

dans leurs diverses luxations), une autre *très large* curette demi-mousse (curage de l'œil).

Notons encore : un crochet coudé, que Wenzel utilisait déjà pour aider le cristallin à sortir par des plaies trop étroites et que M. Panas a perfectionné, le crochet de Tyrrel, utile pour détruire le sphincter échappé à l'iridectomie, pour l'extraction d'hypopiens et de corps étrangers de la chambre antérieure (Bourgeois), un *stylet plat*, pour réduire l'iris.

SERINGUES. — En plus de la seringue à injections hypodermiques, intramusculaires, sous-conjonctivales, une autre seringue aseptisable, construite sur le même modèle, mais quatre ou cinq fois plus grande, remplacera la seringue d'Anel, à peu près impossible à nettoyer.

CAUTÈRES. — On devra avoir le galvanocautère, avec pointes et couteaux et un thermocautère olivaire (modèle Panas), application des anciens modèles (cautère à œgilops de Paul d'Égine, cautère à tête de moineau de A. Paré, de Desmarres, etc.), pour les voies lacrymales. Un crochet à strabisme ou un fin cautère d'acier un peu plus volumineux, une aiguille à tricoter, faciles à rougir avec la lampe à alcool, peuvent souvent remplacer pour la cornée les modèles précédents.

Plus particulièrement pour les paupières, la conjonctive et les voies lacrymales, on aura : une sonde cannelée perforée, une pince à fils, un scarificateur de Desmarres, de petits bistouris myrtiformes, plusieurs ériges, une pince-érigne à chalazion, des pinces hémostatiques (Péan, Kocher), du petit modèle, quelques-unes coudées, plus commodes pour les opérations sur la face; la pince à chalazion de Desmarres; la pince à paupières de Terson père présente sur celles de Knapp et de Snellen l'avantage de laisser libre, par l'absence d'anneau complet, la partie supérieure de la paupière, d'où un champ d'opération plus vaste (opération de la blépharoptose) et un œdème moindre pendant son application (trichiasis, etc.); une plaque de corne ou d'aluminium pour tendre la paupière, la pince-étrier de Knapp (trachome); des aiguilles courbes prismatiques, qui pénètrent plus aisément que les autres : celle à chas ouvert s'enfilent très facilement; le porte-aiguille de Sands; une aiguille courbe de Reverdin, ou l'aiguille à manche creux qui supprime l'obligation de réenfiler à chaque point de suture; une pince à cils; des ciseaux forts, mousses et courbes (énucléation); la griffe-cuiller à énucléation (Terson père) qui luxe et suspend le globe, tout en le protégeant; des ciseaux moyens, mousses et courbes (strabisme); des ciseaux courbes et pointus; un rasoir; deux crochets à strabisme, de dimensions inégales; des sondes lacrymales (Galezowski) olivaires (n^{os} 1 à 6 plusieurs n^{os} 2, n^o usuel); la sonde dilatatrice biconique de Weber, le stylet dilatateur des points lacrymaux (Anel); le couteau boutonné

(Weber); le couteau de Stilling; la curette fenêtrée de Terson père pour l'écouvillonnage des voies lacrymales; des petites curettes tranchantes pour le curettage externe; des rugines, une curette à chalazion, la curette de Vidal (lupus, etc.), un canepin.

Tous ces instruments seront contenus dans une boîte portative en noyer ou en métal, accompagnée d'une autre boîte contenant un bassin réniforme en ébonite, un vide-bouteille, des flacons à sutures, des tampons aseptiques en tubes, des collyres et pansements. On aura enfin une table d'opérations ou mieux un lit des modèles récemment perfectionnés; on pourra y adapter une lampe avec loupe mobile pour éclairage oblique.

A la clinique, la vitrine nickelée est l'armoire la plus pratique.

