

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) *εναρπός* de *εναός*, je traille.(2) *Nictare*, cligner.

fermé. — Le blépharospasme hystérique disparaît spontanément avec le temps, tandis que le blépharospasme sénile résiste longtemps au traitement et reste le plus souvent incurable.

b) PARALYSIE DE L'ORBICULAIRE. — Quand il s'agit d'une paralysie récente, on ne remarque rien à l'œil ouvert; mais dès qu'on fait fermer l'œil on voit que l'occlusion est imparfaite parce que la paupière inférieure ne se relève pas comme à l'état normal. Cette particularité est surtout frappante à la moitié interne de la paupière. Par suite de l'occlusion incomplète des paupières, il se produit du larmolement qui, dans les cas légers, est souvent le seul inconvénient dont le malade se plaint. Quand la paralysie dure depuis longtemps, il se déclare d'autres altérations. D'abord la paupière inférieure s'écarte du globe oculaire et devient de plus en plus lâche et pendante — ectropion paralytique. Ensuite la cornée, étant à découvert pendant le sommeil, est exposée à se dessécher dans sa partie inférieure, et elle devient le siège d'une kératite par lagophtalmos.

La paralysie de l'orbiculaire dépend d'une affection du nerf facial qui innerve ce muscle. Les lésions du nerf facial peuvent être centrales ou périphériques. Dans le premier cas, la lésion se trouve sur le trajet des fibres nerveuses depuis l'écorce jusqu'au noyau du facial; dans le second cas, en un point du tronc nerveux lui-même. Les paralysies centrales du facial intéressent principalement la branche buccale, et alors l'orbiculaire reste ordinairement normal. Par conséquent, quand ce muscle est paralysé, on a généralement affaire à une lésion périphérique du facial. Le plus fréquemment il s'agit de ce qu'on appelle une paralysie rhumatismale. En outre, la paralysie peut dépendre d'un traumatisme (surtout d'une opération dans la région parotidienne), d'une otite interne, d'une tumeur ou de la syphilis. Les paralysies rhumatismales comportent le meilleur pronostic; néanmoins, pour en obtenir la guérison, plusieurs mois de traitement sont nécessaires. Le traitement doit avant tout tendre à faire disparaître la cause de la paralysie. Le traitement symptomatique consiste principalement dans l'application du courant électrique (tant constant qu'induit). Aussi longtemps que les paupières ne se ferment pas exactement, il faut opérer l'occlusion de la fente palpébrale (voir *lagophtalmos*) au moyen d'un bandeau, pour prévenir le développement d'un ectropion ou d'une kératite. Dans les cas de paralysie très prononcée, le bandeau doit être porté constamment; dans les cas légers, il suffit de l'appliquer seulement pendant la nuit. Si la paralysie semble incurable, alors, pour rendre l'occlusion palpébrale possible, la tarsorrhaphie est indiquée.

2° Releveur de la paupière supérieure

La *paralysie* du releveur de la paupière supérieure se manifeste par la chute de la paupière supérieure — *ptosis* (1). On rencontre la ptosis à tous les degrés de développement, depuis le simple abaissement à peine perceptible jusqu'à la chute complète de la paupière supérieure au point qu'elle pend flasque et sans rides et cache entièrement le globe oculaire. Dans les degrés très élevés de ptosis, dans lesquels la paupière descend jusque devant la pupille, la vue est gênée, quand le patient ne relève pas la paupière avec les doigts ou quand il ne parvient pas, par la contraction du muscle frontal, à la remonter suffisamment. Par la contraction de ce muscle, le front se ride, ce qui a pour résultat d'en raccourcir la peau, en même temps que d'attirer en haut les sourcils et le milieu de la paupière supérieure. Mais le relèvement de la paupière par ces moyens est insuffisant, et le patient doit encore renverser la tête en arrière, afin qu'en regardant devant lui il puisse diriger les yeux en bas et ramener ainsi la pupille dans la fente palpébrale située trop bas. Les rides sur le front et l'habitude de tenir la tête renversée en arrière sont deux symptômes caractéristiques des personnes atteintes d'une ptosis bilatérale.

La ptosis peut être aussi bien acquise que congénitale. La ptosis *acquise* dépend d'une paralysie de la branche de l'oculo-moteur qui innerve le releveur de la paupière supérieure. On l'observe donc souvent en même temps que des paralysies d'autres muscles animés par l'oculo-moteur. Les cas de ptosis simple, sans autres signes de paralysie de la troisième paire, dépendent souvent d'une affection nerveuse centrale.

