher de dérouler la paupière en la tirant vers le rebord orbitaire. Les conséquences fâcheuses sont les mêmes pour l'entropion que pour le trichiasis. Au point de vue étiologique nous distinguons deux espèces d'entropions :

(1) De ἐν et τρεπεῖν, tourner.

a) L'entropion *spasmodique* est celui qui est produit par la contraction de l'orbiculaire. Les fibres de la portion palpébrale de l'orbiculaire (voir page 513) décrivent des arcs en deux sens. La première courbe dépend de ce que les fibres musculaires circonscrivent la fente palpébrale. Il s'ensuit que la concavité de ces arcs est tournée vers la fente de façon que, pour la paupière supérieure, cette concavité regarde en bas et pour l'inférieure elle est dirigée en haut. La courbe de seconde espèce dépend de ce que les fibres musculaires s'appliquent avec les paupières exactement sur la surface antérieure convexe du globe oculaire ; la concavité de cet arc est dirigée en arrière pour les deux paupières. Maintenant, lorsque des fibres de l'orbiculaire se contractent, au lieu de conserver la position de l'arc, elles tendent à prendre celle de la corde. De cette manière les fibres exécutent une double action : par l'effacement de la courbe de la première espèce, elles rétrécissent la fente palpébrale ; par l'effacement de la courbe de la seconde espèce, elles appliquent intimement les paupières sur la surface du globe. Tant que la paupière est uniformément pressée dans toute sa hauteur, elle reste bien appliquée sur l'œil. Il n'en est plus de même quand, pour des causes mécaniques, l'une ou l'autre partie de la portion palpébrale devient prédominante de façon que la paupière soit plus fortement tirée en arrière à un endroit qu'à d'autres. Quand ce sont les faisceaux de fibres situés le plus près du bord palpébral qui l'emportent sur ceux de la portion périphérique du muscle, le bord de la paupière se renverse en arrière et il se forme un entropion. Réciproquement, lorsque l'action des fibres de l'orbiculaire situées près du rebord orbitaire l'emporte sur celle des faisceaux qui se trouvent dans le voisinage du bord palpébral, celui-ci se renverse en dehors et il se produit un ectropion. C'est ainsi que la contraction de l'orbiculaire peut, suivant les circonstances, provoquer deux états diamétralement opposés, l'entropion et l'ectropion. Il s'agit maintenant de rechercher les circonstances d'où dépend le résultat de l'action mécanique de la contraction de l'orbiculaire.

Pour qu'un entropion se produise, deux conditions sont nécessaires : d'abord un défaut de soutien du bord libre de la paupière, et puis une peau abondante et extensible. Lorsque, par la contraction des faisceaux musculaires qu'il contient, le bord palpébral est pressé normalement contre le globe oculaire, il trouve dans celui-ci soutien et résistance. Si l'on enlève le globe, le bord palpébral peut se renverser en arrière. Il s'ensuit que l'entropion spasmodique se développe principalement lorsque le globe manque (entropion organique d'après *Stellwag*). Néanmoins, pour qu'un entropion se produise, il n'est pas nécessaire que le globe soit entièrement absent, il suffit que l'œil soit devenu plus petit ou situé plus profondément dans l'orbite, comme cela a lieu chez les vieillards amaigris. Quand le bord

palpébral s'enroule en dedans, la peau de la paupière est entraînée. Qu'on s'oppose à cette traction, et le développement de l'entropion est rendu impossible. Si l'on remet en place la paupière atteinte d'entropion, qu'alors on attire la peau palpébrale un peu vers le rebord orbitaire et qu'on l'y fixe en la comprimant, on empêche la paupière de s'enrouler de nouveau en arrière. Il en résulte que l'entropion spasmodique ne se produit pas chez les personnes dont la peau palpébrale est résistante et élastique. Pour que l'entropion se développe, il faut la présence d'une peau abondante, ridée et mobile, telle qu'on la rencontre chez les personnes âgées.

