Les collections signalées par Panas, au niveau du rebord orbitaire inférieur à la suite de contusions anciennes, sont évidemment le résultat de la transformation de collections sanguines enkystées, comme le prouve l'aspect jaunâtre, ou brunâtre, la consistance filante et le mélange de paillettes de cholestérine constatés par lui, au moment de leur évacuation.

PUSTULE MALIGNE. — ŒDÈME CHARBONNEUX

Le Bolloch (Albert), De la suture des paupières pour prévenir l'ectropion, particulièrement dans l'œdème malin. Thèse de Paris, 1876. — Buy (Alexis), De l'œdème malin ou charbonneux des paupières. Thèse de Paris, 1876.

Les affections charbonneuses présentent aux paupières une fréquence et une gravité particulières. Cependant la pratique des inoculations préventives du charbon atténué par la méthode de Pasteur a rendu beaucoup moins fréquentes les maladies charbonneuses chez les animaux en Bourgogne et dans la Beauce. On peut donc espérer que ces mêmes affections deviendront de plus en plus rares chez l'homme.

L'inoculation aux paupières se fait sans doute par le frottement des mains souillées de virus charbonneux et Panas pense que si la paupière du côté droit est plus souvent atteinte, c'est que la main droite, dont la grande majorité des hommes se servent de préférence dans leurs travaux, y transporte plus facilement le virus dont elle est accidentellement chargée. Le transport aux paupières paraît encore résulter, dans certains cas, de la piqûre d'insectes et en particulier de celle du taon ou *œstrum*. Pour admettre que le virus des animaux morveux puisse donner naissance, comme l'a prétendu Krajewski (*Nagels Jahresbericht*, 1871, p. 373), à la pustule maligne, il faudrait, au préalable, avoir démontré l'identité ou tout au moins la coexistence des deux virus morveux et charbonneux.

Pustule maligne. — Primitivement locale, la pustule maligne ne donne lieu à des accidents généraux qu'au bout de trois à cinq jours.

Elle se présente à la paupière, ordinairement la supérieure, sous la forme d'une vésicule ombiliquée soulevée par une sérosité roussâtre et reposant sur une escarre brune. Autour de cette escarre se voit un cercle rouge, érysipélatoïde, qui répond lui-même à une induration ligneuse des tissus. Toute la paupière est tuméfiée, œdémateuse, mais, au début du moins, il n'y a pas de douleur véritable; il n'y a qu'un simple prurit. Bientôt la vésicule se rompt et à sa place on voit une petite excavation creusée dans le tissu escarrifié. Une aréole secondaire de petites vésicules se développe autour de l'escarre; celle-ci s'agrandit. En même temps le gonflement dépasse les limites de la base de l'orbite et s'étend à la tempe, au front, à la joue et quelquefois jusqu'au cou et à la poitrine.

Les phénomènes généraux ne se prononcent qu'au bout de trois à cinq jours : ce sont des phénomènes typhiques et adynamiques. Ils annoncent que les bactéridies qui primitivement se sont multipliées dans le foyer de la pustule, ont passé dans la circulation générale et infecté la masse du sang. La mort est la terminaison fréquente, non constante cependant, de la pustule maligne non traitée. Lorsque la guérison se fait, elle ne survient qu'après une destruction

plus ou moins étendue du tissu palpébral et laisse après elle des adhérences anormales (*symblépharon*) ou des ectropions étendus.

Le voisinage des veines de l'orbite et la propagation aux sinus de la dure-mère explique la marche particulièrement grave et rapidement mortelle de la pustule maligne des paupières.

Œdème malin. — Depuis la description donnée par Bourgeois (d'Étampes) et Raimbert, cette forme de l'affection charbonneuse des paupières est admise et assez fréquemment observée par les médecins qui pratiquent dans les régions où sévissent les affections charbonneuses.

L'œdème malin paraît résulter de l'inoculation du virus à la surface de la conjonctive et non plus à la face cutanée des paupières. Aussi n'observe-t-on ni vésicule, ni escarre primitive. Il n'y a qu'une tuméfaction diffuse, molle, demi-transparente, de teinte jaunâtre ou bleuâtre du tissu palpébral. La douleur est nulle au début. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, les paupières se tuméfient au point de former deux bourrelets durs, se touchant par leur face cutanée et cachant le globe de l'œil. La peau des paupières a quelquefois un aspect chagriné. Ultérieurement des phlyctènes soulevées par une sérosité roussâtre se montrent à sa surface et dans ces points apparaissent des escarres.

