

CHAPITRE XIX

ORGANES DES SENS

I

MALADIES DES YEUX

PAR M. E. VALUDE

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

I

MALADIES DES PAUPIÈRES

I. BLÉPHARITE CILIAIRE SIMPLE. — *Blépharo-adénite; blépharite séborrhéique.* — La blépharite ciliaire simple n'est pas une affection des premiers âges de la vie; on l'observe rarement même dans ce que Marfan appelle la moyenne enfance, c'est-à-dire dans la période qui s'étend de 2 ans à 6 ans. Cette variété de blépharite, liée fréquemment à une certaine débilité constitutionnelle ou à des troubles de réfraction, se développe plutôt au moment où l'enfant commence à appliquer ses yeux à l'étude, ou à subir l'influence de la croissance, c'est-à-dire vers l'âge de 10 ans.

Symptômes. — Les bords des paupières sont rouges, d'un rose vif: c'est le symptôme capital et qui est d'autant plus remarquable que la coloration des bords palpébraux tranche sur une peau plus blanche; la blépharite simple est, en effet, fréquente chez les sujets blonds dont les tissus sont très pâles, et elle fait souvent partie intégrante de leur physionomie. Les bords des paupières sont aussi un peu épaissis, et les cils qui en partent sont courts, noirs et raides.

Si l'on examine l'état des parties de plus près, à la loupe, on constate que la base des cils est encroûtée d'écailles cireuses, semi-transparentes ou blanchâtres, qui parfois forment de véritables pustules solidifiées. Lorsqu'on les enlève après une friction un peu rude, car elles sont difficiles à détacher, on découvre un bord ciliaire d'un rouge vif, luisant, légèrement humide, mais non pas ulcéré. Parfois, à la base des cils même, on observe un léger suintement incolore. Les cils se laissent facilement arracher dans cette manœuvre, mais on sait qu'ils repoussent assez vite. Suivant que le dépôt séborrhéique se présente sous la forme de masse cireuse molle, ou affecte l'apparence d'écailles blanchâtres, poussiéreuses, on distingue une variété humide ou sèche de blépharite ciliaire simple. Cette affection, pour mériter l'épithète de simple, en raison du peu d'intensité de ses manifestations

morbides, n'en est pas moins d'une grande ténacité, et elle se montre souvent rebelle à tous les traitements et même aux modifications de l'hygiène générale.

Les enfants ainsi affectés se plaignent de supporter difficilement la poussière, la fumée, les lumières, surtout la lumière artificielle, et même la chaleur; de vives démangeaisons les font se porter les mains aux yeux et ils augmentent ainsi les phénomènes irritatifs dont ils souffrent.

Étiologie. — Cette affection est avant tout une maladie constitutionnelle. Horner (Les Maladies des yeux chez les enfants. *Gerhardt's Kinderkrankheiten*, 1889) en décrit une forme héréditaire qui se produirait dès la moyenne enfance et offrirait de plus grandes facilités pour le traitement et un meilleur pronostic. Ordinairement elle naît avant la puberté, chez des sujets blonds, lymphatiques, surtout chez ceux dont les tissus sont pâles. Elle peut disparaître dans l'âge adulte, mais certains sujets la conservent toute leur vie sans que l'altération des bords palpébraux prenne plus de gravité. Les troubles de réfraction ont une certaine influence sur le développement de la blépharite ciliaire chronique, surtout les vices de réfraction qui ont pour conséquence de provoquer des contractions correctrices de l'accommodation. C'est ainsi que l'hypermétropie a été indiquée par Roosa comme une des causes de cette maladie; il faut y ajouter l'astigmatisme.

Les poussées acnéiques qui surviennent à l'époque de la puberté peuvent aussi surexciter ou faire éclore la blépharite ciliaire séborrhéique.

Traitement. — Il importe avant tout d'éloigner toutes les causes d'irritation, vivement reconnues d'ailleurs par le patient atteint de blépharite ciliaire: la lumière artificielle vive est à éviter, ainsi que le séjour au milieu de la fumée, ou bien de poussières irritantes, etc. On corrigera avec soin les vices de réfraction existants et on remédiera par des verres convexes faibles à l'asthénopie accommodative s'il en existe.