Il est facile à comprendre que l'enroulement du bord palpébral est favorisé lorsque les fibres de l'orbiculaire se contractent très énergiquement, comme cela a lieu dans le blépharospasme ou lorsque la force avec laquelle les faisceaux musculaires de l'orbiculaire attirent le bord de la paupière en arrière est encore augmentée par une pression extérieure, par exemple par un bandeau. Il en est de même du blépharophimos, défaut qui favorise également le développement de l'entropion (voir p. 547).

Récapitulons en peu de mots ce qui vient d'être dit. L'entropion spasmodique ne se rencontre que chez les vieillards dont la peau palpébrale est flasque ; le développement en est favorisé par l'enfoncement, la diminution de volume ou l'absence du globe oculaire, par la présence d'un blépharospasme, d'un blépharophimos ou par le port d'un bandeau. L'entropion spasmodique est donc une complication fréquente et désagréable pendant le traitement consécutif de l'opération de la cataracte où l'on a affaire à des gens d'un certain âge, auxquels on est obligé de bander les yeux pendant longtemps. — L'entropion spasmodique s'observe presque exclusivement à la paupière inférieure.

b) L'entropion cicatriciel résulte d'un raccourcissement cicatriciel de la conjonctive, ce qui fait que le bord libre de la paupière est attiré en dedans. Il constitue un stade plus avancé dans la voie où le trichiasis vient de naître. Comme le trichiasis, l'entropion cicatriciel se développe après le trachome, la diphtérie, les brûlures de la conjonctive, etc.

Pour traiter l'entropion, on a recours à certains procédés mécaniques, ou à une opération. Pour l'entropion spasmodique, développé sous le bandeau, il suffit d'abandonner ce dernier. Si, pour des motifs graves, on était obligé de le maintenir, on place sur la paupière inférieure, tout près du bord orbitaire, un petit rouleau de sparadrap qui est maintenu en place par le bandeau. Cette pratique repose sur l'observation que la paupière inférieure entropionnée se redresse spontanément quand, au moyen du doigt, on en refoule en arrière la partie située dans le voisinage du rebord orbitaire. Arlt a proposé une autre méthode pour obtenir une pression constante analogue. Au moyen de collodion, on fixe l'un des bouts d'une

mince bandelette de toile à l'extrémité interne de la paupière, au-dessous de l'angle interne de l'œil. De là, la bandelette, passant sur la partie inférieure de la paupière, est tirée fortement vers le côté externe, où elle est également fixée au moyen de collodion. — Lorsque l'entropion dépend de l'absence du bulbe oculaire, on fait porter un œil artificiel. — Quand on ne réussit pas par les moyens mécaniques, il faut recourir à une opération (voir § 171).

3° Ectropion

§ 112. L'ectropion consiste dans un renversement de la paupière en dehors, de façon que la surface conjonctivale regarde en avant. Il est donc l'opposé de l'entropion. L'ectropion présente plusieurs degrés. Dans le degré le plus léger, l'angle palpébral interne s'écarte légèrement du bulbe, — éversion du bord palpébral. Mais déjà ce degré inférieur porte en lui les germes d'un développement ultérieur. En effet, de l'éversion des bords palpébraux dépend l'éversion des points lacrymaux, d'où naît le larmolement. Celui-ci engendre le raccourcissement de la peau de la paupière inférieure, ce qui donne un nouvel aliment au développement de l'ectropion. Celui-ci peut présenter tous les degrés jusqu'au renversement complet de la paupière dans sa totalité. — Les conséquences de l'ectropion sont le larmolement, la rougeur et l'épaississement de la conjonctive sur toute l'étendue où elle est exposée à l'air. Lorsque la conjonctive a déjà subi des altérations antérieures importantes (par suite d'une blennorrhée aiguë ou d'un trachome), l'hypertrophie peut acquérir un si haut degré qu'elle paraît comme une masse charnue et bourgeonnante (granulations cicatricielles), état qui légitime les anciennes dénominations de *ectropium luxurians* sive *sarcomatosum*. Dans l'ectropion très prononcé, le recouvrement de la cornée par les paupières devient incomplet et il se développe une kératite par lagopthalmos.

