

A la partie interne le soulèvement peut être dû à une ectasie du sinus frontal.

Les traumatismes de la région orbitaire sont parfois accompagnés de névralgies tenaces lorsque le nerf sus-orbitaire a été intéressé ; ils donnent quelquefois lieu soit à l'amblyopie, soit à l'amaurose hystéro-traumatique.

II. PAUPIÈRES. — Elles présentent à l'observation soit des malformations, des tumeurs, des inflammations, soit des troubles de la motilité.

1° *Les malformations* sont congénitales ou acquises : coloboma, destruction plus ou moins étendue, adhérences des paupières entre elles (ankyloblépharon) ou avec la conjonctive (symblépharon), cicatrices vicieuses, trichiasis (cils déviés vers la cornée), ectropion (renversement en dehors du bord de la paupière) ou entropion (renversement en dedans), toutes affections dont le diagnostic est facile. On se basera, au point de vue militaire, sur l'étendue de l'affection, la gêne qu'elle apporte à l'exercice de la vision pour prononcer l'exemption ou la réforme ; le trichiasis congénital avec pannus de la cornée entraîne l'exemption.

2° *Les tumeurs* offrent de nombreuses variétés : angiomes, nævi, papillomes, verrues, molluscum, xanthelasma (de préférence à l'angle interne), épithélioma (sur le bord libre), névromes plexiformes, kystes, etc. ; la plupart sont curables. Elles n'entraînent l'exemption ou la réforme que si elles sont volumineuses ou de mauvaise nature.

Une petite tumeur, fréquente, est le *chalazion*, nodule produit par une altération spéciale d'une glande de Meibomius et qui se développe soit vers la conjonctive, soit vers la peau des paupières. C'est une affection des plus bénignes.

3° *Blépharites*. L'inflammation du bord libre des paupières ou blépharite varie de la simple rougeur avec desquamation furfuracée à la base des cils, à la déformation du bord des paupières et à l'infiltration chronique de la conjonctive voisine avec formation d'exulcérations, de croûtes eczémateuses et perte des cils ; on a observé quelques cas de blépharite par phtiriase. Certaines hyperémies du bord libre des paupières ne sont dues qu'à des anomalies méconnues de la réfraction.

La blépharite chronique rebelle peut être une cause de réforme temporaire.

L'*orgelet*, inflammation des glandes sébacées ciliaires et de Meibomius, véritable petit furoncle, siège au bord libre des paupières ou à son voisinage.

A citer, pour mémoire, le chancre syphilitique, la tarsite syphilitique secondaire dont les conséquences peuvent être graves au point de vue de la déformation des paupières, le phlegmon et l'érysipèle des paupières, la pustule maligne, l'inoculation vaccinale accidentelle, le zona, etc., etc.

L'*œdème inflammatoire* est presque toujours unilatéral et on en cherchera la cause sur la paupière même ou dans les diverses inflammations de l'orbite et de l'œil.

Quant à l'œdème non inflammatoire, il est bilatéral, parfois dû à une tropho-névrose de cause encore inconnue, mais le plus souvent observé dans les néphrites, dont il est un des premiers signes, dans les maladies du cœur, etc.

A côté de l'œdème, se range l'angiomégalie ou exubérance de la peau des paupières avec dilatation lymphatique, affection des plus rares.

4° *Troubles de la motilité*. Ils ont pour résultat soit l'occlusion de la fente palpébrale, soit l'ouverture permanente de cette fente.

Pour explorer les mouvements des muscles élévateurs, on fait fixer, sur la ligne médiane, la main à laquelle on imprime des mouvements d'élévation et d'abaissement et on remarque si les deux paupières fonctionnent normalement ; on explore ensuite les deux yeux isolément.

a). *Occlusion et rétrécissement de la fente palpébrale*. On doit rechercher si elle est due à la contracture du muscle orbiculaire ou à la paralysie de l'élévateur.

