

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-t-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

menace les fonctions de l'œil lui-même. En effet, à la suite d'un raccourcissement cicatriciel ou d'un colobome des paupières, il peut se développer un lagophtalmos et, comme conséquence, une inflammation de la cornée.

Le traitement des blessures des paupières s'établit suivant les règles générales de la chirurgie. Dans les simples suffusions sanguines, on applique des compresses froides d'eau blanche. Dans l'emphysème des paupières, l'air emprisonné dans le tissu disparaît d'ordinaire sans autres conséquences. Pour en activer la résorption, on applique un bandeau compressif. En même temps, le patient évitera de faire des efforts, de se moucher, etc., pour ne pas pousser de nouvelles masses d'air dans le tissu. Les plaies fraîches, dont les bords ne sont pas trop déchiquetés, seront promptement suturées. Sur les blessures dont les lèvres sont trop contuses, etc., on applique un pansement antiseptique en attendant que les parties de peau nécrosées soient éliminées. Il faut en agir de même dans les brûlures et dans les corrosions. Après l'élimination des parties cutanées mortifiées, on se trouve en présence d'une surface dénudée, couverte de bourgeons qui se cicatrisent et amènent ainsi un raccourcissement des paupières. Pour l'empêcher, on procède absolument comme dans le cas de destruction de la peau par inflammation (voir page 521).

D'ordinaire les suffusions sanguines se terminent brusquement au niveau du rebord orbitaire, parce que la peau y est fixée par du tissu conjonctif résistant qui empêche le sang de fuser plus loin. Par contre, il n'est pas rare que le sang fuse sous la peau du dos du nez jusqu'au côté opposé. Alors on trouve aussi de la suffusion dans les paupières de l'autre œil. Mais, comme la peau est épaisse sur le dos du nez, le sang ne se voit souvent pas et l'on ne se rend pas compte de la continuité qui existe entre la suffusion de l'un et de l'autre œil. Alors on pourrait être facilement induit en erreur et croire que les deux yeux ont été blessés. Cependant, dans beaucoup de cas, cette erreur est impossible quand, par exemple, à la suite de l'énucléation d'un œil, l'ecchymose se montre de l'autre côté.

Une semblable suffusion de sang s'observe encore dans les fractures de la base du crâne. Le sang, venant de l'endroit fracturé, fuse le long du plancher de l'orbite et se montre sous la peau. Alors, quelque temps après l'accident, le sang forme une ecchymose au niveau de la partie inférieure de la conjonctive bulbaire, ainsi que de la paupière inférieure tout près du bord orbitaire, et principalement dans la région de l'angle interne de l'œil. C'est là un symptôme très important pour le diagnostic de la fracture de la base du crâne, quoiqu'il ne se montre pas toujours.

Comme dans la conjonctive, on observe quelquefois dans les paupières des ecchymoses spontanées provoquées par des efforts violents, une forte toux, etc.

Les extravasations sanguines des paupières, au lieu de disparaître par résorption, peuvent devenir purulentes et donner lieu à un abcès de la paupière. Cette terminaison est notamment à craindre quand il existe en même temps dans la

peau de la paupière une solution de continuité par où les germes infectieux peuvent pénétrer dans le tissu palpébral.

VII. — TUMEURS DES PAUPIÈRES

§ 116. a) TUMEURS BÉNIGNES. — Le *xanthélasma* (1) est une tumeur aplatie, d'un jaune de soufre sale qui ne s'élève que légèrement au-dessus du niveau de la peau. On le rencontre le plus fréquemment sur les paupières supérieure et inférieure, dans le voisinage de l'angle interne de l'œil. Souvent on observe ces tumeurs symétriquement de chaque côté, semblables aux taches jaunes qui se trouvent au-dessus des yeux des chiens bassets. On rencontre des xanthélasmas chez les personnes d'un certain âge, notamment chez les femmes. Le développement en est très lent et ne comporte pas d'autres inconvénients que ceux qui résultent de la difformité. C'est aussi pour ce seul motif qu'on les fait quelquefois disparaître par une opération.

Le *molluscum contagiosum* est une petite tumeur arrondie, dont la surface légèrement aplatie porte au centre une dépression ombiliquée. Quand on comprime cette tumeur, il s'en échappe une substance ressemblant à du sébum. Le *molluscum contagiosum* est infectieux. — Le *molluscum simplex* (fibroma molluscum) est une tumeur cutanée, attachée à la paupière par un pédicule et suspendue à la peau comme une bourse. — Enfin on observe sur les paupières des verrues et des cornes cutanées.