Les phénomènes généraux se manifestent plus rapidement que dans la pustule maligne.

Le docteur Bréchemier (d'Orléans) a insisté sur l'apparition d'une induration ligneuse du tissu palpébral au grand angle de l'œil. Cette induration serait caractéristique de l'œdème malin des paupières (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 176). Il signale également l'existence d'une zone d'œdème mou autour de l'œdème ligneux qui marque pour lui la limite infectieuse du virus.

En règle générale, dès que le diagnostic de la pustule maligne ou de l'œdème malin des paupières est posé, il faut intervenir énergiquement et le plus tôt possible, tant pour prévenir l'infection que les conséquences locales graves des mortifications étendues du tissu palpébral.

Les caustiques sont encore très souvent employés contre la pustule maligne. Le sublimé corrosif est un des plus usités et expose moins que les caustiques liquides à dépasser le but. Après incision de l'escarre et de la base indurée qui la supporte, il est déposé à l'état pulvérulent entre les lèvres de l'incision.

Le fer rouge est aujourd'hui remplacé par le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Avec l'un ou l'autre de ces instruments, il est possible, si le mal est observé au début, de pratiquer l'*excision* de la pustule et de sa base qu'on enlevait autrefois avec le bistouri. On a été jusqu'à conseiller d'enlever toute la paupière, pour dépasser les limites du mal et de faire plus tard une autoplastie complète.

Bien que la cautérisation ignée et les applications de sublimé représentent encore la pratique la plus habituelle des chirurgiens, la notion plus exacte des causes de l'infection charbonneuse a donné l'idée de recourir aux injections interstitielles de liquides antiseptiques destinées à agir sur la bactéridie. C'est ainsi qu'on a employé des solutions d'acide phénique en injections hypodermiques. Davaine ayant montré que la bactéridie charbonneuse ne résiste pas au contact d'une solution à 1/1200 d'iode, on a eu recours aux injections de teinture d'iode déjà proposées par Boinet. Bréchemier, dans le cas d'œdème

malin communiqué par lui à la Société de chirurgie, fit, avec la seringue de Pravaz, sur la périphérie de l'œdème ligneux, 12 injections d'une demi-seringue chacune. La solution dont il se servit était composée de 25 grammes de teinture d'iode pour 120 grammes d'eau, avec addition de 1 gramme d'iodure de potassium.

Quel que soit le traitement adopté, avant que la cicatrisation ne soit effectuée, on agira sagement en pratiquant la suture des paupières pour prévenir l'ectropion (voy. Le Bolloch, Thèse de Paris, 1876, n° 27).

BLÉPHARITE CILIAIRE

Gosselin, Art. Blépharite du *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 262. — Testelin, Art. Blépharite du *Dictionn. encyclop. des sc. méd.*, t. IX, p. 699. — Nimier et Despagnet, Traité d'ophtalmologie, p. 34.

L'inflammation du bord libre des paupières a été décrite sous les noms les plus divers. Elle présente un ensemble de lésions variées, en rapport avec la diversité des éléments qui entrent dans la constitution de ce bord libre : peau, conjonctive, follicules, cils, glandes sébacées, glandes de Meibomius. Ces diverses parties peuvent être affectées ensemble ou séparément : de là la multiplicité des formes que prend l'inflammation de cette région.

Causes. — Le jeune âge est une cause prédisposante et Gosselin a pu décrire la blépharite ciliaire comme une maladie de la seconde enfance. Les adultes en sont aussi fréquemment atteints et le lymphatisme joue un rôle évident dans le développement de l'affection. Il faut, plus encore, incriminer la misère physiologique, les mauvaises conditions hygiéniques et la malpropreté. Les enfants en particulier, portant sans cesse à leurs yeux leurs mains malpropres, entretiennent et aggravent l'inflammation palpébrale s'ils ne la provoquent pas.

Chez les sujets prédisposés, la chaleur, les poussières, les gaz irritants que développe le travail dans les manufactures ou dans des locaux étroits, les veilles prolongées, sont une cause de blépharite.

La rougeole, la variole, sont suivies quelquefois de l'apparition de l'affection chez des sujets jusque-là indemnes. Parmi les affections oculaires, on signale aussi la conjonctivite purulente et les rétrécissements des voies lacrymales comme causes prédisposantes. Au même titre figurent les anomalies de la réfraction et en particulier l'hypermétropie.