Nous mentionnerons enfin quelques *instruments exceptionnels*. Une source électrique munie d'un bon galvanomètre doit pouvoir faire marcher les aiguilles à électrolyse (trichiasis, décollement rétinien, etc.), les cautères, la lumière électrique (photophore, éclairage par transparence), même l'appareil électroaimanté pour l'extraction des corps étrangers magnétiques intraoculaires (Hirschberg), et l'appareil explorateur (Trouvé-Chardin) que nous avons utilisé pour l'extraction des balles dans l'orbite. L'appareil de Gérard Gallemaerts, important pour le diagnostic de la présence d'un corps étranger dans l'œil, a l'inconvénient d'être volumineux et d'un prix très élevé. Les cathéters de M. Panas pour les sinus périorbitaires auront leur emploi, le cas échéant.

I

MALADIES DES PAUPIÈRES

Les paupières constituent un double opercule musculo-membraneux qui glisse, par un mouvement de rotation, sur la convexité du globe de l'œil, en *tournant* autour d'un axe horizontal dont le tendon direct de l'orbiculaire d'une part et les ligaments des deux tarses constituent les extrémités. Elles forment par leur face antérieure un vaste terrain cutané où le dermatologiste peut faire autant d'observations que l'oculiste. Quant à la face postérieure, ses maladies sont d'*origine conjonctivale*. La surface de jonction de ces deux régions est constituée par le bord ciliaire qui, *tout entier cutané*, muni de poils (cils) et de glandes sébacées (glandes de Zeiss et de Meibomius) d'un développement considérable, présente des affections primitives, d'autres fois secondaires aux maladies du feuillet cutané ou du feuillet conjonctival doublé du tarse susceptible de déformations auxquelles la présence des cils déviés donne une importance dangereuse (entropion, trichiasis).

Nous examinerons d'abord les maladies de la surface extérieure des paupières.

La peau des paupières étant à l'état normal recouverte de *microbes* qui, à l'état pathologique, peuvent varier de nature et de virulence, nous croyons devoir dire quelques mots de la bactériologie normale du terrain palpébral.

Lorsqu'on ensemence des bouillons de culture avec un fil de platine promené sur la peau des paupières et sur le bord ciliaire normal, on obtient toujours des cultures de *Staphylococcus albus*; plus rarement le *Staphylococcus aureus* lui est associé. Ce microbe paraît à peu près exclusif sur ces régions normales, comme en font foi nos expériences (1) et celles de Cuénod (2). Néanmoins on peut observer le développement d'un certain nombre de moisissures apportées par les poussières et généralement non pathogènes. Par l'inoculation à la cornée du lapin, on obtient des abcès, les uns sans gravité, les autres avec hypopion, et même avec panophtalmie. On conçoit le danger réel des microbes du bord ciliaire *normal*, au point de vue de l'inoculation de la cornée lorsqu'il se produit un traumatisme fortuit ou opératoire, et l'imprudence de ceux qui extraient les masses corticales de la cataracte par des pressions digitales sur le bord ciliaire qui se met et se vide au contact de la plaie.

Traumatismes. — Dans les blessures des paupières, il faudra viser avant tout à obtenir une guérison *sans perte de substance* : on emploiera l'antisepsie la plus rigoureuse, les abcès, le tétanos même étant possibles, et on pratiquera toujours la suture, même s'il y a déjà quelques points de la plaie qui semblent sans grande vitalité. On veillera avec le plus grand soin à réunir les plaies qui avoisinent les commissures et en particulier les voies lacrymales. On examinera dans tous ses replis avec un stylet flambé la plaie palpébrale pour éviter d'y laisser un corps étranger qui empêche la réunion et provoque plus tard de nouveaux accidents.

EMPHYSÈME DES PAUPIÈRES. — De même que pour celui de la conjonctive qui lui succède ordinairement, il s'agit de la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La crépitation neigeuse à la palpation digitale en est le signe distinctif.

Comme étiologie, le plus souvent il s'agit d'un traumatisme des fosses nasales (fractures) ou d'une déchirure (cathétérisme forcé) des voies lacrymales. Le moindre effort pour se moucher (que l'on doit rigoureusement interdire à tout malade que l'on vient de sonder) projette l'air dans la déchirure et « souffle » la paupière. Des perforations ostéopériostiques même spontanées du sinus frontal peuvent avoir le même effet.

D'après Fontan, les conscrits et les prisonniers, en éraillant leurs

(1) PANAS, *Arch. d'opht.*, 1893.