La ptosis *congénitale* ne résulte pas d'une paralysie du nerf, mais d'un développement defectueux ou d'une absence complète du releveur de la paupière supérieure, par suite d'une anomalie de développement. A l'inverse de la ptosis acquise, laquelle n'atteint le plus souvent qu'un œil, la ptosis congénitale est en général bilatérale. Ce défaut se propage souvent par hérédité à travers plusieurs générations.

En ce qui concerne le *traitement*, dans la ptosis acquise, on doit chercher la cause de la paralysie, et tâcher de la faire disparaître par les moyens appropriés. Mais lorsqu'on a affaire à une ptosis invétérée ou à une ptosis congénitale, on ne peut les améliorer que par voie opératoire (voir plus loin, § 473).

Blépharospasme essentiel. — Dans le blépharospasme *hystérique*, les yeux du patient se ferment tout à coup spontanément, le plus souvent sans cause connue.

(1) πίπτειν, tomber.

Au bout de quelques heures, de quelques jours ou même de quelques mois, les yeux peuvent soudainement s'ouvrir de nouveau. Des atteintes semblables peuvent plusieurs fois se répéter, et la durée peut en être très variable. Le spasme hystérique atteint presque toujours les deux yeux : une seule fois j'ai vu un blépharospasme hystérique unilatéral. En même temps que le blépharospasme, on observe encore d'autres symptômes hystériques. Chez une fillette qui souffrait d'un pareil blépharospasme et que j'avais traitée en vain par différents remèdes, je suis parvenu enfin à la guérir en instillant une seule fois de la cocaïne ; mais quelques minutes après que la fillette eut ouvert les yeux, ses deux membres inférieurs se paralysèrent et la paralysie dura pendant plusieurs jours.

Quand on examine des malades qui souffrent de blépharospasme hystérique, on réussit souvent à trouver des points que l'on appelle points de compression, c'est-à-dire des points du corps sur lesquels on n'a qu'à presser pour faire ouvrir les yeux comme par un coup de baguette magique (*v. Graefse*). Dans le plus grand nombre des cas, les points de compression se trouvent dans le domaine du trijumeau, par exemple, aux points d'émergence des nerfs sus-orbitaire ou sous-orbitaire, au niveau du bord orbitaire supérieur ou inférieur. Cependant souvent ces points se trouvent plus difficilement lorsque, par exemple, ils sont situés dans les fosses nasales, la cavité buccale (dans la carie des dents), ou dans la gorge. D'autre fois, les points de compression ne se trouvent pas dans le domaine des branches du trijumeau. C'est ainsi qu'il se rencontre des cas où, en exerçant une pression sur les cartilages costaux ou sur les vertèbres, ou bien sur l'un ou l'autre point du bras, de la jambe, etc., on est parvenu à faire disparaître le blépharospasme. Souvent c'est le patient lui-même qui appelle l'attention du médecin sur les points de compression, dont il a déjà utilisé la connaissance pour se procurer du soulagement. Les cas les plus fréquents sont ceux où le patient fait disparaître le blépharospasme en opérant une pression sur le front, aux points qui correspondent aux branches du nerf sus-orbitaire. Ainsi, les jeunes gens portent un chapeau à bord raide, qu'ils serrent fortement sur le front ; les jeunes filles s'appliquent sur la tête un fort bandeau, etc. Mais, dès que la pression cesse, par exemple si l'on ôte le chapeau, les yeux se ferment de nouveau. — Dans un grand nombre de cas, on réussit à faire disparaître momentanément le blépharospasme, en distrayant l'attention du patient.

Le blépharospasme sénile n'est souvent qu'un symptôme partiel d'un spasme général de la face (tic convulsif). Des deux formes de spasmes séniles, la forme clonique est la moins incommode pour le malade, puisque la vue n'est que légèrement gênée par le clignotement constant. Dans le blépharospasme tonique, les yeux se ferment brusquement et restent spasmodiquement clos pendant quelques minutes. Quand ces malades gagnent un accès au moment où ils se trouvent dans une foule, ou qu'ils traversent une rue encombrée etc., ils sont exposés à des accidents. — Dans le blépharospasme sénile aussi, on rencontre souvent des points qui ont de l'influence sur le spasme.