L'occlusion par contracture constitue le *blépharospasme* qui s'observe dans nombre d'affections inflammatoires de l'œil ainsi que dans l'hystérie ; elle guérit bien. Elle se distingue de l'occlusion paralytique en ce qu'elle entraîne l'abaissement du sourcil, le plissement des paupières, le recouvrement de leurs bords par les cils et l'élévation de la paupière inférieure, et une certaine résistance au relèvement provoqué de la paupière supérieure. Le blépharospasme invétéré est une cause d'exemption et de réforme.

L'occlusion par paralysie du releveur de la paupière supérieure est appelée *ptosis*. Le ptosis congénital, toujours incomplet, s'accompagne

habituellement de troubles de la motilité du globe (ophtalmoplégie congénitale) ; s'il est bilatéral, le sujet marche en relevant la tête et en la rejetant en arrière. Le ptosis acquis peut exister seul, mais il est le plus souvent lié à la paralysie de la 3<sup>e</sup> paire.

S'il est congénital, il entraîne l'exemption ; s'il est acquis, très accentué et incurable, la réforme.

Dans la paralysie du sympathique cervical, on observe un léger ptosis par paralysie du muscle de Muller et un léger rétrécissement de la fente palpébrale.

b) *Défaut d'occlusion de la fente palpébrale* (lagophtalmos). Il peut être produit soit par la contracture du releveur de la paupière supérieure (alors passager), soit, plus fréquemment, par la paralysie de l'orbiculaire consécutive à une lésion du facial d'origine périphérique. Dans ce dernier cas, il peut entraîner l'exemption ou la réforme s'il est accentué et incurable.

L'excitation du sympathique détermine un élargissement moyen de la fente palpébrale avec une légère saillie du globe de l'œil et l'accroissement de la sécrétion des larmes.

5<sup>o</sup> *Traumatismes des paupières*. Les contusions, plaies diverses, brûlures, sont d'un diagnostic simple et la conclusion à donner se déduira de leur gravité. Dans les fractures de la base du crâne, on peut observer une ecchymose des paupières et de la conjonctive se produisant quelque temps après l'accident.

## § 2. — Orbite et globe de l'œil.

I. ORBITE. — Les processus morbides développés dans la cavité orbitaire ou y pénétrant par voisinage se traduisent par une déformation de la région oculaire extérieure et le plus souvent par de l'exophtalmie et le déplacement du globe de l'œil.

1<sup>o</sup> *Les inflammations de la cavité orbitaire* se présentent avec des caractères sur lesquels il est impossible de se méprendre : chémosis, œil immobilisé, saillant, à pupille dilatée, allure phlegmoneuse, etc. Elles peuvent avoir pour conséquence l'atrophie du nerf optique et parfois la mort. On ne les confondra pas avec la ténonite et avec la péri-cystite lacrymale ; cette dernière se localise à l'angle interne de l'œil et n'occasionne ni la protrusion, ni l'immobilisation du globe, ni un chémosis accentué.

La *ténonite*, observée surtout dans la grippe, le rhumatisme articu-

laire, les fièvres éruptives, s'accompagne de douleurs peu vives, d'une protrusion modérée de l'œil, et d'un chémosis plutôt vasculaire ; affection curable.

La *périostite orbitaire*, syphilitique ou tuberculeuse, se développe de préférence sur la paroi externe et peut refouler l'œil en dedans. Les ostéites chroniques, avec déformations prononcées, adhérences étendues et gênantes, nécessitent l'exemption et la réforme.

2<sup>o</sup> *Les tumeurs* (kystes, sarcomes, angiomes, syphilomes, exostoses, etc.) qu'elles proviennent de la paroi osseuse, des tissus de l'orbite ou de la gaine du nerf optique, ont pour caractère d'entraîner l'exophtalmie et un déplacement de l'œil, le plus souvent vers la tempe. L'encéphalocèle, la méningocèle, s'observent à l'angle supéro-interne de l'orbite qui est aussi le siège de prédilection des kystes dermoïdes huileux ; on observe également des kystes congénitaux en avant et au-dessous du sac lacrymal.