(2) CUÉNOD, Bactériologie clinique des paupières, thèse de Paris, 1894.

gencives supérieures avec une paille et en soufflant par la paille recourbée, obtiennent facilement l'insufflation des joues et des paupières.

Le pronostic n'a aucune gravité, si l'on évite la reproduction de la cause.

ECCHYMOSES. — Les ecchymoses palpébrales, *primitives* et *secondaires*, pouvant aller jusqu'à l'*hématome*, sont analogues aux ecchymoses conjonctivales qui les accompagnent en général et ont une pathogénie identique. (Voy. *fractures du crâne*.)

Œdème des paupières. — L'œdème *aigu* se développe au cours d'inflammations de l'œil, de la conjonctive, de l'orbite, et des paupières : il ne fait, s'il est très prononcé, qu'accentuer la gravité du pronostic de la maladie qui lui a donné naissance. Certains œdèmes aigus disparaissent assez vite, après avoir été extrêmement développés, tels que ceux consécutifs à des piqûres d'insectes ou ceux spontanés dus à un trouble vaso-moteur. Il faudra penser, devant tout œdème palpébral *aigu*, à éliminer l'œdème malin ou charbonneux.

L'œdème *chronique* s'observe, de même que l'œdème des jambes, au cours d'affections cardiaques, au cours des néphrites, où il peut constituer un symptôme de début et provoquer l'examen des urines.

Une variété importante d'œdème chronique des paupières est celle qui arrive à constituer les états *éléphantiasiques* des paupières dont la pathogénie n'est pas unique (1). On trouve presque toujours, chez les sujets qui en sont atteints, des *érysipèles* à répétition (consécutifs ou non à des dacryocystites), qui sont les facteurs évidents de l'infiltration et de la lymphangite chronique du tissu palpébral. Il est permis de penser que la présence latente du streptocoque dans ces tissus infiltrés est, dans la majorité des cas, l'agent de la lymphangite chronique, tout comme pour l'éléphantiasis en général (Sabouraud, Achalme). On est obligé de traiter opératoirement, par résection et suture, ces hypertrophies qui peuvent quelquefois prendre un volume énorme. Nous donnons un bel exemple d'œdème éléphantiasique, dont la photographie nous a été communiquée par M. Debaisieux (fig. 2).

Inflammations palpébrales. — En étudiant les *inflammations* des paupières, nous nous arrêterons plus longuement sur les *dermatoses* qui présentent des caractères spéciaux.

1° INFLAMMATIONS PALPÉBRALES GÉNÉRALISÉES. — L'ÉRYSIPELE palpébral est traumatique ou spontané. Dans la plupart des cas spontanés, il est probable que l'érysipèle est dû à une infection dont les streptocoques proviennent des *voies lacrymales* et des fosses nasales. Les complications de l'érysipèle périoculaire constituent la partie la plus intéressante de son histoire.

Elles atteignent d'abord les paupières où elles provoquent des

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. I, art. ÉLÉPHANTIASIS, p. 793.

phlegmons, d'autres fois la gangrène et un ectropion consécutif, enfin l'éléphantiasis.

Quelquefois l'érysipèle, avec ou sans panophtalmie, occasionne un phlegmon orbitaire : dans d'autres cas, la lésion orbitaire consiste en une phlébite des veines ophtalmiques et une thrombose des sinus de la dure-mère, terminées en général par la mort. L'atrophie du nerf