D'après leur étiologie, on distingue les espèces d'ectropions suivantes :

a) *L'ectropion spasmodique*. Nous avons vu plus haut que la paupière se renverse en dehors, lorsque les fibres de la portion palpébrale de l'orbiculaire situées dans le voisinage du bord orbitaire l'emportent sur celles qui se trouvent près du bord palpébral. Les circonstances mécaniques qui engendrent cette prépondérance sont diamétralement opposées à celles que nous avons fait connaître comme constituant les causes de l'entropion. Elles consistent dans le refoulement de la portion tarsienne de la paupière en avant et dans l'état résistant et élastique de la peau palpébrale, deux circonstances qui entraînent le bord de la paupière vers le rebord orbitaire. On a souvent l'occasion de constater l'action d'un semblable tirail-

lement quand on cherche à ouvrir la fente palpébrale à un enfant dont les paupières sont gonflées et spasmodiquement contractées. Dès qu'on sépare les paupières, elles se renversent d'elles-mêmes en avant, et, si l'on négligeait dans un cas semblable de les replacer soigneusement, on pourrait produire ainsi un ectropion spasmodique définitif. En effet, les faisceaux périphériques de la portion palpébrale se contractent spasmodiquement derrière les parties tarsales renversées et en maintiennent la position vicieuse. Alors, par suite de la stase veineuse, les paupières renversées se tuméfient, comme dans le paraphimosis, et on les remet d'autant plus difficilement en place que la position defectueuse a duré plus longtemps. — Par conséquent, puisqu'il faut, pour le développement de l'ectropion spasmodique, que la peau palpébrale présente une certaine résistance, on rencontre ce défaut principalement chez les enfants et les jeunes gens.

La seconde condition mentionnée ci-dessus, comme donnant lieu au développement de l'ectropion, c'est l'écartement des parties tarsiennes du globe oculaire, ce qui favorise le renversement de ces parties. Cet écartement est principalement dû à l'épaississement de la conjonctive, par exemple, par suite d'une blennorrhée aiguë ou d'un trachome. Le bulbe lui-même peut aussi refouler les paupières si loin en avant qu'elles se renversent. Ainsi peuvent agir un développement inusité, ou la protrusion du bulbe (ectropion mécanique suivant *Stellwag*). Les deux états que nous venons d'indiquer amèneront d'autant plus rapidement le renversement de la paupière qu'il existe en même temps un blépharospasme, plus prononcé parce qu'il a pour effet d'attirer en arrière les parties périphériques des paupières.

De ce qui vient d'être dit, on voit que l'ectropion spasmodique se rencontre surtout chez les individus jeunes qui souffrent d'une inflammation de la conjonctive avec gonflement et blépharospasme concomitant. L'ectropion spasmodique atteint fréquemment les paupières supérieure et inférieure en même temps.

b) *L'ectropion paralytique* dépend de la paralysie de l'orbiculaire. Alors, les contractions des fibres de ce muscle faisant défaut, les paupières ne sont plus appliquées contre le globe oculaire, et la paupière inférieure devient pendante sous l'influence de son propre poids. C'est pour ce motif que l'ectropion paralytique ne se rencontre qu'à la paupière inférieure ; la supérieure reste couchée sur le bulbe, en dehors même de toute action musculaire. Dans l'ectropion paralytique, non seulement la paupière inférieure tombe, mais elle n'est plus susceptible de se relever pour clore les paupières. Il s'ensuit donc que la fente palpébrale ne peut plus se fermer exactement (*lagophthalmos*).