Ces tumeurs entraînent l'exemption ou la réforme si elles sont progressives ou malignes.

3<sup>o</sup> *L'exophtalmie* non inflammatoire se rencontre également dans l'anévrysme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux (exophtalmos pulsatile), dans les hématomes du tissu cellulaire de l'orbite, dans l'emphysème venant des fosses nasales ou du sinus frontal, dans la maladie de Basedow (et alors bilatéral, mais parfois plus prononcé d'un côté).

La solution militaire à intervenir sera basée sur la pathogénie. L'exophtalmie prononcée avec affaiblissement de la vue entraîne l'exemption et la réforme.

4<sup>o</sup> *Enfin l'énophtalmie* (ou retrait du globe de l'œil) est due à l'atrophie du coussinet cellulo-graisseux rétro-oculaire.

II. GLOBE DE L'ŒIL. — Une simple inspection permet de reconnaître les anomalies congénitales et les vices de conformation (microphthalmie, mégalo-phthalmie, albinisme, etc.), la forme du globe dans la myopie et l'hypermétropie, ses altérations diverses.

On se comportera d'après l'aspect de la difformité et l'état de la vision.

Nous étudierons, au chapitre XIII, les mouvements du globe oculaire et les désordres de l'appareil moteur.

La panophtalmite ou phlegmon de l'œil est d'un diagnostic facile : injection bulbaire, chémosis, dureté de l'œil, trouble de la cornée et

de la chambre antérieure, participation du tissu cellulaire de l'orbite, etc. Elle a toujours pour conséquence la perte de l'organe.

*Traumatismes de l'orbite et du globe oculaire.* Ces traumatismes, d'un diagnostic généralement simple, peuvent se limiter à la cavité orbitaire, mais le plus souvent ils intéressent le globe de l'œil : contusions avec épanchement sanguin dans la chambre antérieure, déchirure de l'iris, ruptures ou plaies diverses pénétrantes du globe, séjour de corps étrangers, etc. ; des corps effilés peuvent, sans produire de plaie, pénétrer profondément dans l'orbite en refoulant les tissus et occasionner des lésions irrémédiables du nerf optique. Ce sont des lésions dont les conséquences aboutissent souvent à l'inaptitude au service militaire.

Les parois de l'orbite peuvent présenter des fractures directes ou indirectes. Les fractures indirectes, propagées presque toujours de la base du crâne, déterminent fréquemment, lorsqu'elles intéressent les parois du canal optique, l'atrophie du nerf ; si l'atrophie est bilatérale, la fracture a traversé la selle turcique ; la paralysie d'un ou de plusieurs muscles oculaires indique une lésion de la fente sphénoïdale.

### § 3. — Appareil lacrymal.

Les affections de l'appareil lacrymal portent soit sur l'appareil sécréteur ou glande lacrymale, soit sur les voies d'excrétion des larmes.

I. MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE. — L'inflammation aiguë ou chronique (dacryoadénite), le dacryops, sorte de kyste par rétention, se manifestent par une tuméfaction, avec phénomènes aigus suivant le cas, de la moitié externe de la paupière supérieure et qui fait aussi un peu saillie du côté du cul-de-sac conjonctival. Dans les oreillons, les glandes lacrymales sont parfois tuméfiées.

Les tumeurs de la glande lacrymale motivent le classement dans le service auxiliaire, mais peuvent, si elles sont graves et très gênantes, justifier l'exemption et la réforme.

II. MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION. — Le larmolement ou épiphora est un signe à peu près constant d'une obstruction complète ou partielle des voies lacrymales et s'accompagne alors de la sécheresse de la narine correspondante. Les affections des voies lacrymales sont une cause assez fréquente des inflammations de la conjonctive et de la cornée, surtout chez les enfants.

On l'observe aussi, en dehors de toute altération de l'appareil excréteur, dans les conjonctivites, kératites, corps étrangers de la conjonctive ou de la cornée, et, comme phénomène réflexe, dans les excitations de certaines branches du trijumeau.