Parmi les kystes que l'on rencontre dans les paupières, mentionnons le milium, les kystes athéromateux et dermoïdes. Ces derniers, qui peuvent acquérir un grand développement, seront décrits avec plus de détails à propos des affections de l'orbite (§ 135). Sur les bords des paupières on observe fréquemment de petits kystes à contenu limpide comme de l'eau, et se développant aux dépens des glandes sudoripares des bords palpébraux (les glandes de Moll).

Les tumeurs vasculaires (angiomes) s'observent aux paupières sous les deux formes de tumeurs érectiles artérielles et angiomes veineux. Les premières se présentent sous forme de taches d'un rouge clair, ayant leur siège dans la peau palpébrale elle-même. Par contre, les dernières siègent sous la peau de la paupière qu'elles soulèvent et derrière laquelle elles paraissent de teinte bleuâtre. Elles sont formées par un paquet de gros vaisseaux tortueux qu'on peut sentir et comprimer sous la peau. Les ar-

(1) Δα χροιάς, jaune et πλακίον, plaque. On dit aussi Xanthome.

tères qui aboutissent à la tumeur sont dilatées. Les tumeurs vasculaires sont le plus souvent congénitales, mais elles grandissent plus tard, de façon à acquérir, quelquefois, un tel développement qu'elles cachent une grande partie de la face et s'étendent aussi en arrière sur la conjonctive et dans le tissu orbitaire. Pour ce motif, il faut les faire disparaître le plus tôt possible. Quand on opère ces tumeurs, il faut surtout s'attacher à respecter autant que possible la peau palpébrale, sinon la paupière se raccourcirait, ce qui aurait pour résultat le développement d'un ectropion et d'un lagophtalmos. C'est pour ce motif que le procédé le plus simple, l'excision de la tumeur, ne doit d'ordinaire pas être conseillée, parce que cette opération sacrifie trop de peau. En outre, l'hémorragie abondante, dont elle est accompagnée, compromet quelquefois la vie des petits enfants, dont il s'agit d'ordinaire dans ces cas. Quant aux petites téléangiectasies, on les détruit par la cautérisation au moyen de l'acide nitrique fumant, ou bien par le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Dans les téléangiectasies de grand volume, il suffit de détruire un certain nombre de points. Ceux-ci en se cicatrisant oblitérent les vaisseaux intacts, situés entre les points cautérisés. Dans les tumeurs veineuses, j'ai vu l'électrolyse produire les meilleurs effets. Les deux pôles d'une batterie à courant constant sont armés d'aiguilles dont on plonge les pointes dans deux points différents de la tumeur, et l'on fait passer le courant. Par suite de la décomposition des humeurs des tissus par le courant électrique, le sang se coagule dans les vaisseaux sanguins qui s'oblitérent. Pour faire disparaître entièrement la tumeur, plusieurs séances sont toujours nécessaires.

b) TUMEURS MALIGNES. — Les *carcinomes* qui s'observent à la paupière sont, en général, des épithéliomes qui prennent leur origine dans la peau de la paupière (notamment du bord). Plus tard, ils envahissent le globe oculaire et pénètrent dans les profondeurs de l'orbite. Les *sarcomes* se développent aux dépens du tissu connectif de la paupière, surtout dans le tarse, et ils sont souvent pigmentés (mélanosarcomes). Dans les tumeurs malignes, on trouve les glandes lymphatiques voisines gonflées, d'abord les glandes préauriculaires, plus tard les sous-maxillaires et celles du cou. On enlève ces tumeurs suivant les règles connues. Lorsque, en extirpant la tumeur, on a dû sacrifier une si grande partie de la paupière, que l'œil reste à découvert, il faut terminer l'opération en remplaçant la peau de la paupière perdue par la blépharoplastie. Lorsque les tumeurs sont très développées, il est souvent nécessaire d'enucléer le globe, et même de pratiquer l'exentération de l'orbite.

Les cancroïdes aplatis, que l'on observe assez souvent sur les paupières, méritent une mention spéciale. Ce sont des tumeurs peu élevées, à fond bosselé,

et à bords durs et irréguliers. L'infiltration des bords de l'ulcère est le seul signe caractéristique de l'affection, car de tumeur proprement dite il n'y en a pas. C'est pour cette raison que ceux qui n'en ont pas l'expérience se trompent facilement sur la véritable nature du mal, qui n'est autre chose qu'un carcinome épithélial. L'ulcère s'étend d'un côté, tandis que, du côté opposé, il se cicatrise, c'est pourquoi on lui a donné le nom d'*ulcère rongeur*. Cependant, l'extension s'opère avec une lenteur extraordinaire, de façon que de tels ulcères existent souvent depuis de longues années avant qu'ils n'aient acquis une certaine étendue. Par suite de la complication de la structure anatomique des paupières, composées de tissus de tant d'espèces différentes, il n'est pas étonnant qu'on y observe, à l'occasion, les tumeurs les plus diverses. Comme tumeurs rares des paupières on a rencontré des fibromes, des enchondromes, des lipomes, des lymphangiomes caverneux, des névrosfibromes plexiformes, des adénomes des glandes sébacées, des glandes de Meibomius, des glandes de Krause, des glandes sudoripares et des glandes de Moll, enfin des carcinomes glandulaires.