Localement, on emploiera en premier lieu les lavages très chauds. Les lotions chaudes sont souvent conseillées mal à propos en thérapeutique ophtalmologique, mais il faut savoir que leur principale indication est dans les blépharites et en particulier dans la blépharite chronique simple. Les lotions seront faites avec de l'eau boriquée ordinaire ou mieux avec une solution de borate de soude à 5 pour 100, ou encore avec une infusion de thé vert ou de camomille. Elles doivent être pratiquées le matin et le soir pendant 2 ou 5 minutes et à une température aussi élevée que l'enfant le pourra supporter (35° à 40° centigrades).

Après ces lavages, on essayera un corps gras en topique. Horner conseille l'huile d'amandes douces simple sans aucun médicament incorporé. Nous employons plutôt la pommade au précipité rouge à 1 pour 100, parfois à l'oxyde de zinc lorsqu'il existe de vives démangeaisons. Le moment de l'application de cette pommade n'est pas tout à fait indifférent: Landolt proscrit formellement les pommades avant le coucher et recommande d'appliquer le topique après le lavage chaud du matin; on le laisse agir pendant *une heure* et on l'enlève au moyen d'un second lavage (Landolt et Gyax. *Thérapeutique opt.*, Masson, éd.). Parfois les pommades sont mal

supportées ; on se trouvera bien alors d'appliquer tous les jours ou tous les deux jours, avec un petit pinceau, au bord des cils, une solution d'acide picrique à 1 pour 100 (Fage).

L'état constitutionnel de l'enfant ne sera pas négligé ; l'amélioration des conditions d'hygiène, un changement d'air, un traitement général approprié, seront à examiner.

II. BLÉPHARITE GLANDULO-CILIAIRE. — *Blépharite ulcéreuse; eczéma marginal des Allemands.* — Cette forme de blépharite, au contraire de la précédente, est très commune chez les enfants de l'âge moyen ; c'est vers l'âge de 5 ou 6 ans qu'on l'observe le plus souvent. A cette période de l'enfance, la blépharite glandulo-ciliaire est ordinairement associée à l'impétigo du cuir chevelu, des oreilles ou de la région mastoïdienne, des orifices du nez et de la bouche ; elle s'accompagne encore plus souvent de lésions pustuleuses du côté de la conjonctive et de la cornée de façon à constituer un état oculaire complexe dans lequel toutes les parties extérieures de l'œil, paupières, conjonctive, cornée, sont envahies.

Quand la blépharite glandulo-ciliaire se montre chez le nourrisson, elle est ordinairement causée par une suppuration lacrymale et ne s'accompagne, ni de pustules conjonctivales, ni de formations impétigineuses cutanées.

Symptômes. — Dans sa forme simple, la blépharite glandulo-ciliaire s'accuse par une rougeur générale des bords palpébraux, qui sont également un peu gonflés. Les cils, accolés par petits bouquets sous forme de pinceaux raides et ternes, pénètrent par leur base dans des pustules encroûtées qui garnissent le sol ciliaire sur une plus ou moins grande étendue. Parfois ces croûtes deviennent si volumineuses qu'elles s'élèvent le long des cils en pyramides solides ; il devient alors très difficile de les enlever. Si par une friction douce, ou avec une pince, on parvient à écarter ces croûtes, on voit s'écouler une sérosité purulente assez peu épaisse, et, à sa place, le bord ciliaire apparaît rose, suintant, inégal, avec de petites dépressions correspondant aux pustules et aux cils qui ont été arrachés (Horner, *loc. cit.*). Les pustules, fermées par des croûtes, qui caractérisent cette forme de blépharite, ne garnissent pas toujours la totalité des bords palpébraux ; souvent la lésion est limitée et la cause doit en être cherchée alors dans l'existence, au voisinage, au cuir chevelu, à la bouche ou aux oreilles, de plaques d'eczéma impétigineux qui ont formé le foyer initial de l'infection. En pareil cas, il suffit de mesures antiseptiques bien prises pour guérir l'affection et surtout l'empêcher d'augmenter. Il est difficile, toutefois, d'éviter la perte de quelques cils (Horner).