c) *L'ectropion sénile* ne s'observe non plus qu'à la paupière inférieure. Il provient de ce que, chez les personnes âgées, la paupière inférieure est relâchée dans toutes ses parties et qu'elle n'est plus convenablement serrée contre le globe de l'œil à cause de la faiblesse des fibres de l'orbiculaire. Ce qui concourt encore à ce résultat, c'est le catarrhe chronique de la conjonctive si fréquent chez les personnes âgées (catarrhe sénile). — C'est également par l'affaiblissement de l'action de l'orbiculaire que se développe un ectropion de la paupière inférieure quand, celle-ci étant coupée quelque part perpendiculairement à la direction de ses fibres, ou la commissure externe étant détruite, la continuité du muscle orbiculaire est interrompue.

d) *L'ectropion cicatriciel* naît quand une partie de la peau palpébrale est détruite et se trouve remplacée par du tissu cicatriciel, de façon que la paupière soit raccourcie. Cette variété d'ectropion peut être due à toute espèce de traumatismes tels que brûlures, ensuite ulcères, gangrène, excision de la peau dans certaines opérations, etc. A la suite de la carie du rebord orbitaire, il se développe fréquemment un ectropion chez les enfants scrofuleux. Non seulement la peau palpébrale se raccourcit, mais elle se fixe à la cicatrice du rebord orbitaire, ce qui a pour effet de rétracter la peau en arrière. De même, l'ectropion se développe à la suite d'un eczéma qui produit le raccourcissement de la peau et la perte de son extensibilité. L'eczéma lui-même est le résultat de l'humectation constante de la peau palpébrale par les larmes ou d'autres causes. C'est pour ce motif qu'on rencontre fréquemment l'ectropion comme complication de la blépharite ancienne, ou bien les affections de la conjonctive ou du sac lacrymal.

Le traitement sans opération réussit surtout dans l'ectropion spasmodique. Le traitement consiste à replacer la paupière en position et à la maintenir contre le bulbe oculaire au moyen d'un bandeau bien appliqué. Dans l'ectropion paralytique, outre le bandeau, on doit employer les moyens propres à guérir la paralysie du facial, notamment l'électricité. L'ectropion sénile ne se guérit sans opération que pour autant qu'il n'a pas acquis un haut degré. On fait appliquer pendant longtemps un bandeau la nuit et l'on recommande au malade de sécher les larmes qui se répandent sur la joue, par des frottements de bas en haut et non, comme on le fait habituellement, de haut en bas, ce qui fait descendre davantage encore la paupière. En outre, on conseille de fendre le conduit lacrymal inférieur, pour diminuer l'épiphora résultant de l'éversion du point lacrymal. Les ectropions très prononcés, surtout l'ectropion cicatriciel, exigent un traitement opératoire dont on trouve la technique plus loin (§ 172).

4° *Ankyloblépharon*

§ 113. L'ankyloblépharon (1) consiste dans la réunion de la paupière inférieure à la paupière supérieure le long du bord palpébral. Il est total ou partiel, et très souvent compliqué d'adhérences entre la paupière et le globe, c'est-à-dire de symblépharon. Le symblépharon et l'ankyloblépharon ont d'ailleurs une origine commune. L'ankyloblépharon se développe quand, à la suite de brûlures, d'ulcères, etc., les deux bords palpébraux sont dénudés sur deux points qui s'appliquent l'un contre l'autre et deviennent adhérents.

L'ankyloblépharon a pour effet de diminuer la fente palpébrale et de gêner les mouvements des paupières. Quand l'ankyloblépharon est total, la fente palpébrale est entièrement fermée. Quand il s'agit d'un simple ankyloblépharon sans complication de symblépharon, le traitement consiste à séparer par un coup de ciseaux les paupières adhérentes. Si les adhérences s'étendent jusqu'à l'angle de l'œil, il faut recouvrir celui-ci de conjonctive, sinon les adhérences se reproduisent, à commencer par cet angle. Dans les cas où l'ankyloblépharon est compliqué de symblépharon, la possibilité d'opérer dépend principalement de l'étendue de ce dernier.