VIII. — ANOMALIES CONGÉNITALES DES PAUPIÈRES

§ 117. — Sous le nom de *colobome* de la paupière, on désigne une encoche de cet organe, laquelle affecte à peu près la forme d'un triangle dont la base est tournée vers le bord palpébral et dont le sommet regarde le rebord orbitaire. On rencontre aussi bien le colobome congénital que le colobome acquis par suite d'un traumatisme. Le colobome acquis est, en général, rare et s'observe plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Quelquefois on le rencontre accompagné d'un dermoïde de la cornée (voir page 129).

On appelle *épicanthus* un repli cutané qui s'avance de chaque côté du dos du nez devant l'angle interne de l'œil, de façon à le recouvrir en partie. Dans la race mongole, on observe régulièrement un certain degré d'épicanthus, ce qui produit l'aspect caractéristique de la fente palpébrale propre à ces hommes. Dans la race caucasique, on observe assez souvent, chez les enfants, un léger degré d'épicanthus, mais il disparaît plus tard quand le dos du nez devient plus saillant. Les degrés d'épicanthus plus prononcés, qui persistent pendant toute la vie, doivent être considérés chez nous comme des difformités et sont quelquefois accompagnés d'autres défauts congénitaux (par exemple, ptosis). Le repli cutané, qui constitue l'épicanthus s'efface, quand, au moyen des doigts, on plisse la peau sur le dos du nez, de façon à la raccourcir dans le sens horizontal. C'est sur cette observation que repose l'opération d'*Am non* contre l'épicanthus. En effet, elle consiste dans l'excision, sur le dos du nez, d'un lambeau de peau de forme

elliptique. On peut aussi exciser le repli cutané saillant lui-même (*Art.*).

Parmi les autres anomalies congénitales des paupières, il faut encore mentionner : la ptosis, le distichiasis, la brièveté anormale des paupières et, comme degré extrême de ce défaut, l'absence complète des paupières (ablépharie). En outre, le symblépharon, l'ankyloblépharon, enfin le recouvrement complet des paupières par la peau qui, à leur place, s'étend uniformément sur l'ouverture orbitaire (cryptophtalmus, *Zehender*). Enfin les kystes de la paupière inférieure dans le microphthalmos.

CHAPITRE XIII

MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

§ 118. L'appareil lacrymal est constitué par la glande lacrymale et les voies lacrymales.

La *glande lacrymale* est une glande acineuse, comprenant deux parties. La plus grande partie, appelée glande lacrymale supérieure ou orbitaire, est logée dans l'angle supéro-externe de l'orbite, dans une niche de la paroi osseuse orbitaire nommée fosse de la glande lacrymale. Les canaux excréteurs de la glande lacrymale supérieure se dirigent en bas pour aboutir à la moitié externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive.

La seconde partie de la glande lacrymale, la glande lacrymale inférieure ou palpébrale, est beaucoup plus petite et n'est formée que de quelques lobules. C'est pourquoi on la désigne encore sous le nom de glande lacrymale accessoire. Ces lobules sont situés le long des canaux excréteurs de la glande supérieure immédiatement sous la muqueuse du cul-de-sac.

Quand on renverse la paupière supérieure et que l'œil se dirige en bas, on voit souvent tout près de l'angle externe de l'œil la conjonctive faire saillie sous forme d'une masse molle qui est précisément la glande lacrymale accessoire.

L'origine des *voies lacrymales* est représentée par les points lacrymaux. Ceux-ci se trouvent sur le bord libre des paupières supérieure et inférieure (points lacrymaux supérieur et inférieur), non loin de l'extrémité interne de la paupière à l'endroit où le tarse se termine (fig. 93, p). Ils siègent sur de petites élevures, les papilles lacrymales, et constituent les embouchures des canalicules lacrymaux. Ceux-ci, sur un court trajet, se dirigent d'abord perpendiculairement dans la profondeur des tissus, soit en haut pour la paupière supérieure, et en bas pour la paupière inférieure. Alors ils s'infléchissent à angle droit et se dirigent directement vers le sac lacrymal. Dans ce trajet, ils passent d'abord derrière la caron-