

ninges. Dans la poche herniée, analogue à celle du spina bifida, pourra se trouver ou bien seulement du liquide céphalo-rachidien, *méningocèle*, ou encore de la substance nerveuse (encéphalocèle) baignant dans le même liquide en nappe plus ou moins épaisse. Ces deux variétés du contenu de la tumeur dépendent de la différence de pression entre le liquide circonferenciel et le liquide intra-ventriculaire et de l'obstacle que des adhérences ou des productions formatives de la pie-mère peuvent mettre à la libre communication du liquide céphalo-rachidien à la périphérie des circonvolutions et à l'intérieur des cavités encéphaliques.

Quoi qu'il en soit, c'est à peu près toujours sur la ligne médiane, au niveau du point normal de coalescence des lames crâniennes que s'observe l'encéphalocèle suivant une ligne étendue de l'extrémité antérieure de la suture coronale jusqu'au rachis par conséquent. On en a signalé des cas au niveau du grand angle de l'œil; leur développement ne saurait en ce cas être en rapport qu'avec un vice de conformation dû au défaut de soudure de la première paire des arcs branchiaux et à leur réunion incomplète avec la base des vertèbres crâniennes. Le plus habituellement ces tumeurs existent au niveau de la tente du cervelet. Au-dessus de cette tente elles peuvent contenir de la substance cérébrale appartenant aux lobes postérieurs; au-dessous elles contiennent des lames cérébelleuses; mais, dans les deux cas, les éléments nerveux sont tellement aplatis ou détruits qu'il est impossible de reconnaître dans cette pulpe ce qui était fibres d'avec ce qui était cellules nerveuses.

Tantôt unique et lisse, la tumeur est d'autres fois bilobée et il peut même se faire qu'il en existe deux symétriques très rapprochées l'une de l'autre sur les deux côtés de la ligne médiane.

Les parois membraneuses primordiales du crâne s'ossifient tout à l'entour du trou crânien par où passe le pédicule de la tumeur. Cet orifice est arrondi ou ovalaire, induré, lisse ou présentant des stalactites osseuses qui le rendent rugueux.

Très fluctuante, réductible quand elle est simplement liquide, la tumeur donne une sensation pâteuse et est à peu près irréductible lorsqu'elle contient de la masse encéphalique. Elle augmente de volume sous l'influence des cris et des efforts, alors surtout qu'elle ne contient que du liquide, dans ce dernier cas on n'en perçoit pas les battements isochrones au pouls dont est animé l'encéphale, battements très nettement perceptibles, au contraire, quand le cerveau ou le cervelet sont en partie contenus dans la poche herniée.

Les téguments plus ou moins distendus, suivant le volume de l'encéphalocèle, peuvent être lisses, dépourvus de poils, comme dans les kystes sébacés, non adhérents sur la tumeur, ou bien ils sont rougeâtres, amincis, adhérents, éraillés.

La pression exercée sur la tumeur peut, lorsque celle-ci contient des

éléments cérébraux ou cérébelleux, déterminer des accidents qui ne se produiront pas quand elle ne renferme que du liquide céphalo-rachidien.

Le pourtour osseux de l'ouverture crânienne gêne la circulation en retour des méninges qui forment la paroi de la poche herniée; aussi signale-t-on toujours des varicosités à la surface de cette tumeur.

Tantôt la poche herniée reste stationnaire et permet au malade d'atteindre l'âge adulte, mais comme dans l'hydrécéphalie, bien qu'à un moindre degré d'ordinaire, les circonvolutions étant dépliées et aplaties au niveau de la région herniée surtout, l'intelligence en souffre et un certain degré d'idiotie en est la conséquence.

D'autres fois la tumeur se rompt par suite de l'ulcération des téguments et une méningite s'ensuit avec ses conséquences fatales.

Lorsque la tumeur congénitale est volumineuse, qu'elle siège sur les points indiqués plus haut, elle ne saurait prêter à confusion. Lorsqu'au contraire elle est petite, pulsatile, variqueuse, on peut facilement la confondre avec des tumeurs vasculaires.