Enfin, avec la blépharite, coexiste fréquemment la kératite phlycténulaire et la réunion des deux maladies constitue l'*ophtalmie* dite *scrofuleuse* des enfants. Aussi voit-on habituellement les sujets qui sont atteints de blépharite présenter des engorgements des ganglions cervicaux ou sous-maxillaires de l'impétigo des lèvres et des narines, de l'eczéma des oreilles.

C'est au printemps et pendant l'été que la blépharite ciliaire s'observe le plus fréquemment, d'après de Wecker. Les israélites y sont plus sujets que les autres, d'après le même observateur, sans doute en raison de la prédominance chez eux du tempérament lymphatique. Enfin, pour expliquer le développement de la blépharite on a invoqué aussi la présence d'un champignon analogue à l'*achorion* du favus. Il siégerait dans les follicules des cils, mais Saemisch et Michel ne l'ont pas retrouvé. Stilling a signalé un état morbide particulier des cils qui présenteraient une pigmentation anormale.

Symptomatologie. — On a décrit des formes particulières de la maladie, d'après la prédominance de telles ou telles lésions. En réalité, il s'agit plutôt de degrés, suivant que tels ou tels des éléments constituants du bord de la paupière sont principalement affectés.

Au début, il y a de la rougeur et un peu d'épaississement du bord de la paupière, de la chaleur et des démangeaisons. Si l'affection reste superficielle, il se fait seulement une desquamation furfuracée du bord palpébral (*blépharite pityriasique*). La base des cils est entourée d'une mince gaine blanc grisâtre et ceux-ci s'arrachent facilement. Du côté de la conjonctive palpébrale, on constate de l'injection autour des glandes de Meibomius. Ces phénomènes et la gêne qui en résulte sont plus marqués le soir; ils rendent impossible le travail à la lumière: le matin, les paupières sont collées et plus ou moins agglutinées par les sécrétions desséchées des glandes.

Lorsque les glandes pilo-sébacées et les glandes de Meibomius participent à l'inflammation, le gonflement est plus évident, la sécrétion plus abondante (*blépharite glandulaire*). Les cils sont agglutinés en pinceaux par des croûtes jaunâtres ou grisâtres. De petites pustules se développent au voisinage du bord libre et à la base même des cils; elles se dessèchent sur place et le pus concret forme des croûtes dures, de couleur plus ou moins foncée qui, en se détachant, laissent à nu une surface ulcérée et quelquefois notablement déprimée. En même temps, la peau des paupières prend une couleur sombre, violacée et les vaisseaux anormalement développés s'y dessinent d'une manière apparente. La commissure externe s'excorie et devient le siège d'ulcérations saignantes capables d'entretenir un véritable blépharospasme. C'est surtout le matin au moment où les paupières sont encore agglutinées par les sécrétions desséchées pendant la nuit, que la situation des malades devient réellement pénible. Ils n'arrivent à les séparer qu'au prix de souffrances véritables et de l'arrachement douloureux d'un certain nombre de cils.

On comprend que les inflammations répétées des glandes ciliaires, des follicules pileux, des glandes de Meibomius, entraînent à la longue des déformations sérieuses du bord libre (*blépharite déformante*). Celui-ci est épaissi dans son ensemble, et la cicatrisation des ulcérations y laisse des dépressions nombreuses, d'où la déviation des cils qui ont résisté à la destruction. Les uns sont déviés vers la cornée et y entretiennent des kératites persistantes, les autres se renversent en dehors d'une façon disgracieuse. On a donné le nom de *trichiasis* à la déviation des cils, en général. Le *distichiasis* est la déviation des cils en deux sens différents, les uns se tournant vers la peau, les autres vers la cornée. Enfin, l'absence complète de cils avait reçu des anciens le nom inusité de *madarosis*.

Lorsque les altérations ont prédominé du côté de la peau, à la longue, il en résulte un ectropion. Si les altérations du côté de la conjonctive et des glandes de Meibomius ont été plus graves, l'entropion se produit. Le cartilage tarse dans les deux cas est déformé, irrégulier, incurvé dans un sens ou dans l'autre.

L'existence prolongée d'ulcérations de la commissure externe est suivie de la formation de cicatrices qui diminuent l'étendue transversale de la fente palpébrale, d'où résulte plus tard un certain degré de blépharophimosis. Vers la commissure interne, l'épaississement du bord des paupières entraîne la déviation des points lacrymaux ou même leur oblitération avec les inconvénients qu'elle détermine pour l'écoulement des larmes.