Comme cette affection s'observe le plus souvent chez les enfants misérables et surtout mal tenus, il arrive qu'aucune précaution n'est prise pour empêcher le mal d'augmenter en étendue et en gravité. On voit alors les enfants se présenter dans un état lamentable, les quatre paupières entièrement bordées de croûtes épaisses laissant filtrer un écoulement séro-purulent mêlé de larmes ; la peau des paupières elle-même est rougie et gonflée. Les cils sont empâtés dans ces croûtes, s'enlèvent avec elles et, à leur place, le bord des paupières suintant, saignant, apparaît entièrement déchiqueté

par les ulcérations pustuleuses. Par places, des croûtes très étendues recouvrent de véritables lacs de pus. Au voisinage, la conjonctive palpébrale est épaissie, tomenteuse, et son irritation se traduit par de la photophobie qui entraîne du larmolement et un blépharospasme souvent très accentué. Pour peu que cet état se prolonge quelque temps, le bulbe des cils, détruit par l'ulcération, perd sa vitalité ; dans d'autres cas le cil, déchaussé par la suppuration, pousse dans une situation anormale et le plus souvent se dirige du côté de l'œil où il va irriter la cornée. Il en résulte soit une calvitie plus ou moins complète du bord palpébral (*madarosis*), soit du *trichiasis*, c'est-à-dire une déviation de la direction normale des cils. Le bord de la paupière, dans son ensemble, s'épaissit en restant plus ou moins rouge, d'un rouge foncé. Cet état, qu'on décrit sous le nom de *tylosis*, devient chronique et le rebord palpébral induré, hypertrophié et inégal, rappelle l'épaississement de la lèvre supérieure qui s'observe souvent sur le même sujet et relève aussi d'un état impétigineux chronique.

D'autres fois la lésion ne reste pas limitée aux bords palpébraux, mais descend sur la peau de la paupière sous la forme d'eczéma squameux ; les paupières tout entières peuvent être recouvertes d'un lit de croûtes écailleuses argentées, et la peau du voisinage offre une teinte sombre, pigmentée. Le rebord des paupières est alors d'un rouge vif, luisant ; les cils sont tombés et les points lacrymaux, éversés au dehors par l'épaississement et la rétraction cutanée, laissent le liquide lacrymal s'écouler sur la joue et augmenter par sa présence les phénomènes irritatifs dont la peau est le siège. C'est cette variété qui, plus que toute autre, expose les paupières, l'inférieure surtout, à se dévier en totalité au dehors et à se déformer en *ectropion*. Horner fait remarquer, dans son traité, que cette variété d'eczéma squameux peut aussi être primitive et ne pas succéder à des pustules ciliaires ; c'est encore dans cette forme que l'on observe à l'angle externe des paupières des fissures suintantes qui s'entr'ouvrent douloureusement et saignent lorsqu'on veut écarter la fente palpébrale, et rendent difficile l'exploration de l'œil. Avec la variété précédente, par rétraction cicatricielle du bord palpébral, on peut avoir aussi un certain degré d'inversion en dedans du sol ciliaire, ou *entropion*, lequel s'observe le plus souvent à la paupière supérieure.

Il arrive aussi fréquemment que le larmolement, au lieu d'être un phénomène tardif dû au progrès de la rétraction des paupières et à l'éversion des points lacrymaux, se manifeste comme un des premiers symptômes. Il est dû alors à un état catarrhal des muqueuses nasale et oculaire et parfois à une altération de la paroi osseuse du canal nasal qui relève de la scrofule ou du lymphatisme. En pareil cas, c'est le larmolement lui-même qui est la cause de la blépharite et celle-ci prend un aspect un peu particulier. Il ne se forme pas de croûtes exubérantes en un point des bords palpébraux, mais ceux-ci sur toute leur étendue sont recouverts de lamelles plates sous lesquelles apparaît le rebord d'un rouge vif, luisant, d'un aspect baveux, comme corrodé. Les cils ne tardent pas à tomber et ils se montrent rarefiés, courts, disposés par petits bouquets noirâtres et raides. Petit à petit, sans

que l'ectropion devienne considérable, les bords se renversent en dehors ainsi que les points lacrymaux, et le larmolement augmente d'intensité en même temps que les phénomènes de cette blépharite. La muqueuse palpébrale du voisinage est épaissie et rouge, et on observe fréquemment alors, soit une sécheresse des narines avec de la rhinite hypertrophique, soit du catarrhe nasal avec suintement apparent au dehors. Le premier acte du traitement de cette *blépharite lacrymale* devra être de rétablir la perméabilité des voies lacrymales par le débridement des conduits lacrymaux et le cathétérisme; on emploiera ensuite les topiques ordinaires.