Il peut se faire, de même que dans les tumeurs hydrorachidiennes, que le pédicule se rétrécisse de plus en plus, que l'ossification se fasse à son pourtour et qu'enfin il y ait séparation plus ou moins complète entre la poche liquide herniée et la cavité crânienne. On ne pourra alors qu'à l'aide des commémoratifs savoir si l'on a affaire à une encéphalocèle ou à un kyste séreux.

Traitement. — A moins de cas exceptionnels, de circonstances tout à fait spéciales, le chirurgien fera mieux de s'abstenir. Il est du reste bien difficile de savoir toujours si la tumeur contient ou non des parties de l'encéphale. Mieux vaut donc se borner à maintenir la tumeur réduite ou à la protéger, si elle est irréductible, par des pelotes concaves, des bandages appropriés.

Si au contraire on se décidait pour l'opération, la ligature élastique serait encore de tous les procédés celui qui me paraît offrir le moins de dangers. L'injection, la ponction avec compression, l'excision, ont peu réussi jusqu'à présent.

ART. III. — LÉSIONS CHIRURGICALES DE L'ORBITE ET DE SES DÉPENDANCES.

1° LÉSIONS DU SOURCIL.

A. Lésions traumatiques. — Les lésions du sourcil par instruments piquants ou tranchants n'ont, lorsqu'elles sont simples et sans complication de lésions osseuses, aucune gravité. Il en est de même des contusions et des plaies contuses, et cependant nous devons faire remarquer que lorsque la partie inférieure du sourcil est comprise

entre la force vulnérante et le rebord orbitaire, il peut advenir que la peau cède suivant une ligne droite non mâchurée et ressemble à une section par instrument tranchant. La mobilité des téguments sur une lame connective sous-jacente lâche permet aux épanchements sanguins de s'étendre de proche en proche et d'infiltrer les paupières.

La section de l'artère sus-orbitaire a pu dans certains cas déterminer des hémorragies plus ou moins rebelles, il n'est cependant pas difficile de comprimer ce vaisseau ou d'en lier les deux bouts dans la plaie.

Les lésions veineuses seraient plus graves, on a signalé des cas de phlébite étendue jusqu'au sinus caverneux et ayant entraîné la mort du malade à la suite du furoncle du sourcil. Mais le furoncle devait alors être de nature infectieuse et toutes les précautions antiseptiques ne devaient pas avoir été rigoureusement prises.

La section du nerf sous-orbitaire a dans certains cas été l'origine apparente de lésions oculaires graves. Nous savons encore bien peu de choses sur ces accidents que nous signalerons et que nous discuterons plus loin, nous nous bornons donc à les indiquer ici.

Traitement. — Les plaies du sourcil doivent être réunies et suturées. Jadis on recommandait de laisser une issue facile au pus qui pouvait, en raison de la laxité des tissus sous-cutanés, s'infiltrer dans les paupières. Aujourd'hui bien soignées par les méthodes antiseptiques, ces plaies doivent guérir sans suppuration.

B. *Lésions formatives.* — On rencontre dans le sourcil des *kystes sébacés*, qui ne sont que des hypertrophies des glandes sébacées, appendices des poils. Lorsque la calcification envahit ces produits épithéliaux stéatosés, le kyste devient pierreux.

Une variété de kystes plus intéressante est connue sous le nom de *kystes dermoïdes*. Ils existent le plus habituellement au niveau de la queue du sourcil, on en a signalé cependant près du sac lacrymal et de la tête du sourcil par conséquent, et plus près de la ligne médiane encore. Ces tumeurs varient depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une petite pomme. Quoiqu'il en soit, leur développement est toujours dû à une inclusion de feuillet externe au niveau de la soudure du premier arc branchial. La peau ainsi invaginée continue son évolution normale et le kyste contient, outre des débris épidermiques, des poils et leurs annexes. La poche fibreuse est formée par le tissu connectif normal; par-dessus le kyste qui se pédiculise de plus en plus, les téguments et les fibres musculaires qui s'y insèrent par une de leurs extrémités jettent un pont, le pédicule disparaît et le kyste reste isolé.