La *durée* de la blépharite ciliaire est extrêmement variable. Traitée dès le

début et dans de bonnes conditions hygiéniques, l'affection peut n'avoir qu'une existence de quelques semaines. Mais le plus souvent elle se prolonge des mois et des années, avec des alternatives de mieux et des poussées inflammatoires dont la cause échappe le plus souvent. C'est donc une affection essentiellement chronique et sujette à des récidives.

Quelquefois elle n'existe que d'un seul côté et peut même n'atteindre qu'une seule paupière, la supérieure le plus habituellement. Elle est le plus souvent double et bilatérale.

Dans les cas de moyenne gravité et de durée médiocre, le globe oculaire n'est pas intéressé et la conjonctive bulbaire présente à peine une légère injection. Mais dès que la maladie a duré plusieurs mois, les complications oculaires sont à craindre. Elles consistent surtout en lésions de la cornée, ulcérations rebelles, suivies d'opacités définitives. La déviation des cils en dedans est la cause la plus ordinaire de ces kératites. Les troubles fonctionnels des voies lacrymales contribuent aussi à compromettre l'intégrité de l'œil et à la longue, la blépharite ciliaire peut être suivie de la perte de la vue.

Le ***diagnostic*** de la blépharite ciliaire est facile d'une manière générale. L'absence des lésions caractéristiques de la conjonctive ne permet pas de la confondre avec la conjonctivite granuleuse. Le diagnostic repose donc avant tout sur la constatation exacte du siège des lésions et leur limitation au bord ciliaire, tant du côté de la peau que du côté de la muqueuse. Il est souvent moins aisé de reconnaître la forme de la maladie et surtout d'en déterminer la cause. Au début, il faut toujours songer à examiner l'état des voies lacrymales, tout obstacle à l'écoulement facile des larmes étant une cause d'irritation pour les bords palpébraux.

Traitement. — Il doit être à la fois général, hygiénique et local.

Par le traitement général, on cherchera à modifier la constitution des sujets. Presque toujours le lymphatisme ou la scrofule sont en cause chez les enfants. On doit donc leur administrer l'huile de foie de morue, l'iodure de fer. Chez l'adulte, l'emploi des arsénicaux a quelquefois son indication, dans les formes légères, lorsqu'il y a simple desquamation du bord libre.

Si l'on trouve dans la profession du malade ou dans les conditions hygiéniques de son existence les causes du développement de la maladie, on s'appliquera à les éloigner. Nous avons signalé l'influence nuisible des poussières, de la chaleur, de la lumière. On fera bien, dans tous les cas, de faire porter des conserves à verres bleus ou fumés garnis de taffetas à leur pourtour, si la maladie a quelque gravité.

Les soins minutieux de propreté seront un adjuvant précieux. Les malades éviteront de porter leurs mains à leurs paupières, de se gratter. Ils feront des lotions fréquentes avec la solution tiède d'acide borique, pour empêcher le séjour des croûtes et l'accumulation des sécrétions qui sont toujours une cause d'irritation. Le matin, en particulier, au réveil, le nettoyage méthodique des bords palpébraux doit être soigneusement exécuté, après avoir au préalable ramolli les croûtes en appliquant pendant un quart d'heure au moins, un tampon de coton hydrophile imprégné de la solution antiseptique.

Dans quelques cas même, il peut être utile de laisser ce tampon appliqué en permanence pendant la nuit, en ayant la précaution de le recouvrir d'un morceau de taffetas imperméable maintenu par une bande. Toutefois ce mode de

pansement perd de son efficacité s'il ne peut être renouvelé au moins une fois dans la nuit.

Les pommades ont de tout temps été en faveur pour le traitement de la blépharite ciliaire. Telles sont les pommades du Régent, de Lyon, de Desault, de la veuve Farnier, qui, d'une manière générale, renferment de l'oxyde rouge de mercure incorporé à de l'axonge. L'oxyde rouge de mercure est, en effet, un bon modificateur de la blépharite, du moins dans les formes légères et superficielles. Il est employé à des doses très différentes par les praticiens. La proportion de 10 centigrammes d'oxyde pour 10 grammes de vaseline ou d'axonge, soit de 1/100, est une proportion moyenne; mais on peut employer jusqu'à 1/20 d'oxyde rouge sans inconvénient.

La pommade est appliquée le soir, sur les paupières avec un pinceau. On en met gros comme un grain de blé, qu'on étale sur le bord libre, en évitant de l'introduire entre les paupières.