Étiologie. — On admet que cette affection est due à une infection du voisinage et d'origine staphylococcique: impétigo du cuir chevelu, des oreilles, de la bouche et de la face, croûtes impétigineuses siégeant à l'orifice du nez et en rapport avec un écoulement chronique des narines.

La malpropreté des enfants, abandonnés à eux-mêmes et rarement lavés, augmente les chances de la contagion et facilite le développement de cette maladie jusqu'en ses degrés extrêmes. Il faut ajouter la misère physiologique et la scrofule, qui, si elles ne constituent pas des causes suffisantes, à elles seules, pour engendrer la blépharite pustuleuse, du moins font de l'enfant misérable un terrain tout préparé, où l'évolution du mal est difficile à enrayer. Dans le cas de blépharite lacrymale, le rétrécissement ou le catarrhe muqueux des voies lacrymales est la cause directe de l'affection.

Traitement. — Ce qui vient d'être dit montre que la principale condition du traitement devra être une rigoureuse propreté. Truc (Truc et Valude, *Nouveaux éléments d'ophtalmologie*. Maloine, éd. Paris, 1896) conseille la désinfection des habits et surtout d'apporter un grand soin au nettoyage des ongles, principaux agents de la contagion; ceux-ci seront tenus très courts. Les cheveux pourront être coupés et en tout cas nettoyés souvent. Horner, qui a décrit soigneusement cette affection dans son traité, met en première ligne du traitement l'ablation des croûtes soit par friction douce avec des cotons imbibés d'une solution boriquée tiède, soit avec une pince si elles résistent. Pour éviter d'arracher les cils, il sera bon d'appliquer pendant quelque temps un cataplasme de fécule ou des compresses d'eau blanche tiède jusqu'à ce que les croûtes, ramollies, puissent être enlevées facilement par friction. Si la blépharite affecte la forme squameuse, les applications humides ne devront pas être prolongées pendant plus d'une demi-heure sous peine de devenir irritantes; lorsqu'il s'agit, au contraire, de la forme ciliaire, caractérisée par des croûtes épaisses limitées aux bords palpébraux, les fomentations chaudes ou les cataplasmes pourront être laissés en place toute la nuit.

Après avoir débarrassé le bord palpébral des croûtes, l'avoir lavé et essuyé, on appliquera soir et matin, et on laissera pendant une heure seulement, la pommade au précipité jaune (lanoline hydratée, 7 grammes, huile de vaseline, 5 grammes; oxyde jaune d'hydrargyre fraîchement précipité, lavé, 1 gramme); les applications de cette pommade, après un lavage rigoureux de la base des cils, suffisent d'ordinaire à amener la guérison.

Si l'usage de cette pommade n'arrive pas à produire la cicatrisation des

ulcères marginaux, on essayera des divers moyens suivants: badigeonnage des surfaces ulcérées avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 100, ou attouchements du fond des ulcères avec la pointe effilée d'un crayon de nitrate d'argent mitigé (Landolt, *loc. cit.*); badigeonnages avec une solution de sublimé dans la glycérine à 1 pour 50 ou 50 (Despagnet). On a conseillé encore des applications circonspectes d'huile de cade ou de hêtre, ou de teinture d'iode plus facile à employer.

Quand les surfaces marginales ulcérées commenceront à se cicatiser et à se recouvrir d'une mince couche d'épithélium, sans suppuration, on reprendra les applications de pommade jaune pour terminer le traitement. Cette médication substitutive jointe au cathétérisme méthodique et progressif des voies lacrymales est celle qui convient le mieux pour le traitement de la blépharite lacrymale. Dans les formes squameuses les applications substitutives de nitrate d'argent ou de sublimé à 1/50 sont toujours nécessaires et peuvent être continuées jusqu'à complète guérison. On a conseillé aussi dans ces cas les lotions très chaudes avec l'eau blanche. Doit-on pratiquer systématiquement l'épilation du bord des paupières? Horner la déconseille dans la phase aiguë de la blépharite pour ne pas augmenter les douleurs et l'acuité de la réaction irritative. On a recommandé de couper les cils au ras de la peau, pour faciliter le nettoyage et l'ablation des croûtes; mais, à côté de cet avantage, il y a l'inconvénient que ces cils coupés en brosse sont bien plus offensants pour la cornée s'il existe de l'entropion spasmodique. En résumé, il suffira d'enlever les cils qui se trouveront pris dans les croûtes au moment du nettoyage, et l'important est que celui-ci soit parfait. A côté de ces moyens locaux on ne devra pas négliger la thérapeutique générale et surtout l'amélioration de l'hygiène individuelle: propreté du corps, séjour dans des locaux propres et bien aérés, bonne nourriture; puis la médication tonique iodurée: huile de morue, préparations iodo-tanniques, bains salés, séjour à la campagne. L'iodure de potassium est même indiqué dans le cas où la blépharite s'accompagne d'altérations osseuses du canal nasal.