De même que le clignotement palpébral normal est un mouvement réflexe, provoqué par l'excitation des extrémités du trijumeau au niveau de la surface du bulbe oculaire, ainsi le blépharospasme, dans le plus grand nombre des cas, est de

nature réflexe. Le fait est indubitable pour le blépharospasme symptomatique où l'on voit clairement que les bouts terminaux du trijumeau sont irrités par un corps étranger, une inflammation de l'œil, etc. Mais également pour la majorité des cas de blépharospasme essentiel, l'on doit admettre une action réflexe par la voie du trijumeau. En faveur de cette opinion plaide le fait, que la pression exercée sur les branches du trijumeau arrête souvent le blépharospasme, et que, en outre, les points de compression sont souvent sensibles à la pression. Il s'ensuit que le traitement sera suivi de succès, surtout dans les cas où l'on réussira à trouver des points de compression, car alors on est à même d'attaquer directement le point d'origine de l'arc réflexe. Le traitement consiste à appliquer le courant galvanique sur les points de compression, ou à y faire des injections hypodermiques de morphine. Chez une jeune fille, chez laquelle le blépharospasme cessait en comprimant le crâne, il a suffi d'appliquer sur cet endroit un onguent indifférent (pommade à la véraltrine) pour faire disparaître le mal. Quand on ne trouve pas de points de compression, il faut s'assurer si la surface de la cornée elle-même n'est pas la source de la contraction réflexe. Dans ce but on cherche à la rendre insensible au moyen de la cocaïne ou bien on applique le courant constant sur les paupières fermées. De plus, on administre les remèdes employés contre les névroses en général. Dans un cas de blépharospasme sénile, contre lequel tout avait échoué, j'ai réussi à obtenir la guérison par des applications répétées de moxas derrière les oreilles. Dans les cas les plus rebelles on a recours soit à l'élongation, soit à la résection de la branche du trijumeau, d'où part la contraction réflexe. On a aussi très souvent pratiqué l'élongation du tronc du nerf facial sans qu'en général cette opération ait donné des résultats bien satisfaisants. Ce n'est que dans le blépharospasme sénile qu'on appliquera des moyens aussi héroïques, vu que le blépharospasme hystérique, avec le temps, disparaît toujours spontanément.

Fréquemment on voit des parents qui amènent leur enfant âgé de 8-15 ans, chez le médecin, pour le consulter au sujet d'un clignotement continu. Ce défaut s'est développé à l'occasion d'une légère conjonctivite, mais il a persisté pour son compte, après la disparition de l'inflammation. Il s'agit le plus souvent d'enfants anémiques ou nerveux. Cette affection — que les parents appellent souvent une mauvaise habitude — disparaît d'ordinaire spontanément après un certain temps.

Très souvent, chez des personnes dont les yeux sont tout à fait normaux, on observe des contractions spasmodiques de quelques faisceaux isolés de l'orbiculaire, contractions dont le patient se rend compte lui-même. C'est un phénomène auquel il ne faut attacher aucune importance.

Ptosis. — La ptosis congénitale se rencontre fréquemment accompagnée d'autres anomalies congénitales. A celles-ci appartiennent l'épicanthus (§ 417) et l'impossibilité de regarder en haut, due à un développement défectueux ou même à l'absence du droit supérieur (*Steinheim*). Il existe une espèce de ptosis qui, sans cause connue, se manifeste chez les femmes à l'âge moyen. Elle est toujours double et se développe si lentement, que ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'années qu'elle est susceptible de gêner la vue d'une manière notable. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une paralysie du nerf, mais d'une atrophie primitive du muscle.

Le nom de ptosis s'emploie encore incorrectement pour désigner des états avec lesquels l'affection du releveur de la paupière supérieure n'a aucun rapport. Ainsi en est-il par exemple quand la paupière supérieure est pendante, parce que son poids a augmenté sous l'influence d'un épaissement dû au trachome, d'un néoplasme, etc. De même, ce qu'on appelle la *ptosis adipeuse* (*Sichel*) n'est pas à proprement parler une ptosis. Elle consiste en ce que le repli de la paupière supérieure est d'une longueur démesurée, de façon qu'il descend jusqu'au-delà du bord libre de la paupière, au-devant de la fente palpébrale. Autrefois on admettait que ce développement dépendait d'une accumulation exagérée de graisse dans le repli de la paupière, et c'est pour ce motif qu'on lui avait donné le nom de *ptosis adipeuse*. Mais la cause véritable consiste en ce que les fibres du fascia, qui relient la peau au tendon du releveur (fig. 92 f) et le bord supérieur du tarse, ne présentent pas assez de résistance. Il s'ensuit que la peau n'est pas entraînée comme il convient, quand la paupière se relève, mais qu'elle pend comme une bourse flasque (*Hotz*). — En dehors de la difformité, la ptosis adipeuse n'engendre pas d'autres inconvénients. On peut d'ailleurs la faire disparaître en enlevant l'excédent de peau. On peut également employer le procédé de Hotz, qui est plus compliqué, mais préférable ; il consiste à fixer la peau au bord supérieur du tarse pour l'empêcher d'être pendante (voir plus loin, § 168).

