

contre le bulbe oculaire; toutefois, l'existence du néoplasme inflammatoire s'accuse par une coloration bistrée de la muqueuse qui marque la place du chalazion, par la présence, parfois, de petits bourgeonnements de l'épithélium conjonctival. Le caractère fondamental du chalazion est de siéger à une certaine distance du bord libre des paupières, puisque c'est un néoplasme développé autour des culs-de-sac glandulaires; on le trouve jusqu'à 1 centimètre 1/2 de ce bord.

**Traitement.** — Le traitement prophylactique du chalazion consiste à modifier l'état de la marge ciliaire par des applications très chaudes d'eau boriquée et par l'emploi de la pommade au précipité rouge. Quand le chalazion est formé, on pourra quelquefois le faire résorber au moyen de badigeonnages répétés à la teinture d'iode mitigée par moitié de glycérine; d'ailleurs, la régression peut survenir spontanément. Si le chalazion reste stationnaire, le seul traitement est l'extirpation. Doit-on la faire par la peau ou par la muqueuse? par le dehors au moyen d'une plaie extérieure, ou par le dedans et sans plaie apparente? D'une façon générale, nous préférons l'extirpation par la peau: 1° parce que la plaie, qu'on redoute, se ferme toujours dans les 24 heures et sans laisser jamais de trace visible; 2° parce que l'ablation est plus facilement complète par cette voie; 3° parce qu'enfin la réaction post-opératoire est moins vive que si on opère par la muqueuse. Les malades au bout de 36 heures sont complètement débarrassés, alors que l'opération par la muqueuse laisse l'œil rouge pendant plusieurs jours. Cependant l'extirpation par la muqueuse est à faire, quand le néoplasme tend à saillir sous la muqueuse et se présente moins nettement par la peau, puis aussi quand il existe des bourgeonnements conjonctivaux qu'on voudra gratter et enlever en même temps que le chalazion. Mais l'ablation par la peau donne la satisfaction d'une extirpation plus radicale, parce que le fond de la plaie est formé alors par le cartilage tarse qu'il est facile d'évider jusqu'à disparition de tout vestige du néoplasme. Les récidives sont aussi plus sûrement évitées lorsqu'on agit ainsi.

Pour opérer, on enserrera la paupière et le chalazion dans l'anneau d'une pince de Desmarres, et, avec un bistouri, on transfixera la tumeur suivant une incision parallèle au bord palpébral. Le chalazion ainsi ouvert sera cureté et débarrassé de son intérieur, plus ou moins ramolli ou même purulent, au moyen d'une petite cuiller tranchante. Il restera alors les deux moitiés de la coque fibreuse d'enveloppe qui seront prises successivement entre les mors d'une pince à dents de souris et extraites par dissection en deux coups de ciseaux. Il est inutile, à moins que l'incision ne dépasse 1 centimètre 1/2, de placer un point de suture, la plaie se tenant close d'elle-même.

**IV. ABCÈS DES PAUPIÈRES.** — Des abcès chauds des paupières peuvent s'observer dans l'érysipèle ou au cours de la variole: ils se présentent alors avec une fluctuation qui ne peut permettre de doute sur leur nature. Il en est de même des abcès froids ossifluents qui surviennent dans la même région à la suite d'altération des os du voisinage et principalement de l'os malaire. Leur description rentre dans celle des abcès tuberculeux osseux en général.

**V. TUMEURS DES PAUPIÈRES.** — Nous ne ferons qu'énumérer ici les tumeurs des paupières qui n'offrent rien de spécial à cette région et qu'on retrouve ici avec les caractères qu'elles offrent en d'autres points du corps; ce sont: le *miliùm*, le *molluscum*, l'*éléphantiasis*, les *tumeurs sarcomateuses*.

Notre place, en ce traité, est tellement limitée, que nous devons nous restreindre aux affections qui n'ont pas d'analogie avec celles dont on trouvera la description dans les autres parties de l'ouvrage. Nous devons néanmoins mentionner plus particulièrement l'*angiome*, et le *névrome plexiforme* surtout qui est une affection spéciale aux paupières et à l'enfance.

L'*angiome* est fréquent chez les enfants aux paupières où il affecte l'aspect d'une tumeur molle, de couleur bleuâtre, réductible, assez bien limitée. On le traitera avec succès par l'électrolyse.