Les téguments n'adhèrent pas et sont mobiles sur cette tumeur arrondie, d'une consistance analogue à celle des loupes, elle est congénitale et n'augmente pas de volume, sauf momentanément, dit-on, vers l'âge de sept à huit ans.

Traitement. — Tous les kystes du sourcil ne sauraient être traités

que par l'extirpation totale, avec enlèvement, dissection ou arrachement de la poche kystique; tous les révulsifs, les fondants, etc., quelle qu'en soit la nature, ne peuvent avoir le moindre succès. La poche doit être enlevée au grand complet, tout lambeau du sac laissé dans la poche serait cause de fistule persistante.

2° LÉSIONS DES PAUPIÈRES.

A. — *Lésions traumatiques.*

Les plaies par instruments piquants ne présentent guère d'intérêt; il n'en est pas de même de celles faites par instruments tranchants. Les fibres de l'orbiculaire tendent en effet par leur élasticité et leur contractilité à s'éloigner après leur section et toujours alors les bords de la plaie produite s'écartent angulairement. Mais la présence des cartilages tarse, squelette des voiles palpébraux, s'oppose à leur section et il faut un certain degré de violence pour arriver à les traverser et à sectionner en même temps les paupières. Aussi les plaies par instruments tranchants, abstraction faite des plaies chirurgicales, sont-elles presque toujours des plaies contuses. Lorsque ces blessures sont plus ou moins parallèles à la direction des fibres de l'orbiculaire, elles n'ont évidemment plus la même tendance à l'écartement.

Les points lacrymaux et leurs petits canaux sont compris dans l'épaisseur de la partie interne des paupières; si donc une plaie vient à porter à leur niveau, il est à craindre que ces parties palpébrales de l'appareil lacrymal ne soient atteintes et qu'alors les larmes, ne pouvant plus suivre leur trajet régulier, ne se répandent sur la joue d'une manière constante (voir Lésions de l'appareil lacrymal).

Quand, à la suite d'une blessure et surtout d'une brûlure de la paupière inférieure, une cicatrice vicieuse s'est formée, la rétraction du tissu inodulaire fait basculer en avant et en bas le bord supérieur du cartilage tarse inférieur et le point lacrymal dévié ne permet plus le passage des larmes; il en résulte des accidents analogues à ceux que nous venons de signaler.

Lorsque la blessure même horizontale de la paupière supérieure a compris le tendon élargi du releveur de cette paupière, on s'explique que le malade ne saurait relever ce voile oculaire et qu'il en résulte une chute de la paupière supérieure.

Les contusions et plaies contuses des paupières déterminent, en raison de la grande vascularisation de celles-ci et de la laxité extrême de leur tissu connectif, des ecchymoses bien connues qui diffusent dans le tissu sous-conjonctival. Ces ecchymoses s'accompagnent d'un grand gonflement des paupières et leur apparition est rapide. Nous avons dit en parlant des fractures de la base du crâne que l'extravasation considérable

du sang qui se produit par la déchirure des vaisseaux et même des sinus pouvait fuser le long des veines ophthalmiques, gagner ainsi le globe oculaire et déterminer des ecchymoses sous-conjonctivales et palpébrales qui, il ne faut pas l'oublier, sont tardives en raison du mécanisme de leur production, tandis que celles dues à la contusion des paupières sont presque immédiates.

Toute plaie contuse des paupières peut donner lieu à des cicatrices vicieuses et déterminer un ectropion par renversement de la paupière en dehors.

Les anastomoses des veines palpébrales avec les veines ophthalmiques peuvent, dans les cas d'érysipèle ou de phlegmon des paupières, permettre à la phlébite de s'étendre par cette voie jusqu'au sinus caverneux et par celui-ci à tous les autres sinus crâniens; la mort est la conséquence fatale de ce grave accident que jadis redoutaient les chirurgiens, mais qui, aujourd'hui, a singulièrement perdu de son importance, grâce aux pansements antiseptiques.