En ce qui concerne les voies lacrymales, la cause du larmolement peut siéger soit sur les points et canalicules lacrymaux, soit dans le sac lacrymal et le canal nasal.

Du côté des points lacrymaux, les causes les plus fréquentes sont l'éversion, l'oblitération ou le rétrécissement ; le diagnostic en est facile à la simple inspection, car c'est le point inférieur qui est toujours en cause ; la caroncule occasionne parfois le larmolement en attirant le point lacrymal.

L'oblitération des canalicules lacrymaux, qui existe souvent, pour l'inférieur, à son abouchement dans le sac, se reconnaît à l'impossibilité de faire passer une injection jusque dans le sac, au reflux du liquide ; cette exploration ne peut se pratiquer au conseil de révision.

L'inflammation aiguë ou chronique du sac lacrymal ou dacryocystite se complique presque toujours d'oblitération du canal nasal, et constitue la cause la plus commune du larmolement.

La *dacryocystite aiguë*, qui est plutôt une péricystite, se développe en général sur une inflammation chronique, et se marque par un phlegmon limité à l'angle interne de l'œil et d'allure érysipélateuse ; elle est quelquefois confondue avec l'érysipèle, et même avec un furoncle de la région ; la douleur à la pression sur le sac est un élément essentiel du diagnostic.

La *dacryocystite chronique*, presque toujours compliquée de dilatation du sac, se reconnaît facilement en pressant sur l'angle interne de l'œil avec l'index enfoncé profondément sous le tendon de l'orbiculaire : on voit alors la sécrétion muco-purulente refluer par les points lacrymaux.

L'ouverture externe d'une dacryocystite donne lieu à la *fistule lacrymale*, que l'on ne confondra pas avec une fistule résultant d'une affection syphilitique de l'unguis ou de l'ouverture d'une suppuration des cellules ethmoïdales.

Le canal nasal est presque toujours rétréci ou oblitéré dans les dacryocystites. L'obstruction de ce canal se reconnaît à l'impossibilité d'y faire passer une sonde ou de faire parvenir une injection dans la fosse nasale.

Les lésions de la caroncule lacrymale sont très rares (encanthis, tumeurs, corps étrangers).

Les lésions traumatiques des voies lacrymales inférieures ont comme conséquence fréquente un larmolement d'une cure difficile.

L'épiphora chronique et prononcé, la dacryocystite chronique et suppurée, la fistule lacrymale motivent le classement dans le service auxiliaire. Les mêmes affections, dans certaines conditions de gravité et de gêne fonctionnelle, peuvent justifier l'exemption et, au besoin, la réforme.

#### § 4. — Conjonctive.

La conjonctive doit être explorée avec le plus grand soin ; il faut, par l'examen de la disposition que présente sa rougeur, reconnaître si celle-ci est due à une irritation ou à une inflammation de la muqueuse elle-même ou bien à une inflammation de la cornée ou de l'irido-choroïde.

Pour explorer la conjonctive, on commence d'abord par écarter doucement les paupières, la supérieure en plaçant la pulpe du pouce d'une main transversalement et immédiatement au-dessus des cils, et en exerçant une traction en haut sans presser sur le globe, l'inférieure en l'abaissant par traction avec le pouce ou l'index de l'autre main. On invite alors le sujet à regarder dans divers sens. On peut ainsi explorer toute la conjonctive bulbaire ; l'emploi des écarteurs sera exceptionnel.

L'exploration de la conjonctive tarsienne et des culs-de-sac nécessite l'éversion de la paupière inférieure et le retournement de la paupière supérieure. L'éversion de la paupière inférieure s'obtient par une simple traction exercée avec l'index en même temps qu'on invite le sujet à regarder en haut. Pour retourner la paupière supérieure, on invite le malade à regarder en bas et l'on saisit le bord ou les cils de la paupière entre le pouce et l'index de la main droite ou gauche, suivant l'œil, puis on attire légèrement en bas le bord saisi et on le renverse par bascule soit sur une petite tige arrondie (stylet, etc.) qu'on applique sur la base du tarse, soit sur la pulpe de l'index de l'autre main appliquée de la même manière. Pour apercevoir le cul-de-sac supérieur, on saisit ensuite sans brutalité cette paupière ainsi retournée entre les deux mors d'une pince ou même du pouce et de l'index, et on l'enroule, le sujet regardant fortement en bas.