Le *névrome plexiforme* est une affection curieuse et rare, caractérisée anatomiquement par un feutrage composé de nerfs dégénérés auxquels s'est substitué du tissu conjonctif hyperplasié et dense.

Cette maladie se présente sous la forme d'un gonflement diffus siégeant ordinairement au niveau de la queue du sourcil et de la région palpébrale externe. La peau conserve son aspect normal, bien que parfois un peu épaissie, comme éléphantiasique. Par la pression, le doigt perçoit quelque chose de pâteux tenant le milieu entre le lipome et l'emphysème (Panas).

Le seul traitement est l'extirpation du tissu conjonctif hyperplasié après qu'on l'aura mis à nu et disséqué. Il n'est pas facile d'arriver à une extirpation complète sans amener à la suite une déformation de la région ou un ectropion.

**VI. BLÉPHAROSPASME.** — Le spasme clonique ou tonique des paupières, clignement simple ou blépharospasme, est souvent, comme nous l'avons vu, l'expression de la photophobie qui est un des signes ordinaires des inflammations conjonctivo-palpébrales et spécialement des granulations papillaires du cul-de-sac inférieur; il est plus fréquent encore quand la cornée est intéressée par le processus pathologique, et qu'il existe de la kératite phlycténulaire. En dehors de ces cas, on le rencontre encore chez de jeunes enfants de 8 à 10 ans, qui commencent à travailler à l'école pendant plusieurs heures par jour, et qui présentent des troubles de réfraction et surtout de l'hypermétropie ou de l'astigmatisme. Parfois aussi, il se manifeste chez des enfants nerveux, sans aucun trouble de réfraction ni lésion de l'œil; c'est alors un tic souvent léger et passager, un simple clignement. Il sera donc indiqué en présence du blépharospasme ou du clignement, qui n'est qu'un symptôme commun à plusieurs états morbides, d'en rechercher la cause, et le premier acte sera de la faire disparaître par un traitement approprié: port de verres ou traitement de la kératite. Comme thérapeutique applicable aux cas extrêmes de blépharospasme compliquant les kératites, on essayera des applications locales glacées sous forme de douches en jet, faites tous les matins avec force sur les paupières fermées à l'aide d'un appareil laveur. Quand ces moyens ne donnent pas de résultat, on se trouvera bien, d'après la pratique de Gayet, de faire subir à l'enfant



des séances répétées de dilatation palpébrale au moyen d'un écarteur des paupières laissé en place pendant quelques instants. En dehors de ces blépharospasmes symptomatiques, il existe un état spasmodique des paupières qui constitue tout ou partie de l'affection connue sous le nom de tic non douloureux de la face. C'est là une maladie nerveuse de dégénérescence dont la description a trouvé sa place en d'autres parties de cet ouvrage.

VII. DÉVIATIONS DES CILS ET DES BORDS PALPÉBRAUX. — On appelle TRICHIASIS une déviation des cils telle que ceux-ci, au lieu de présenter leur courbure normale, prennent toutes sortes de directions, dont la plus générale est celle d'après laquelle les cils, retournés vers l'intérieur des paupières, arrivent à frotter le globe oculaire et la cornée. Le trichiasis, chez les enfants, est ordinairement uni à de l'entropion, et ces deux affections connexes peuvent être décrites ensemble, car elles ont les mêmes origines et sont justiciables du même traitement.

ENTROPION. — Dans l'entropion, la rangée des cils, soit que ceux-ci aient conservé leur direction normale, ou l'aient perdue (trichiasis), est tout entière inversée en dedans du côté du globe de l'œil; les bords palpébraux ont subi un enroulement qui peut être assez complet pour que les cils aient disparu dans le cul-de-sac palpébral; ceci se voit surtout à la paupière inférieure. On distingue deux sortes d'entropions: l'entropion *musculaire* ou *spasmodique*, qui s'observe comme phénomène concomitant de certaines affections de la cornée accompagnées de photophobie; cet entropion est simple, non compliqué de trichiasis, et les paupières n'ont aucune lésion matérielle. La deuxième forme, l'entropion *conjunctival* (Horner) ou *cicatriciel*, est causée par les rétractions cicatricielles de la muqueuse palpébrale qui s'observent à la suite de certaines ophtalmies: conjonctivite diphtéritique, ophtalmie purulente, traitées avec abus par le nitrate d'argent, etc., mais surtout dans le trachome ou ophtalmie granuleuse. Dans cette forme d'entropion, suivant que la rétraction cicatricielle aura agi sur une partie plus ou moins étendue de la paupière, l'enroulement en dedans du bord ciliaire sera partiel ou total; c'est dans l'entropion cicatriciel que s'observe le trichiasis, quand la maladie originelle a porté ses atteintes jusque vers la rangée des cils. L'effet funeste de l'entropion, à quelque catégorie qu'il appartienne, est d'engendrer, ou d'entretenir, si elle existe déjà, une vive irritation oculaire; celle-ci se traduit par une vascularisation superficielle de la cornée, puis des ulcérations qui peuvent aboutir à des désordres irrémédiables, une infection périkératique qui occasionne de la photophobie, du larmolement, du blépharospasme enfin, lequel exagère la tendance à l'entropion et vient établir un cercle vicieux dont il importe de faire sortir le malade qui est atteint de ces phénomènes douloureux.