Traitement. — Les plaies par instruments piquants, les contusions, ne réclament qu'un simple pansement légèrement compressif avec occlusion des paupières.

Quand il s'agit de plaies par instruments tranchants ou de plaies contuses, on fera des sutures immédiates en s'efforçant de maintenir la régularité des paupières pour éviter l'ectropion et pour combattre la possibilité de l'épiphora.

C'est surtout dans les cas de brûlores que le chirurgien devra veiller à la régularité de la cicatrisation et lutter contre les rétractions cicatricielles. Aussi recommande-t-on à juste titre en pareil cas l'occlusion complète par suture des paupières jusqu'à la parfaite et complète cicatrisation, et encore faut-il dire que souvent on n'arrive pas, même par ce moyen, à empêcher la rétraction consécutive de la cicatrice.

B. — *Lésions nutritives.*

1° *Blépharite ciliaire.* — Les substances irritantes gazeuses ou poussiéreuses portées sur le bord libre des paupières peuvent en déterminer l'inflammation tout comme l'exposition prolongée à une lumière trop intense. Ces accidents ne sont que passagers quand ils affectent un individu dont la nutrition est parfaite; lorsqu'il s'agit au contraire de sujets à constitution lymphatique chez lesquels les phénomènes de réparation sont incomplets, la blépharite ciliaire devient chronique. Il en est de même chez les sujets chez lesquels l'absence des ablutions de la face entretient une malpropreté constante des paupières (juifs allemands et polonais).

J'avoue ne pas m'expliquer l'influence que l'on a voulu attribuer à l'hypermétropie dans la production de la blépharite ciliaire; comme

aussi je crois que l'épaississement et la dureté rigide des cils, loin d'être une cause de la blépharite ciliaire, en sont un effet.

Toujours en ces cas le bord ciliaire et surtout sa partie externe devient rouge, cuisante, phénomènes qui s'aggravent par l'exposition à la grandelumière. Puis l'irritation s'étend aux glandes sébacées ciliaires d'abord, aux glandes de Meibomius ensuite dont l'hypersécrétion puriforme durcit à l'air et forme des croûtes à la racine des cils. L'inflammation continuant ainsi que la sécrétion puriforme, on voit bientôt au-dessous des croûtes de petites pustules qui se crèvent et laissent voir à leur base de petites ulcérations qui peuvent gagner en profondeur. Les bulbes des cils étranglés, écrasés entre ces glandes hypertrophiées, s'atrophient et les cils tombent. Si l'affection n'est pas soignée, si le sujet est en mauvais état de nutrition, la muqueuse du rebord ciliaire, chroniquement enflammée, s'épaissit, se sclérose, s'indure; le tissu connectif de la paupière inférieure participe à ces lésions, un véritable tissu inodulaire s'y forme, la rétracte et peut entraîner le renversement du rebord ciliaire en dehors, un ectropion par conséquent, avec toutes ses complications ultérieures.

Cette succession dans l'évolution de la blépharite fait comprendre comment on a cru devoir diviser l'affection en blépharite simple et en blépharite ulcéreuse, bien que ce ne soient là que deux périodes de la même affection.

Traitement. — L'indication première est évidemment de soustraire le malade à toutes les causes irritantes, et de réagir contre le vice nutritif général qui a permis à l'affection de se développer chroniquement.

Pour combattre la blépharite quand elle existe déjà, il importe d'éviter la propagation de l'inflammation aux glandes de Meibomius, aux glandes sébacées ciliaires et par suite aux bulbes pileux. Les applications de compresses trempées dans une infusion quelconque très chaude (la camomille a surtout été préconisée) donnent d'excellents résultats à condition qu'elles soient très fréquemment renouvelées. On enduira le bord palpébral d'une couche de pommade au précipité blanc, le précipité rouge ayant l'inconvénient d'être irritant.