5° *Symblépharon* (voir page 122)6° *Blépharophimosis* (2)

Dans le blépharophimosis, la fente palpébrale paraît raccourcie au niveau de l'angle externe de l'œil. Mais, si l'on écarte les paupières l'une de l'autre, on constate que le raccourcissement provient d'un repli de la peau qui se tend verticalement au niveau de l'angle externe de l'œil et qui s'avance au-devant de cet angle comme une coulisse. Quand on tire le repli cutané au dehors, on découvre derrière lui l'angle externe de l'œil normalement conformé, ainsi que la faible bandelette réunissant les deux bords palpébraux. La différence entre l'ankyloblépharon et le blépharophimosis, deux états que l'on confond habituellement, est donc la suivante : dans l'ankyloblépharon ce sont les bords palpébraux qui sont adhérents l'un à l'autre ; au contraire, dans le blépharophimosis, les bords des pau-

(1) ἀγκύλη, membres raides.

(2) Φίμωσις, rétrécissement, de φίμος, muselière.

pières sont normaux, le raccourcissement de la fente palpébrale est seulement apparent et constitué par un repli de la peau qui s'avance devant l'extrémité externe de cette fente.

On rencontre le plus fréquemment le blépharophimosis chez les personnes qui souffrent depuis longtemps de larmolement et de spasme palpébral, par exemple dans les inflammations chroniques de la conjonctive. Il provient de ce que, à la suite d'humectations répétées par une sécrétion ou les larmes, la peau de la paupière se raccourcit. Lorsque le raccourcissement est particulièrement prononcé dans le sens horizontal, la peau est attirée du voisinage, et elle forme au niveau de la tempe un pli qui glisse comme une coulisse devant la fente palpébrale. En attirant avec les doigts la peau de la tempe vers la fente palpébrale, on peut imiter artificiellement le blépharophimosis. D'ordinaire, on ne rencontre pas de blépharophimosis à l'angle interne de l'œil, parce que la peau du nez qui s'y trouve est peu mobile ; cependant exceptionnellement on y observe également la formation d'un semblable pli saillant. Le blépharophimosis doit donc son origine à un raccourcissement de la peau, absolument comme l'ectropion qui se développe à la suite d'un catarrhe chronique, d'un larmolement, etc. La différence consiste en ce que, dans le premier cas, le raccourcissement se produit principalement dans le sens horizontal ; dans le second cas, dans le sens vertical. On peut donc observer en même temps le blépharophimosis et l'ectropion comme provenant de la même cause. Cependant il est rare qu'effectivement ces deux états se trouvent réunis, ce qui provient de ce que le repli cutané vertical qui forme le blépharophimosis attire en haut la paupière inférieure et en prévient le renversement au dehors. Pour ce motif, le blépharophimosis concourt au développement d'un entropion qui, dans ce cas, se guérit souvent, rien qu'en faisant disparaître le blépharophimosis. — Une autre conséquence du blépharophimosis, c'est que, quoiqu'il ne raccourcisse la fente palpébrale que d'une manière apparente, il empêche néanmoins de l'ouvrir comme à l'état normal. Lorsque le blépharophimosis devient gênant, on peut le faire disparaître en élargissant la fente palpébrale au moyen de la cantoplastie (voir plus loin, § 169).

7° *Lagophthalmos*

Sous le nom de lagophthalmos (1), on désigne l'occlusion imparfaite de la fente palpébrale quand on contracte les paupières. Dans les degrés infé-

(1) Œil de lièvre, de λαγός, lièvre, parce qu'on croyait que les lièvres dorment les yeux ouverts.

rieurs de lagophtalmos, l'occlusion des paupières est encore possible quand on les contracte fortement. Mais, comme pendant le sommeil les paupières ne sont pas serrées, mais seulement doucement fermées, ces personnes dorment les yeux ouverts; de là, le nom de la maladie. Dans les degrés élevés de lagophtalmos, le patient, même en serrant fortement les paupières, ne réussit plus à en mettre les bords en contact l'un avec l'autre.