Despagnet conseille de traiter les blépharites ciliaires invétérées par le sublimé à haute dose. Il emploie une solution de sublimé à 1 pour 25 dans la glycérine et fait, tous les deux jours, un attouchement du bord palpébral avec ce glycérolé caustique, en ayant soin d'essuyer immédiatement les points touchés avec un tampon de coton, pour empêcher l'œil d'être atteint. Le patient fait, chez lui, des attouchements avec une solution à 1 pour 100. Par ce traitement énergique, Despagnet dit avoir guéri en quelques semaines des blépharites invétérées. (Voyez, Bornol : *Contribution à l'étude de la blépharite ciliaire. Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé.* Thèse de Paris, 1892-1893.)

Lorsqu'il existe de petites pustules à la base des cils, il est bon d'en évacuer le contenu avec la pointe d'une aiguille à cataracte.

Les ulcérations sont souvent modifiées heureusement par une légère cautérisation avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent.

Enfin, l'avulsion des cils déviés vers la cornée doit toujours être pratiquée au moyen de la pince à épiler et en s'aidant au besoin de la loupe.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES

On observe aux paupières des altérations correspondant aux trois périodes de la syphilis, depuis l'accident primitif jusqu'aux gommes.

Le *chancre* induré résulte de l'inoculation du virus déposé directement sur les paupières par contact avec les plaques muqueuses des lèvres ou de toute autre partie. Quelquefois aussi le transport est effectué par les doigts. Les médecins et les sages-femmes sont particulièrement exposés à ce mode de contamination. Il est arrivé encore que le liquide infectieux a été projeté sur la paupière au moment de l'examen de la gorge d'un malade. (Poitout, *Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières.* Thèses de Paris, 1895-1896.)

Le chancre siège plus souvent sur le bord de l'une ou l'autre paupière et quelquefois au niveau du grand angle de l'œil et de la caroncule. Plus rarement, il se montre dans le cul-de-sac conjonctival.

De Graefe pensait que l'inoculation se fait surtout au niveau des orifices des glandes de Meibomius.

Le chancre des paupières est toujours induré, d'après l'opinion des syphiligraphes les plus autorisés. Il s'accompagne d'une induration cartilagineuse, d'une

sorte de plateau caractéristique supportant l'ulcération. Celle-ci a une couleur rouge sombre lorsqu'elle existe sur la face cutanée, d'un gris couenneux quand elle occupe la conjonctive. Les bords sont à pic, mais non déchiquetés. Suivant le siège du chancre on observe l'engorgement caractéristique des ganglions pré-auriculaires ou sous-maxillaires, engorgement indolent et sans adhérence à la peau.

Le chancre induré n'est douloureux que lorsqu'il se complique de phagédénisme.

Le chancre mou dont quelques auteurs, Hirschler, Galezowski, ont rapporté des observations, ne serait, d'après Panas, qu'une plaque muqueuse compliquée de phagédénisme.

Le chancre induré ne détermine que rarement des destructions étendues de la paupière ou des adhérences; mais l'ectropion, le symblépharon et l'ankyloblépharon se voient lorsque des plaques muqueuses développées aux paupières se sont compliquées de phagédénisme.

Hutchinson a décrit une forme particulière de blépharite ulcéreuse qui s'observe chez les enfants atteints de syphilis congénitale et coexiste avec d'autres manifestations. Elle consiste en ulcérations à bords taillés à pic, siégeant au niveau du bord libre, près des commissures.

Les *gommes* se montrent à la période tertiaire de la syphilis acquise. On les voit aussi, dans la syphilis héréditaire, chez les nouveau-nés. Elles laissent en général des cicatrices profondes et sont souvent destructives. Hutchinson, Panas, Lawrence, Wedl en ont rapporté des exemples.

Les gommes palpébrales atteignent parfois un volume considérable; d'autres fois elles se présentent sous la forme diffuse et Hirschler (*Wiener med. Wochenschr.*, 1866, n° 72-74) a décrit une infiltration gommeuse syphilitique des paupières.

On observe encore parmi les accidents tardifs de la syphilis des paupières une *tarsite* décrite par Magawly. Elle est caractérisée par un épaississement énorme des tarses et par l'absence des cils. Vogel, Ch. Stedeman Bull, ont cité des faits de ce genre.

D'une manière générale, les lésions syphilitiques des paupières sont des affections rares. Le chancre induré l'est cependant beaucoup moins que les gommes.