Le releveur à fibres lisses, ou le *muscle palpébral supérieur* (*Müller*), peut être paralysé aussi bien que spasmodiquement contracté. C'est de la paralysie de ce muscle que dépend la ptosis légère qui constitue un des symptômes de la paralysie du grand sympathique (voir page 340). Un spasme de ce muscle, qui se trahit par le relèvement de la paupière supérieure et l'élargissement de la fente palpébrale, peut être produit artificiellement par l'instillation de cocaïne. D'après quelques auteurs, le relèvement plus notable de la paupière supérieure dans la maladie de Basedow dépend aussi d'un spasme du muscle de Müller.

VI. — BLESSURES DES PAUPIÈRES

§ 115. Les traumatismes de toute sorte des paupières, tels que des simples contusions, des plaies par instruments tranchants, par rupture, par déchirure, par brûlure, par corrosion, etc., sont très fréquents. Comme particularité de ces traumatismes, on doit faire observer que, par suite de la grande extensibilité de la peau palpébrale et son union lâche au tissu sous-jacent, les suffusions sanguines, aussi bien que l'œdème, sont d'ordinaire beaucoup plus considérables à l'occasion des blessures des paupières que de celles des autres parties du corps. Il ne faut donc pas s'effrayer à la vue d'une forte tuméfaction ou de la couleur bleu noirâtre des paupières, car ces phénomènes s'observent bien souvent à l'occasion d'une contusion relativement légère. Ce ne sera donc qu'après un examen

attentif qu'on établira le diagnostic et le pronostic. A cette fin, on portera son attention sur les trois points suivants : y a-t-il des solutions de continuité de la peau palpébrale ? les os sous-jacents sont-ils blessés ? la blessure intéresse-elle le globe oculaire ?

Les *solutions de continuité* de la peau palpébrale présentent un aspect différent suivant leur direction. Celles dont la direction est horizontale, c'est-à-dire parallèle à la direction des fibres de l'orbiculaire, ne présentent pas d'entre-bâillement, et les lèvres de la plaie s'adaptent souvent spontanément. Par contre, si la blessure ou la rupture divise transversalement les fibres de l'orbiculaire, la plaie montre un entre-bâillement considérable, à cause de la rétraction des faisceaux musculaires coupés. Il s'ensuit que les cicatrices des blessures horizontales de la peau palpébrale sont à peine visibles, tandis que celles qui proviennent d'une blessure verticale sont apparentes et difformes. C'est pour ce motif que, pour les opérations aux paupières, on a établi la règle qu'autant que possible il faut pratiquer les incisions suivant la direction des fibres de l'orbiculaire. Mais les blessures les plus mauvaises sont celles qui divisent la paupière verticalement dans toute son épaisseur. Lorsque dans ce cas la plaie ne se ferme pas par première intention, il reste sur le bord palpébral soit une encoche, soit même une forte perte de substance triangulaire (colobome traumatique de la paupière). Ce défaut a pour résultat d'empêcher l'occlusion parfaite des paupières, de façon qu'à côté de la difformité, la blessure a encore pour conséquence de faire naître un larmolement continu.

On s'assure s'il y a fracture des os sous-jacents en palpant à l'aide du doigt le rebord orbitaire situé sous la paupière tuméfiée. S'il y a fracture, elle se constate par des inégalités et par une sensibilité spéciale sur un point où l'on sent souvent une crépitation manifeste. Un signe certain qu'il y a fracture des os, c'est l'*emphysème* de la paupière. Ce phénomène consiste en ce que de l'air a pénétré dans le tissu cellulaire sous-cutané des paupières. Alors celles-ci présentent au doigt une sensation de mollesse spéciale, semblable à celle que donne un coussin de plumes ; en même temps l'on sent la crépitation produite par le déplacement de l'air sous la pression du doigt. L'air vient des cavités voisines de l'orbite : des fosses nasales, des cavités ethmoïdales, du sinus frontal et de l'antra d'Highmore. La présence de l'air dans le tissu sous-cutané des paupières indique l'existence d'une communication anormale avec ces cavités, communication qui ne peut s'établir que par une fracture des os. L'emphysème augmente quand le patient fait des efforts en se mouchant ou en toussant, tous actes qui compriment l'air dans les fosses nasales et dans les cavités voisines, et qui le chassent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La gravité des plaies des paupières résulte de ce que leur mutilation