Les suites fâcheuses du lagophtalmos dépendent du recouvrement incomplet du bulbe oculaire. Quelle est la partie de la surface antérieure du bulbe qui reste à découvert dans le lagophtalmos? Qu'un patient qui souffre d'un léger degré de lagophtalmos ferme légèrement les paupières, alors nous verrons que les bords des paupières restent écartés l'un de l'autre de quelques millimètres et que, dans l'intervalle, se montre la sclérotique, en-dessous de la cornée; celle-ci au contraire est complètement couverte. Cela tient à ce qu'en même temps que les paupières se ferment d'œil se tourne vers le haut de façon que la cornée se cache sous la paupière supérieure. La même chose a lieu pendant le sommeil. Ce n'est donc que la conjonctive seule qui, dans le segment situé en-dessous de la cornée, est constamment exposée à l'air. Il suit de là que la conjonctive se montre injectée, et le patient souffre des symptômes d'un catarrhe conjonctival chronique. Mais, lorsque le lagophtalmos est plus prononcé, dans la fente qui reste ouverte au moment de la contraction des paupières, on voit aussi la cornée, notamment sa partie inférieure parce qu'elle est dirigée en haut. Il est rare que le lagophtalmos acquière un degré tel que la cornée reste entièrement à découvert. La cornée peut souffrir de deux façons: quand elle est insuffisamment protégée, ou bien elle se dessèche sur toute l'étendue qui est constamment exposée à l'air, les parties desséchées se nécrosent et il se produit une kératite par lagophtalmos (voir page 177); ou bien, pour soustraire la cornée aux conséquences fâcheuses de son exposition à l'air, l'épithélium s'épaissit et devient semblable à de l'épiderme, ce qui préserve contre le dessèchement les couches les plus profondes de la cornée (xérosis de la cornée, page 125). Comme à cet épaississement se joint le trouble de l'épithélium ainsi que de la cornée même, la vue est diminuée. Ainsi, dans tous les cas, le lagophtalmos menace la vue, dès que l'affection est assez prononcée pour empêcher les paupières de recouvrir la cornée. Une autre conséquence du lagophtalmos est le larmolement, car, pour que les larmes soient normalement poussées vers le nez, l'occlusion parfaite des paupières est nécessaire.

Les causes du lagophtalmos sont: 1° le raccourcissement des paupières. Le raccourcissement dépend, dans le plus grand nombre des cas, de la perte d'une partie de la peau palpébrale par suite de brûlures, d'ulcères (notamment le lupus), de certaines opérations, etc. Il arrive plus rarement qu'on

observe la brièveté congénitale des paupières. Il se reconnaît à ce que, pendant l'occlusion légère des paupières, un intervalle de quelques millimètres persiste entre elles, et qu'en outre il y a absence de signes qui indiquent une perte quelconque de substance sous forme de cicatrices. Souvent, dans ces cas, on observe les symptômes d'une vieille blépharite ulcéreuse; 2° l'ectropion; 3° la paralysie de l'orbiculaire: Dans ce dernier cas, la cause du lagophtalmos dépend exclusivement de la paupière inférieure, puisqu'elle ne se relève pas pendant la contraction des paupières; 4° l'ouverture permanente des yeux chez les personnes très malades ou sans connaissance. Dans ce cas, la sensibilité de la cornée est diminuée de façon que le clignotement et l'occlusion réflexes de la paupière cessent de s'exécuter; 5° le développement exagéré ou la saillie de l'œil tels que, malgré leurs dimensions et leur mobilité normales, les paupières ne suffisent plus à recouvrir le globe oculaire. Ici, il faut surtout mentionner la maladie de Basedow dans laquelle le lagophtalmos est bilatéral, de façon qu'alors la cécité qui en résulte atteint quelquefois les deux yeux.