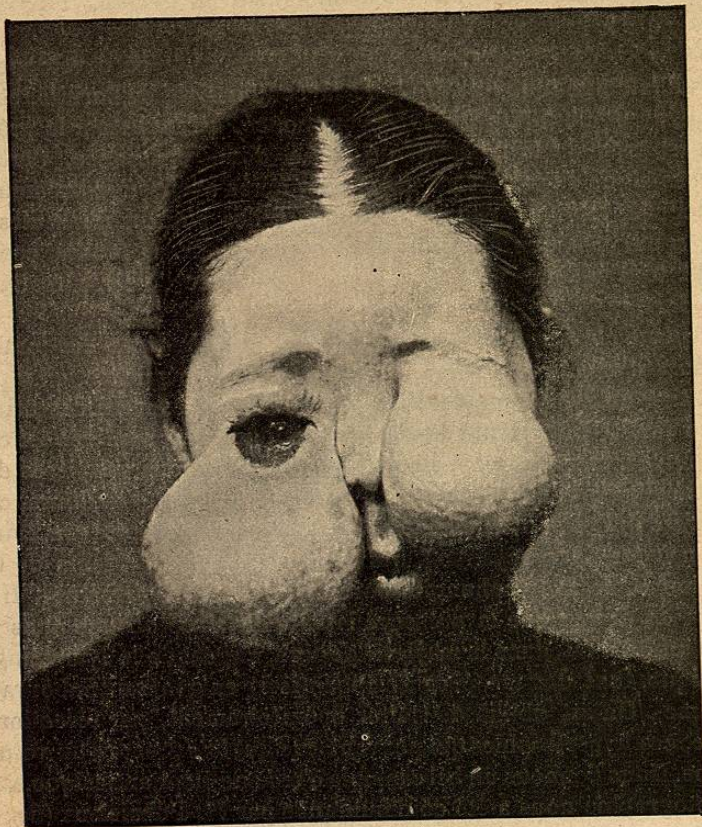


Fig. 2. — Œdème éléphantiasique des paupières.

optique est la règle dans les phlegmons orbitaires non suivis de mort. Le phlegmon orbitaire peut être bilatéral (Bayer). La ténonite érysipélateuse reste douteuse.

Du côté de la conjonctive (1), on observe une forte conjonctivite catarrhale ou même pseudo-membraneuse, qui laisse, après guérison, une blépharite tenace et des chalazions récidivants. Des ulcérations graves de la cornée, des iritis et la panophtalmie peuvent également se produire. La rétine et le nerf optique sont atteints de

(1) COLLE, Complications oculaires de l'érysipèle facial, thèse de Bordeaux, 1886.

plusieurs manières. La thrombose rétinienne (Knapp), avec ou sans thrombo-phlébite orbitaire, le décollement rétinien, dû à des suffusions inflammatoires choroïdiennes, ont été observés (Heinecke, Métaxas). L'embolie septique pourrait se produire et avec elle une rétinite purulente et la suppuration du corps vitré. Mais la lésion la plus grave est l'atrophie du nerf optique. Cette atrophie est en général précédée d'une papillo-névrite que suit une dégénérescence blanche : dans des cas très rares (où l'on doit se demander si le nerf n'a pas été comprimé par une inflammation orbitaire au niveau du canal optique), l'atrophie blanche se produit d'emblée, sans réaction inflammatoire préalable. L'atrophie est souvent bilatérale et la cécité absolument incurable.

A côté de ces terribles suites, heureusement assez rares, de l'érysipèle, nous devons mentionner l'influence heureuse, les complications bienfaisantes de l'érysipèle de la face sur des yeux déjà malades.

Le trachome (Ausitidisky, Wicherkiewicz), a été quelquefois guéri définitivement par l'érysipèle. Dans certains cas d'érysipèle unilatéral, le trachome du même côté a été seul amélioré (Koltchewin, Rampoldi). Des kératites ulcéreuses (Caffe), la lèpre oculaire (A. Terson), le lupus, les cancroïdes peuvent aussi subir une grande amélioration post-érysipélateuse. Il en est de même de certaines iridocyclites chroniques, de choroidites, de tumeurs orbitaires (Nieden, Harlan). On se rappellera que certaines infections générales (rougeole, pneumonie, choléra) ont exactement les mêmes effets, mais la guérison unilatérale des trachomes par des érysipèles unilatéraux prouve cependant qu'à côté de l'action toxi-thérapeutique générale (qui peut-être conduira à des essais thérapeutiques analogues à ceux tentés par les dermatologistes), il y a surtout une révulsion des plus utiles provoquant un afflux de sérum et de leucocytes venant lutter contre le tissu morbide et ses microbes. Il faut reconnaître du reste que l'amélioration post-érysipélateuse n'est pas toujours durable.

Des badigeonnages à l'éther au sublimé à 1/2000 sur les paupières gonflées, en évitant avec le plus grand soin toute pénétration intra-oculaire, semblent avoir une certaine efficacité pour modérer l'érysipèle et prévenir ses complications.