On peut encore réussir en enroulant la paupière autour d'un stylet ou d'une petite baguette appliquée au-dessus du bord supérieur du tarse. S'il existe un ulcère de la cornée, on agira avec les plus grandes précautions pour éviter la perforation.

*Aspect normal de la conjonctive.* La conjonctive est pâle, rouge jaunâtre, lisse ; sur la muqueuse tarsienne, on voit les glandes de Meibomius comme de fines stries perpendiculaires au bord libre. Dans les culs-de-sac et les plis de passage, la muqueuse est plus rouge, plus riche en vaisseaux. La conjonctive bulbaire, mince, laisse voir l'aspect blanc, tendineux, de la sclérotique.

*Rougeur conjonctivale.* Dans les maladies de la conjonctive, l'injection occupe les vaisseaux superficiels, assez volumineux, qui glissent avec la muqueuse sur la sclérotique ; la muqueuse palpébrale est d'un rouge vif ou brique, parfois ecchymotique, et la rougeur, surtout marquée dans les culs-de-sac, s'arrête à une petite distance du limbe scléro-cornéen, du moins quand l'affection est récente et d'une intensité moyenne.

Dans les inflammations de la cornée, de l'iris, du corps ciliaire, l'injection est surtout accentuée au pourtour du limbe scléro-cornéen, qu'elle entoure d'une zone hortensia, violette, diffuse, constituée par de fins vaisseaux profonds qui ne se laissent pas déplacer par glissement de la conjonctive : c'est la rougeur ciliaire ou périkeratique.

Ces deux sortes d'injection conjonctivale peuvent exister simultanément dans les kérato-conjonctivites, et, aussi, dans les conjonctivites très aiguës.

I. DES CONJONCTIVITES. — L'examen de la rougeur conjonctivale ayant permis de diagnostiquer une inflammation de cette membrane, on se basera, pour en reconnaître la nature, sur les caractères spéciaux et sur la localisation de la rougeur, sur la nature des sécrétions, sur l'aspect de la muqueuse, sur les conditions de milieu et sur l'état général du sujet. Dans les services hospitaliers, l'examen bactériologique permettra un diagnostic plus précis.

Nous diviserons les conjonctivites en : 1° Conjonctivites généralisées ; 2° Conjonctivites avec follicules et granulations ; 3° Conjonctivites avec exsudats ; 4° Conjonctivites localisées ; 5° Conjonctivites sèches.

A. **Conjonctivites généralisées.** — Elles sont aiguës ou chroniques.

1° *La simple hyperhémie*, forme catarrhale légère, surtout marquée dans le cul-de-sac inférieur, s'accompagne de larmolement et parfois de sécrétion muqueuse agglutinant légèrement les paupières. D'origine soit irritative ou mécanique, soit réflexe, on l'observe dans les anomalies de la réfraction, la présence de corps étrangers de la cornée, la grippe, la rougeole, la rubéole, certaines affections des fosses nasales, le coryza, l'ingestion d'iodure de potassium, etc.

2° *La conjonctivite catarrhale*, terme générique, englobe certaines conjonctivites microbiennes dont le diagnostic différentiel ne peut guère s'établir que par l'examen bactériologique (C. bénignes à pneumocoques, à streptocoques, etc.)

Dans la forme aiguë, il y a hyperhémie et rougeur diffuses ou en réseau, sécrétion agglutinant les bords des paupières, surtout le matin, souvent de la photophobie et une sensation de cuisson, parfois des exulcérations sur le limbe scléro-cornéen. On l'observe dans la grippe, les catarrhes bronchiques aigus, les exanthèmes, certaines affections des fosses nasales, dans l'obstruction des voies lacrymales.