Le ***diagnostic*** de ces affections ne présente ordinairement de difficultés sérieuses que si l'observateur ne songe pas à la possibilité de la syphilis. Très souvent cependant, la nature du mal est méconnue.

Le chancre induré ne pourrait guère être confondu qu'avec l'épithélioma dont le distingue surtout l'apparition récente, l'évolution rapide et l'existence dès le début, du bubon pré-auriculaire ou sous-maxillaire.

Les gommes syphilitiques présentent avec les gommes tuberculeuses des analogies qu'on ne saurait nier et qui plus d'une fois ont dû induire en erreur. Le traitement spécifique sert alors de pierre de touche.

Traitement. — Dès que le diagnostic est posé, le traitement doit être établi aussi promptement que possible. C'est au traitement mixte par les frictions mercurielles et l'administration simultanée de l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours. Les injections hypodermiques de sublimé d'huile grise, de calomel, ou d'autres préparations mercurielles donneraient le même résultat. En même temps, il est utile d'administrer les préparations toniques à l'intérieur.

Le traitement local consiste à modifier les ulcérations par des attouchements légers avec le crayon de nitrate d'argent et à recouvrir ces mêmes surfaces de poudre d'iodoforme ou de pommade au calomel.

Panas vante les bons effets de l'emplâtre de Vigo contre le phagédénisme.

Chez les enfants, l'administration du calomel ou de la liqueur de Van Swiéten dans du lait est préférable aux autres modes de traitement.

ORGELET, FURONCLE ET ANTHRAX

On est d'accord pour considérer l'*orgelet* (*hordeolum*) comme un simple furoncle de la paupière, ayant son siège dans une glande sébacée annexée à un follicule pileux ou dans ce follicule même. Il y a donc entre l'acné de la paupière, le furoncle et l'orgelet une parenté étroite, sinon une similitude complète. L'orgelet est une affection très fréquente. L'anthrax, au contraire, est extrêmement rare aux paupières.

La cause du furoncle aux paupières, comme dans les autres régions, est la pénétration dans la glande ou dans le follicule pileux du *staphylococcus pyogenes aureus*. Les autres causes invoquées autrefois, le lymphatisme, les troubles de la menstruation chez les jeunes filles, la pression du pince-nez ou le contact de la monture du microscope chez les étudiants (Michel), ne jouent qu'un rôle secondaire. Ce sont de simples causes prédisposantes. D'autre part, l'existence d'un microbe explique bien le développement de nombreux orgelets chez un même sujet, par inoculations successives.

Le siège de prédilection de l'orgelet serait, d'après beaucoup d'auteurs, la paupière supérieure. Les auteurs du *Compendium* admettent son égale fréquence à la paupière inférieure. Dans tous les cas, c'est toujours au voisinage du bord libre qu'il se développe.

Il constitue, au début, un petit bouton dur, rouge, douloureux au toucher, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané du bord libre et s'accompagnant rapidement d'une tuméfaction étendue de la paupière, avec gêne de ses mouvements et larmoiement plus ou moins marqué. Au début, la douleur consiste en une simple démangeaison; un peu plus tard, il y a une sensation de tension assez accentuée et quelquefois la douleur prend le caractère pulsatile.

L'orgelet se développant en avant des tarses, les glandes de Meibomius ne participent pas à l'inflammation, non plus que la conjonctive oculaire. Tout au plus constate-t-on un peu d'hypérémie de cette dernière et des arborisations vasculaires sur la face interne du cartilage tarse dans le point voisin de l'orgelet. Mais on a signalé l'engorgement des ganglions pré-auriculaires, qu'il ne faut pas oublier de rechercher. En même temps, il est fréquent d'observer quelques troubles généraux, malaise, inappétence.

La petite masse indurée qui constitue l'orgelet ne tarde pas à s'acuminer; la peau s'amincit et blanchit à son niveau, et, au bout de quatre à cinq jours ordinairement, l'ouverture du petit furoncle se fait en ce point. Il s'écoule une gouttelette de pus jaunâtre, et cet écoulement est suivi d'un soulagement très marqué pour le malade. L'élimination d'un véritable bourbillon semblable à celui du furoncle des autres régions manque dans la plupart des cas. Lorsqu'on a pu, comme l'a fait Michel, examiner au microscope le produit éliminé, on y a trouvé du pus mélangé de masses fibrillaires et de fibrine coagulée. Aujourd'hui,