Quand existent des ulcérations, il importe de les mettre à découvert en faisant tomber les croûtes qui les recouvrent; il en est de même lorsqu'au lieu d'ulcérations l'on trouve au-dessous des croûtes des pustules non encore ulcérées, il importe d'en hâter la cicatrisation par des cautérisations légères, au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre et mieux encore au galvano-cautère (pour tous les détails je renvoie aux traités d'ophtalmologie).

2° *Phlegmon et érysipèle des paupières.* — A la suite de plaies mal soignées des paupières il peut s'y produire un érysipèle, comme encore cet accident peut n'être que la conséquence de l'extension d'un érysipèle né sur une autre région.

Dans les deux cas il y a gonflement excessif des paupières et souvent production d'un petit phlegmon qu'il importe d'ouvrir avec toutes les précautions antiseptiques possibles, par crainte d'une phlébite capable de s'étendre au sinus par la veine ophthalmique. Il en est au reste de même dans les cas rares de furoncle, etc., des paupières.

3° *Orgeolet aigu et chronique* (chalazion). — L'orgeolet est une petite pustule d'acné, un petit furoncle développé sur le bord libre des paupières; son point d'origine se trouve dans les glandes sébacées ciliaires ou dans les glandes de Meibomius; ces deux variétés d'organes glandulaires ne diffèrent du reste que parce que dans les dernières un certain nombre de glandes sébacées sont groupées le long d'un canal excréteur unique. Quoi qu'il en soit, toujours l'orgeolet débute par une petite tumeur enflammée, dure, rougeâtre sur le bord libre des paupières, puis comme tous les acnés elle s'acumine, s'ouvre par un point blanc et laisse échapper un bourbillon. L'œdème palpébral est dans certains cas assez considérable.

La nature de l'orgeolet, tout comme celle des furoncles en général, semble être microbienne, en effet ses récurrences fréquentes, sa multiplicité plaident en faveur de cette manière de voir. Les bulbes des cils comprimés, étranglés entre ces glandes hypertrophiées par l'inflammation tombent souvent, ce qui détermine une infirmité gênante, car le rebord palpébral n'étant plus protégé par les cils est d'autant plus exposé à toutes les causes irritantes.

Lorsque le petit kyste sébacé formé par l'orgeolet resté à un état tel que la suppuration ne s'y établit pas ou lorsque encore le tissu connectif circumglandulaire s'est hypertrophié et induré, il se forme une petite tumeur dure, résistante, variant du volume d'une lentille à celui d'un gros pois. Cette tumeur, *chalazion*, adhère au cartilage tarse, son siège est beaucoup plus souvent à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure, à l'inverse de ce qui se passe pour l'orgeolet aigu. Cette tumeur s'enflamme quelquefois et suppure; mais comme cette terminaison est assez rare, il faut l'enlever, non pas qu'elle puisse déterminer des accidents, mais parce qu'elle est gênante pour le malade et qu'elle peut jusqu'à un certain point gêner la vision.

Traitement. — L'orgeolet aigu est justiciable des simples émoullients: compresses imbibées d'infusions chaudes ou cataplasmes; quelquefois il est bon, en raison de l'œdème considérable de la paupière ou des douleurs vives que provoque ce petit furoncle, d'en hâter l'évacuation en le perçant à son sommet.

Pour le chalazion, nous venons déjà de dire qu'il importait de l'extirper, soit en allant de la peau vers la tumeur, soit en l'attaquant par la conjonctive. Les procédés ne sont pas ici de notre domaine, on les trouvera dans tous les traités de médecine opératoire et mieux dans les traités d'ophtalmologie.

4° *Millet ou comédon.* — Lorsque sur les paupières les glandes sébacées annexées aux poils follets qui les recouvrent sont distendues par une sécrétion exagérée, il en résulte, comme partout, sur la face surtout, de petites tumeurs blanches qui atteignent tout au plus le volume d'un grain de chènevis ou de millet et qui sont absolument indolores. Ces petites masses peuvent être comprimées sans douleurs; après les avoir percées il s'en échappe de la matière sébacée. Ce n'est certes pas là une affection chirurgicale sérieuse, il nous suffit de l'indiquer.