Dans la forme chronique, la rougeur est surtout localisée sur le cul-de-sac inférieur où, à la longue, la muqueuse revêt parfois un aspect velouté, comme papillomateux. Elle est souvent entretenue par une infection venant des voies lacrymales.

Une variété intéressante est *la conjonctivite diplobacillaire de Morax*, à allure subaiguë, qui se reconnaît à sa localisation plus marquée sur la conjonctive palpébrale et en particulier sur la commissure interne et la caroncule ; les deux yeux se prennent l'un après l'autre.

Ces conjonctivites sont en général bénignes, car elles ne se compliquent que rarement de lésions cornéennes.

3° *La conjonctivite catarrhale contagieuse épidémique*, due au bacille de Weeks, est intense, parfois avec extravasats sanguins sous-conjonctivaux ; les lésions cornéennes sont assez fréquentes. Elle s'observe surtout au printemps et a pour caractère l'épidémicité. Rationnellement traitée elle guérit bien.

4° *La conjonctivite blennorragique* par contagion revêt au début le caractère d'une inflammation catarrhale vive, mais avec sécrétion purulente, œdème des paupières, chémosis rapide, etc. ; pronostic à réserver. Dans toute conjonctivite aiguë de cause incertaine penser à la blennorragie.

B. **Conjonctivites avec formation de follicules saillants et de granula-**

tions. On tiendra compte, pour le diagnostic différentiel, de la forme des saillies conjonctivales, et de la marche de l'affection.

1° *Le catarrhe printanier*, affection tenace, qui cesse l'hiver pour reparaitre pendant l'été, se caractérise par une teinte jaunâtre de la conjonctive dans l'ouverture palpébrale et par la présence sur le tarse, et en particulier sur le tarse supérieur et son pli de passage, de petites saillies polypoïdes, gélatineuses, mélangées de végétations aplaties en pavage.

2° *La conjonctivite folliculaire*, à forme chronique presque toujours, est souvent confondue avec la conjonctivite granuleuse. Cependant les saillies folliculaires qu'elle présente, plates, rosées, translucides, en séries linéaires, occupent surtout le cul-de-sac inférieur.

Les deux affections précédentes, très rebelles, entraîneront souvent l'ajournement, l'exemption ou la réforme.

3° *La conjonctivite granuleuse ou trachome*, éminemment contagieuse, grave, est importante à reconnaître, car elle doit empêcher l'entrée du sujet dans l'armée ou en entraîner l'exclusion immédiate, temporaire ou définitive suivant sa gravité.

Elle présente une forme aiguë et une forme chronique et atteint presque toujours les deux yeux à bref intervalle.

La forme aiguë rappelle celle de la blennorragie avec infiltration et œdème des paupières, œdème dur de la conjonctive qui est rouge, rugueuse, recouverte de proliférations papillaires rougeâtres avec sécrétion purulente abondante.

La forme chronique, qui succède à la précédente ou s'établit d'emblée insidieusement, se caractérise par des granulations jaunâtres ou rougeâtres, en lignes serrées, sur la conjonctive tarsienne et en particulier sur le cul-de-sac de la paupière supérieure. Entre les granulations, la muqueuse est épaissie et a de la tendance à se scléroser. La sécrétion est nulle ou rare.

Les conséquences de cette affection sont 1° le *pannus*, sorte de membrane vasculaire qui envahit progressivement la cornée de haut en bas ; 2° la sclérose de la conjonctive qui se transforme en tissu cicatriciel ; 3° des déformations telles que l'entropion, le trichiasis, etc.

4° *La conjonctivite infectieuse ou animale* de Parinaud est toujours unilatérale avec végétations confluentes, rosées, surtout dans les culs-de-sac, en particulier le supérieur, et s'accompagne d'engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires et de fièvre ; elle guérit bien.

C. **Conjonctivites à fausses membranes.** Les fausses membranes s'ob-