III. INFLAMMATIONS LOCALISÉES DES PAUPIÈRES. — *Orgelet; canaliculite tarsienne; chalazion.* — ORGELET (*Hordeolum*). — L'orgelet est un petit furoncle du bord palpébral qui, comme ses congénères cutanés, prend naissance dans les glandes sébacées. Sa caractéristique est de siéger entre les cils et de saillir plutôt en dehors et nullement en dedans du côté de la conjonctive. Les orgelets se multiplient souvent chez le même sujet à la façon des furoncles ordinaires et se reproduisent par pullulation infectieuse.

Symptômes. — Entre les cils, à leur base, on voit se former un bouton d'un rouge vif, dur, luisant, assez douloureux à la pression et donnant des élancements. La peau et les tissus environnants sont plus ou moins œdémateux et de couleur rosée. Puis, en 2 ou 3 jours en général, 4 au plus, la pointe du bouton s'accuse, devient blanchâtre, et s'ouvre pour donner issue à un bourbillon purulent. Alors tout se termine rapidement et la réaction inflammatoire de l'orgelet, comme celle du furoncle, tombe en quelques heures.

Parfois la formation du bourbillon se fait attendre et le gonflement est alors si accusé, comme phlegmoneux, que le diagnostic hésite entre un

orgelet, un érysipèle ou un phlegmon au début : lorsque le siège du mal est au voisinage immédiat de l'angle interne de l'œil, il est encore plus difficile de distinguer, par le simple aspect, l'orgelet d'une dacryocystite phlegmoneuse. On recherchera alors le maximum de sensibilité à l'aide de pressions localisées exercées avec l'extrémité du doigt ou mieux d'un crayon doucement appuyé. En cas d'orgelet, on trouve un maximum de sensibilité très net au centre de la région œdématisée; cette sensibilité est moins limitée en cas de phlegmon ou d'érysipèle et, s'il s'agit de dacryocystite, elle siège au niveau du sac lacrymal exactement.

Traitement. — Au début, à la période de gonflement phlegmoneux, applications résolutes d'eau blanche faible ou de cataplasmes de fécule arrosés de la même solution. Si le bourbillon tarde à s'évacuer spontanément, on ouvrira la pointe du petit furoncle palpébral au moyen d'une simple aiguille flambée. Toilette antiseptique des bords des paupières pour éviter la récurrence.

CANALICULITE TARSIIENNE (*Acné meibomienne*) (Panas); *tarsite périglandulaire* (Horner). — J'ai donné le nom de canaliculite tarsienne à une affection, qui est moins fréquente que la précédente chez les enfants, et s'en distingue par son siège d'abord, qui est le bord interne et non la marge extérieure des paupières, puis par sa marche chronique. Elle survient chez les sujets arthritiques atteints de blépharite simple.

Symptômes. — Au milieu des signes ordinaires de la blépharite, on voit pousser, précisément au bord tranchant de la paupière, une petite élévation conique, d'un rouge vif, uniforme, sans gonflement appréciable du voisinage ni douleurs vives. Ce bouton persiste pendant des jours et même des semaines avec des modifications variables dans les sensations qu'il occasionne, mais sans disparaître complètement. On ne voit point à son sommet se former de pointe blanchâtre, ni sortir de bourbillon; et cette chronicité dans l'évolution, aussi bien que son siège, le distingue entièrement de l'orgelet.