C. — *Lésions nutritives d'origine névritique.*

Ces lésions sont de deux ordres, suivant qu'elles portent sur les filets nerveux moteurs et sensitifs ou sur les filets trophiques.

1° La compression ou la destruction de la branche de l'oculo-moteur commun qui innerve le releveur de la paupière supérieure en détermine la *paralyse*; ce voile membraneux tombe sur le globe oculaire dont il recouvre la partie supérieure sans que le malade puisse le relever. Cette lésion nerveuse entraîne donc la même infirmité que si le tendon ou le ventre musculaire étaient sectionnés. Quelle qu'en soit la cause, cette chute de la paupière supérieure a reçu le nom de *ptosis*. Il semble presque inutile de faire remarquer que toutes les causes, capables de déterminer le gonflement œdémateux ou l'épaississement des tissus palpébraux, en empêchent le fonctionnement régulier et entraînent le *ptosis*. Mais ici nous ne nous occuperons que de la chute paralytique de la paupière supérieure.

Traitement. — L'indication évidente est de rétablir la possibilité du relèvement de la paupière. Pour y arriver, on s'est adressé d'abord au nerf lui-même et dans les cas où l'altération était névritique, sans section ou déchirure manifeste, l'électrisation a donné de bons résultats. On eut l'idée d'agir contre la chute de la paupière par la section de l'orbiculaire; cette méthode est mauvaise, car à la paralysie du releveur on ajoute celle de son antagoniste et le globe oculaire reste à découvert sans clignotement ou fermeture possible; les lésions conjonctivales et cornéennes s'ensuivent presque toujours.

Enfin le releveur étant paralysé, de Græfe songea à remplacer son action par celle du muscle frontal au moyen d'adhérences provoquées entre le tissu connectif fronto-orbitaire et celui qui double la paupière. Les résultats semblent avoir été satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, on comprend qu'avant tout il faut se rendre compte de la cause à laquelle est due la paralysie. S'il s'agit d'une tumeur quelconque, syphilitique souvent, qui comprime le nerf ou le muscle, c'est à elle qu'il faut s'adresser; s'il s'agit d'une lésion névritique ou musculaire, c'est sur les filets nerveux ou les fibres contractiles qu'il faudra agir.

2° *Blépharospasme*. — Toute irritation directe portée sur le facial peut déterminer la contracture de l'orbiculaire des paupières, il en est de même de l'irritation des rameaux du trijumeau qui, réagissant par voie réflexe sur les filets moteurs, produisent cette contracture. Les noyaux supérieurs d'origine du facial sont, en effet, disposés de telle sorte que la trainée cellulaire d'origine de la cinquième paire en est voisine et lui est reliée par des fibres commissurales.

La contracture ne persiste que jusqu'au moment où la fatigue des fibres musculaires en amène le relâchement, puis l'excitation continuant elles se contractent à nouveau pour aboutir à un nouveau relâchement. De ces contractures et relâchements intermittents, résulte une sorte de tremblement convulsif de la paupière qui constitue le blépharospasme. Lorsque l'affection est due à des réflexes dépendant d'une lésion des filets sensitifs du trijumeau, la contracture spasmodique est accompagnée de douleurs plus ou moins vives.

On a signalé encore des blépharospasmes de nature hystérique qui ne sont pas ici de notre domaine.

La contracture de l'orbiculaire peut être due encore à des lésions de la cornée, de l'iris et de la conjonctive. L'œil se ferme alors convulsivement et inconsciemment pour ne pas permettre soit à l'air, soit aux impressions lumineuses de venir l'irriter.