Le traitement du lagophtalmos consiste avant tout à remplir l'indication causale, c'est-à-dire à écarter les causes qui empêchent l'occlusion parfaite des paupières. Une de ces indications consiste à faire disparaître le raccourcissement des paupières par la blépharoplastie, par la guérison de l'ectropion, par le traitement de la paralysie faciale, etc. Tant qu'on n'est pas parvenu à faire disparaître le lagophtalmos lui-même, ce qui exige souvent beaucoup de temps, il faut préserver l'œil contre les suites fâcheuses qu'il cause. On obtient ce but par la fermeture artificielle de la fente palpébrale au moyen d'un bandeau. A cet effet, on rapproche d'abord les bords des paupières pour les coapter exactement et on les maintient dans cette position à l'aide de bandelettes de taffetas anglais que l'on fixe verticalement sur les paupières. Sur le tout on applique un bandeau protecteur ordinaire avec de l'ouate. Dans les cas légers, il suffit d'appliquer le bandage uniquement pendant la nuit, parce que c'est alors que le dessèchement de la cornée est le plus à craindre. Pendant le jour, le clignotement est suffisant pour humecter la cornée. Au contraire, dans les degrés plus élevés de lagophtalmos, ou lorsque la cornée est déjà entreprise, il faut faire porter constamment le bandeau. Dans les cas où la disparition des causes du lagophtalmos n'est pas possible, ou lorsqu'on prévoit que ces causes ne disparaîtront qu'au bout de beaucoup de temps (par exemple pour la guérison de la maladie de Basedow), il serait difficile pour le patient de porter le bandeau pendant si longtemps, c'est-à-dire pendant des années. Pour ces cas la tarsorrhaphie est indiquée (voir plus loin, § 170). Par ce procédé, on raccourcit la fente palpébrale et on rapproche les bords des paupières, de façon que l'occlusion en devient plus facile.

La *brièveté congénitale* des paupières n'acquiert d'ordinaire qu'un degré peu élevé. Lorsque les paupières se ferment légèrement, la fente palpébrale présente un entre-bâillement de quelques millimètres, de façon qu'une mince bandelette de sclérotique (mais pas de la cornée) reste à découvert. Un autre signe de la brièveté congénitale des paupières, c'est que les personnes qui en sont atteintes dorment les yeux imparfaitement fermés. Cette particularité s'observe pourtant aussi chez des gens dont les paupières sont normales. J'ai même trouvé que l'habitude de dormir les yeux à demi fermés est souvent un trait de famille. Cependant, dans ce cas, lorsqu'on demande à la personne ayant cette habitude de fermer doucement les paupières, elle le fait parfaitement, tandis que celle qui souffre de brièveté des paupières ne peut les fermer qu'en les contractant énergiquement. Pour se renseigner plus exactement, il faut mesurer les dimensions des paupières. Cela ne peut s'exécuter que sur la paupière supérieure, parce que, entre l'inférieure et la joue, il n'y a pas de limites distinctes. Voici comment on procède à cette mensuration : d'abord, après avoir fait fermer légèrement les yeux, on mesure la *hauteur* de la paupière supérieure, c'est-à-dire la distance verticale qui sépare le bord libre de la paupière du milieu du sourcil. Ensuite on prend la mesure de l'*extension verticale* de la peau palpébrale après en avoir effacé les rides. A cet effet, on saisit la paupière par les cils et on la tend modérément pour déterminer encore une fois la distance entre le bord de la paupière et le sourcil. La hauteur de la paupière donne la mesure de la surface à couvrir par la paupière supérieure ; l'extension verticale de la peau palpébrale, celle de la quantité de peau disponible à cet effet. Du rapport entre les deux dépend le degré d'occlusion des paupières. Après des mensurations nombreuses, j'ai trouvé que, chez les personnes adultes, l'extension verticale de la peau palpébrale doit au moins dépasser de moitié la hauteur de la paupière pour que l'occlusion palpébrale soit possible sans efforts. Lorsque l'extension de la peau descend au-dessous de ce rapport de 1 1/2 fois la hauteur de la paupière, il existe du lagophtalmos. Les suites de cet état se manifestent principalement par du larmolement et, conséquemment, par de la blépharite ulcéreuse. Il s'ensuit, que ces cas sont d'ordinaire considérés comme de vieilles blépharites, et la brièveté des paupières passe inaperçue, ou est regardée comme une suite de la blépharite. Dans celle-ci, il existe, par suite de la suppuration des glandes de Zeiss, de petites pertes de la peau, avec formation consécutive de cicatrices. Cependant, les cicatrices sont trop peu importantes pour expliquer ce raccourcissement considérable des paupières. Il faut donc l'attribuer à une cause congénitale, quand il n'est pas possible de lui en trouver d'autres. — Cet état est incurable. On parvient à en diminuer les inconvénients en appliquant sur les yeux, pendant la nuit, de la pommade au précipité blanc, étendue sur une compresse de toile. De cette façon, on réussit à arrêter la blépharite concomitante. — Il ne m'est arrivé de rencontrer que peu de cas où la brièveté congénitale des paupières fût telle, que la cornée en souffrit au point de rendre une opération (tarsorrhaphie) nécessaire.