ORGELET. — L'orgelet est un furoncle développé au niveau des glandes sébacées du bord libre. Les glandes sébacées de la peau palpébrale engendrent également quelquefois des furoncles. On a appelé orgelet interne le furoncle développé dans les glandes de Meibomius ; mais son aspect ne justifie pas le nom d'orgelet et il s'ouvre sur la conjonctive tarsale. L'orgelet entraîne toujours un gonflement considérable des paupières qui peut faire croire à une ophtalmie purulente ou à un phlegmon. Après plusieurs jours, il s'ouvre au niveau du bord libre. Dans de très rares cas, on observe des complications infectieuses du côté des paupières (grands abcès),

de l'orbite et même des méninges. L'orgelet récidive souvent, quand l'état général est mauvais (causes générales de la furonculose, fièvres éruptives, etc.), ou quand le bord ciliaire est chroniquement enflammé. Les staphylocoques virulents qui sont la cause de la blépharite sont aussi les agents pathogènes de l'orgelet.

L'*anthrax* n'est autre que la réunion de plusieurs orgelets ou furoncles. Le *bouton d'Alep* est une éruption furonculaire spéciale aux pays chauds.

Le traitement *abortif* est généralement illusoire, malgré les pulvérisations et les compresses antiseptiques. Dès que l'orgelet s'est formé, après avoir soulagé les douleurs par des compresses chaudes ou des cataplasmes antiseptiques boriqués ou sublimés, on pratiquera l'incision. On évitera les récidives en soignant l'état général et en pratiquant l'antisepsie régulière du bord ciliaire.

PUSTULE MALIGNE OU OEDÈME MALIN. — Cette affection débute plus souvent à la paupière inférieure droite à cause des inoculations digitales; elle est plus fréquente chez les bouchers, les équarisseurs, les tanneurs, etc. Elle a tous les signes classiques et la gravité de la pustule charbonneuse. Une fois le diagnostic fait, facilité par la constatation des *bacilles charbonneux*, on cautérise profondément au thermocautère le centre de la pustule, puis on fera autour de l'induration périphérique, soit des cautérisations profondes au thermocautère, et des injections de teinture d'iode. On emploiera le sublimé à 1 p. 500 en pansement permanent. Pellier de Quengsy obtenait déjà de fréquents succès par les applications de sublimé. Presque toujours il survient un ectropion cicatriciel à traiter ultérieurement.

A la suite des diverses infections de voisinage, et en particulier dans les fièvres éruptives, on peut observer de véritables abcès des paupières, quelquefois métastatiques, et on a même parlé de GANGRÈNE spontanée, analogue au *noma*.

Dermatoses. — Les dermatoses palpébrales sont généralisées à toute la paupière, ou localisées au bord ciliaire à cause de la présence des cils et des glandes sébacées si nombreuses et par l'accumulation sur cette région frontière des microbes palpébraux et conjonctivaux et des poussières septiques.

1° DERMATOSES GÉNÉRALISÉES. — L'*eczéma*, l'*herpès*, l'*impétigo*, l'*érythème exsudatif multiforme*, l'*érythème polymorphe*, la *sclérodermie*, le *psoriasis* et le *pemphigus*, peuvent avoir des localisations palpébrales. Nous ferons une mention spéciale pour les *érythèmes médicamenteux* (onctions mercurielles, phéniquées, iodoformées, sublimées, usage de l'iodure) que l'on éliminera par un interrogatoire minutieux, pour l'*eczéma séborréique* (Leloir) qui peut entraîner des ulcères cornéens graves et pour le *zona ophtalmique*.

ZONA OPHTALMIQUE. — Dû à une névrite du trijumeau, il est presque toujours unilatéral.

Les accidents cornéens, iritiques et autres seront décrits avec la kératite neuro-paralytique. La kératite est très souvent développée avec un zona ophtalmique fruste, à peine visible, tandis qu'elle ne coexiste pas toujours avec un zona ophtalmique à larges ulcérations; de même, son époque d'apparition au cours du zona, en général à la période d'état, est quelquefois *tardive*.