Quelquefois les contractures sont permanentes et toniques; le plus habituellement elles sont passagères, reviennent par crises, sont cloniques et s'accompagnent ou non de douleurs. Comme dans toutes les affections nerveuses, la compression sur les points d'émergence des nerfs à leur sortie des canaux osseux produit fréquemment une diminution de la douleur, comme si la conduction dans les fibres nerveuses était diminuée. Par la compression qu'elle détermine sur le globe oculaire, la contracture peut entraîner des lésions nutritives de la cornée et des ulcérations, que toujours il faudra avoir soin d'éviter.

Traitement. — Il varie suivant la cause déterminante de la contracture; quand elle est due à une lésion d'un tronc ou d'un filet nerveux, il faut enlever la cause comprimante. Le blépharospasme est-il d'origine réflexe et est-il douloureux, on agira sur l'émergence des nerfs sous ou sus-orbitaires, suivant les cas, soit par résection ou mieux par élongation. Les injections de morphine, les courants électriques, etc., donnent quelquefois des succès, mais ces moyens sont toujours incertains.

Lorsque la contracture est, au contraire, directement liée à une irritation des filets moteurs du facial, il sera préférable d'agir directement sur l'orbiculaire, soit en le sectionnant au niveau de l'angle externe de l'œil, soit en opérant la déchirure de ses fibres par la dilatation forcée.

D. — *Lésions formatives des paupières.*

1° *Kystes des paupières*. — Les kystes sébacés des paupières sont fréquents, ils atteignent rarement un volume considérable, mais sont quelquefois très multipliés, surtout au niveau du bord libre; leur nombre et leur volume les ont fait comparer à des graines de millet. Les follicules sont alors distendus par de la matière sébacée; dans des cas plus rares et par un processus assez peu connu encore, ce contenu peut se liquéfier (Kiener), devenir transparent et incolore, ce qui l'a fait prendre pour une goutte de sueur et a fait donner à ces kystes le nom de kystes sudoripares.

Le traitement est des plus simples, il faut donner issue au contenu et détruire la poche kystique, soit en l'énucléant, soit en la cautérisant.

2° *Epithélioma des paupières*. — On voit quelquefois chez les vieillards des tumeurs épithéliales primitives des paupières; tantôt ce sont des papillomes qui succèdent à des verrues excoriées; tantôt, au contraire, ce sont des noyaux indurés développés dans une surface ulcérée à la suite d'un ectropion. Ces noyaux augmentent de volume, s'ulcèrent à leur tour et saignent au moindre contact. Dans les deux cas, la surface se recouvre de croûtes au-dessous desquelles existe une sanie qui en s'accumulant les fait tomber pour se reproduire ensuite. L'affection est grave, car elle tend à envahir successivement la conjonctive et le globe oculaire, aussi faut-il, dès le début, enlever toutes les parties altérées et ne pas hésiter; la cautérisation peut, en effet, donner de bons résultats, mais on n'est jamais sûr d'avoir tout enlevé.

3° *Angiomes*. — Congénitaux d'ordinaire, les angiomes des paupières ne présentent rien de spécial, tous les procédés de traitement que nous avons signalés dans le premier volume leur sont applicables; mais toujours, comme du reste dans toutes les opérations qui auront pour but d'enlever une tumeur palpébrale quelconque, il importe de se tenir en garde contre la production d'un ectropion.

4° Les *lipomes, névromes, etc.*, des paupières n'offrent rien de spécial à signaler.

Il est à peine besoin de dire que toutes les néoplasies développées dans le voisinage peuvent envahir consécutivement les voiles palpébraux.

Nous en dirons autant du *zona palpébral* qui est en réalité une affection névritique, périphérique surtout, liée quelquefois à une lésion du ganglion de Gasser et des fibres trophiques qui en émanent. Ses symptômes et son traitement sont ceux de toutes les affections herpétiques.

Il est enfin quelques affections curieuses qui semblent tenir à des lésions trophiques des glandes, lésions qui déterminent quelquefois des nodosités colorées en jaune apparaissant dans la peau des paupières, c'est le *xanthélisme*.