V. — MALADIES DES MUSCLES PALPÉBRAUX

1° Orbiculaire

§ 114. a) SPASME DE L'ORBICULAIRE (BLÉPHAROSPASME) (1). — Il se manifeste par le resserrement des paupières. Il constitue tantôt un symptôme concomitant d'une autre affection des yeux — blépharospasme symptomatique, tantôt une entité morbide propre — blépharospasme essentiel.

Le *blépharospasme symptomatique* accompagne tous les états irritatifs de l'œil et se rencontre par conséquent lorsqu'il y a un corps étranger dans le sac conjonctival, dans le trichiasis et dans les inflammations les plus diverses des yeux, etc. Le degré du blépharospasme n'est pas du tout en rapport direct avec la gravité de la maladie de l'œil lui-même. Ce serait donc une erreur de prendre le degré du spasme comme mesure de l'intensité et de la durée de l'affection originaire. Mais il rend souvent très difficile l'examen de l'œil. Le blépharospasme est d'ordinaire le plus violent et le plus rebelle dans la conjonctivite lymphatique. Outre qu'il réagit défavorablement sur l'affection oculaire, il provoque souvent de l'œdème, du blépharophimos, de l'ectropion ou de l'entropion spasmodique. — Pour guérir le blépharospasme symptomatique, il suffit de faire disparaître l'affection principale (v. page 405).

Le *blépharospasme essentiel* se distingue du blépharospasme symptomatique en ce qu'il atteint des yeux d'ailleurs parfaitement normaux. Chez des personnes jeunes, surtout des femmes, cette affection se manifeste par l'occlusion spontanée des yeux qui restent fermés comme pendant le sommeil. Cet état se distingue de la ptosis parce que, si l'on tente d'ouvrir l'œil passivement en soulevant la paupière supérieure, l'orbiculaire résiste en se contractant énergiquement (*blépharospasme hystérique*). — Chez les personnes d'un certain âge, le blépharospasme se manifeste sous forme d'un spasme clonique, c'est-à-dire d'un clignotement constant (nictatio) (2), ou bien sous forme d'un spasme tonique qui fait que l'œil reste énergiquement fermé pendant longtemps (*blépharospasme sénile*). — Le blépharospasme essentiel est excessivement pénible pour le patient, à tel point que, dans les cas graves, il entraîne à peu près les mêmes conséquences qu'une cécité effective, puisque le malade ne peut pas se servir de l'œil

(1) *εναρμὸς* de *εναῶν*, je traifle.(2) *Nictare*, cligner.