Le zona ophtalmique ne diffère en rien, comme symptômes généraux et locaux, du zona des autres régions du corps. Le *diagnostic* sera surtout facilité par les douleurs frontales extrêmement vives, l'anesthésie cutanée, cornéenne et conjonctivale fréquente, mais de degré variable, et par l'exacte limitation unilatérale des ulcérations, qui ne dépassent pas la ligne médiane.

En présence d'une ulcération anesthésique de la cornée, si analogue aux ulcérations du zona, on recherchera avec soin les traces peu accentuées, mais indélébiles, d'un ancien zona.

L'électrisation, la protection et l'antisepsie de l'œil, les onctions fréquentes à la vaseline iodoformée, constitueront la base du traitement local: mais on recherchera toutes les causes dystrophiques ou infectieuses qui ont pu faire naître la névrite de la cinquième paire.

Dans certains cas de kératite neuro-paralytique, la tarsorrhaphie médiane (Panas) pourra être indiquée.

L'exanthème de la *rougeole*, les pustules *varioliques*, les *éruptions vaccinales* et celles de la *varicelle* peuvent se produire sur la face antérieure des paupières, et ont fréquemment un retentissement sur la cornée ou la conjonctive; leurs ulcérations revêtent quelquefois un aspect diptéroïde.

2° DERMATOSES DES BORDS LIBRES. — La disposition anatomique du bord ciliaire, avec sa double rangée d'*énormes glandes sébacées* et ses poils qui sont susceptibles de tant d'affections variées, pourrait déjà amener sur cette partie des paupières une recrudescence ou une localisation plus importante des inflammations générales des paupières. Mais il y a plusieurs raisons encore pour cette aptitude spéciale à l'*infection*. D'abord, les cils arrêtent au passage un grand nombre de poussières septiques: le bord ciliaire reçoit, en plus de ses microbes, une partie de ceux de la conjonctive. Dans un certain nombre de cas pathologiques (affections chroniques des fosses nasales et des voies lacrymales), les sécrétions très virulentes des dacryocystites viennent se joindre aux autres sources d'infection.

Enfin, les prédispositions générales sont indéniables. La virulence des microbes est à peine exagérée dans les blépharites (A. Cuénod), preuve que le *terrain* joue le plus grand rôle, puisque la virulence est à peu près la même qu'à l'état normal.

On rencontrera particulièrement les blépharites chez les herpé-

tiques et les arthritiques : nous n'avons presque jamais vu manquer un léger degré de blépharite squameuse chez les sujets atteints de séborrhée pelliculaire du cuir chevelu. Chez les impétigineux et les eczémateux, la blépharite est non moins fréquente. On a proposé une *classification dermatologique des blépharites* ; mais des contradictions et des incertitudes nombreuses ont encore empêché l'accord de se faire dans cette direction si justifiée et si logique.

Le bord ciliaire, susceptible des mêmes altérations pathologiques que les sourcils et le cuir chevelu, est en tous cas à étudier de nouveau, aussi bien au point de vue nosographique que thérapeutique, comme un *terrain dermatologique*.

Parmi les *causes locales*, l'état de la conjonctive doit être scruté avec le plus grand soin. Les conjonctivites catarrhales mal soignées laissent souvent une blépharite chronique : chez les enfants, les fièvres éruptives, la rougeole en tête, sont de fréquentes causes de blépharites.

Les *voies lacrymales* seront également inspectées : nombre de dacryocystites et de larmolements chroniques entraînent l'éversion et l'inflammation du bord ciliaire.

L'inflammation du reste de la *peau des paupières*, les eczémas en particulier, viennent facilement se cantonner sur le bord ciliaire.

Enfin, dans quelques cas d'*amétropie* prononcée, on s'est demandé si les efforts prolongés (microscope), le larmolement et les clignements anormaux ne pouvaient pas amener une congestion chronique du bord ciliaire, et offrir aux microbes recouvrant normalement les paupières un lieu de moindre résistance et de pénétration facile.