Si l'on renverse alors la paupière, on découvre la muqueuse palpébrale dont l'aspect est caractéristique. Du bouton d'acné part une rougeur vive qui s'étend assez loin sur la conjonctive et au milieu de laquelle on aperçoit un tractus blanc jaunâtre, situé sous l'épithélium, et qui marque le passage du canalicule excréteur de la glande de Meibomius, apparaissant par transparence. C'est qu'en effet cette maladie est un état inflammatoire des canaux excréteurs des glandes de Meibomius, alors que l'orgelet est une infection des glandes sébacées. Quand l'affection est récente et un peu aiguë, le contenu du canalicule est formé par du pus plus ou moins concret; lorsqu'elle est ancienne, ce contenu se transforme, d'après l'observation de Panas, en une sorte de calcul solide constitué par des dépôts calcaires et de fines paillettes de cholestérine. Au début, quand le canal excréteur ne renferme que des produits liquides, on peut, en pressant les paupières entre les doigts, faire sourdre le contenu des canalicules par les orifices des glandes de Meibomius; on voit alors sortir du bord des paupières des filaments blanchâtres et épais, comme du vermicelle fin.

Traitement. — Le traitement consiste à vider et à curetter chacun des canalicules meibomiens enflammés. Avec une pince de Desmares on retournera la paupière en mettant l'anneau du côté de la conjonctive, de manière à bien mettre au jour la muqueuse tarsienne ainsi que les lignes jaunes formées par les canalicules distendus et enflammés. Si la canaliculite ne s'accompagne pas de la formation d'un bouton d'acné palpébral, on se bornera à fendre le canalicule en suivant la ligne jaune visible, et à passer dans le fond de l'incision une curette fine. S'il existe un bouton d'acné qui marque la place de l'orifice extérieur du canalicule, il faut prolonger l'incision jusqu'au bord de la paupière et abraser complètement la saillie.

On traitera ensuite la blépharite par les moyens ordinaires.

CHALAZION ($\chi\alpha\lambda\alpha\zeta\alpha$, *Grêlon*). — Le chalazion est une tumeur inflammatoire qui naît aussi des glandes de Meibomius, mais de la portion terminale, des acini de la glande. Les parties voisines, le tissu cellulaire ambiant prennent part à sa formation et, suivant la phase du processus inflammatoire, la nature des éléments d'infiltration (cellules conjonctives, noyaux embryoplastiques, corpuscules du pus), le chalazion sera dur, fibreux, semblable à une véritable tumeur solide ou ramolli, ou même transformé en pus véritable. Horner considère que le chalazion commence par la rétention des matières excrétoires dans les acini des glandes de Meibomius; autour de ce kyste par rétention se produit une réaction inflammatoire des tissus voisins et le chalazion se trouve constitué. Tangl, Baumgarten ont récemment soutenu que ces productions néoplasiques étaient de nature tuberculeuse; d'autres auteurs, Weiss, Deutschmann, Parisotti, ont cherché en vain les bacilles de Koch dans les chalazions et n'ont pu reproduire par inoculation la tuberculose expérimentale. On admet plus communément que le chalazion est constitué par une infiltration d'éléments conjonctifs, plus ou moins jeunes, dont l'origine est une infection extérieure; il existe, en effet, assez souvent une forme de conjonctivite prémonitoire décrite par Dianoux (de Nantes) comme étant génératrice de ces productions néoplasiques. Le chalazion est un granulome, sa constitution histologique est celle d'un bourgeon charnu, d'un tissu inflammatoire.

Symptômes. — Le chalazion se présente comme une tumeur arrondie qui soulève la peau à une distance variable du bord palpébral, jamais au niveau même de ce bord. Le volume en est variable, depuis celui d'une petite lentille jusqu'à celui d'un grain de maïs et même au delà. La peau qui recouvre le néoplasme conserve parfois ses caractères normaux de minceur et de souplesse; d'autres fois, elle est comme un peu œdémateuse et rouge; c'est que le chalazion est suppuré ou ramolli complètement. Quand le chalazion siège au voisinage de l'angle interne des paupières, ce qui est assez fréquent chez les enfants, vers les canalicules lacrymaux, le tissu cellulaire lâche de la région le dissimule et il apparaît à peine au milieu d'un gonflement diffus; l'opération est aussi plus difficile à pratiquer en ce cas.

Du côté de la muqueuse, à la partie interne des paupières, le chalazion ne peut faire saillie comme sous la peau, à cause de l'application étroite