En dehors de la simple *hyperhémie* des bords palpébraux, qui a les mêmes causes que la conjonctivite sèche hyperhémique avec laquelle elle coexiste, surtout chez les sujets roux, on peut observer trois formes, assez grossièrement délimitées, mais qui resteront dans la nosographie, tant que les notions dermatologiques ne seront pas plus avancées sur les blépharites. Ce sont les formes *squameuse, glanduleuse, ulcéreuse*.

1° **BLÉPHARITE SQUAMEUSE.** — Elle n'est autre que l'éclosion de volumineuses pellicules du bord ciliaire, semblables à celles du cuir chevelu, qui existent en général sur le même sujet. Cette séborrhée peut être plus ou moins intense, mais il est rare qu'elle se transforme de façon à aboutir aux groupes suivants.

2° **BLÉPHARITE GLANDULEUSE.** — Dans cette forme, les follicules pilo-sébacées ciliaires et leurs glandes sont transformés en petits abcès. Des croûtes provenant des abcès ouverts surchargent les cils. Cette forme est particulièrement fréquente chez les enfants. Si elle n'est pas soignée, elle aboutit à la blépharite ulcéreuse.

3° **BLÉPHARITE ULCÉREUSE.** — Ici le bord ciliaire, dévasté par les abcès, est rongé ; il perd sa forme quadrangulaire et ne forme qu'un

liséré rougeâtre. Cette forme, outre la perte presque complète des cils (madarosis), aboutit souvent à l'éversion du bord ciliaire inférieur, à l'eczéma lacrymal et à l'ectropion muqueux. Hutchinson a décrit des excoriations ciliaires et des rhagades spéciales chez les *hérédo-syphilitiques*.

En dehors des signes subjectifs, peu marqués, si ce n'est dans les formes graves, c'est la chronicité extrême de ces blépharites qui constitue leur principal ennui. Mais, si on les laisse durer indéfiniment sans les soins nécessaires, il se produit des *complications* qui revêtent quelquefois à l'improviste un caractère extrêmement grave. Ces complications sont *plus redoutables que la maladie* elle-même et c'est pour les éviter qu'il importe toujours de guérir vite la blépharite originelle.

Complications. — Les complications affectent le bord ciliaire et les cils, la peau de la paupière enfin la cornée elle-même, peut être atteinte.

Dans presque toutes les blépharites, la conjonctive se réinfecte constamment par les microbes virulents du bord ciliaire, d'où la nécessité de soigner en même temps la conjonctivite et la blépharite. Le bord ciliaire finit par perdre tous ses cils, et les bulbes pileux s'atrophient plus ou moins complètement. Certains cils déviés peuvent donner du trichiasis. Les sécrétions blépharo-conjonctivales irritent constamment la peau de la paupière inférieure qui se raccourcit peu à peu et, comme dans les dacryocystites chroniques, il se produit un ectropion quelquefois énorme et charnu. Les complications cornéennes par *lagophthalmie* sont alors fréquentes. Ajoutons qu'il n'est pas rare de voir des poussées d'*orgelets* et de *chalazions*. Mais la complication la plus grave consiste dans l'apparition d'*ulcères* et d'*abcès cornéens* (Fukala). Nous avons rencontré un grand nombre de kératites ulcéreuses chez divers sujets, surtout des enfants, au cours de blépharites chroniques. Le siège central, la direction horizontale de l'ulcération et des taies permettaient d'affirmer qu'il s'agit d'une inoculation par les sécrétions virulentes du bord ciliaire enflammé, en rapport avec la cornée. On devra donc toujours, au cours d'une ulcération centrale de la cornée, lorsqu'il existe une blépharite aiguë (variolo) ou chronique, *traiter le bord ciliaire* pour obtenir plus sûrement la guérison de la lésion cornéenne.

A côté des blépharites proprement dites, on observe quelques maladies des *cils*. L'*alopécie* du bord palpébral, la *canitie* des cils, leur hypertrophie peuvent se présenter primitivement, mais l'atrophie des cils et la disparition des bulbes pileux est surtout le résultat d'une lésion du tarse, ou d'une blépharite ulcéreuse. On a vu la péliose ciliaire survenir au cours d'inflammations oculaires graves (ophtalmie sympathique, iritis, etc.).

Chez un malade de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'un processus