Traitement. — L'entropion *spasmodique* est surtout justiciable du traitement étiologique, et il guérira de lui-même avec les lésions cornéennes qui sont l'origine de la photophobie et du spasme palpébral. Cependant il est parfois si accentué, qu'il constitue par lui-même un véritable obstacle au traitement des lésions oculaires et qu'il est nécessaire, avant de pouvoir

traiter la cornée, de débarrasser le malade de son entropion. On aura recours alors à l'opération connue sous le nom de *canthoplastie*, ou débriement de l'angle externe des paupières, et qui a pour double effet d'élargir la fente palpébrale et de sectionner le muscle orbiculaire au niveau de la commissure externe de l'œil. L'application de deux ou trois sutures de Gaillard aura le même effet.

L'entropion *cicatriciel* n'est justiciable que de la thérapeutique opératoire. S'il est partiel, on remontera les cils déviés, au moyen d'un lambeau quadrangulaire mobile, suivant le procédé de Spencer-Watson, ou par le dédoublement de la paupière d'après la méthode bien connue de Joesche-Arlt; s'il est total, on s'adressera aux procédés d'Anagnostakis et de Panas, décrits sous le nom de redressement du sol ciliaire avec tarsotomie. Il est des cas rebelles où l'opération de Panas reste impuissante à ramener au dehors les cils déviés par un cartilage tarse entièrement recroquevillé. Truc a modifié, pour ces cas extrêmes, les procédés de Gayet et de Jungken, et, au moyen de lambeaux, en languettes ou en anse de panier, il remplace tout ou partie de la marge palpébrale pendant que la région des cils et les cils eux-mêmes sont transportés et transplantés au-dessus. Cette tarsomarginoplastie est applicable aux entropions de toute la marge ciliaire aussi bien qu'aux entropions partiels.

ECTROPION. — L'ectropion *musculaire* qui résulte d'une luxation du cartilage tarse par une contraction de l'orbiculaire est rare chez les enfants; de même l'éversion palpébrale due à la paralysie du muscle orbiculaire; les deux formes cliniques de l'ectropion chez les enfants sont l'ectropion *muqueux* et l'ectropion *cicatriciel*. L'ectropion *muqueux* est le résultat de blépharites invétérées ayant provoqué la chute graduelle des cils et rongé le bord palpébral; il s'observe surtout dans les états lacrymaux, alors que le larmolement incessant entretient une blépharite squameuse perpétuelle dont l'effet est de rétracter la peau de la paupière et d'amener le rebord des paupières à se détourner en dehors. L'ectropion muqueux appartient surtout à la paupière inférieure, car il est lié étroitement à l'irritation causée par l'écoulement des larmes sur la joue, que celui-ci provienne d'une blépharite initiale ou d'une obstruction primitive des voies lacrymales. Les paupières apparaissent privées de cils, ou garnies de cils noirs et raides, groupés en faisceaux maigres; les bords sont déjetés en dehors et la marge palpébrale est occupée par un bourrelet muqueux rouge et suintant de larmes. Les dimensions et l'exubérance de ce bourrelet muqueux donnent la mesure de l'ectropion. Les points lacrymaux sont d'ordinaire éversés en dehors.

L'ectropion *cicatriciel* succède ordinairement à une brûlure et, sous cette forme, il est assez fréquent chez les enfants, que la négligence des parents ou des gardiens laissent seuls à la maison en compagnie de poêles allumés; plus rarement, il se voit dans les plaies verticales de la paupière suivies de cicatrisation vicieuse. Dans ces ectropions cicatriciels s'observent les plus grandes diversités de déviations, depuis l'éversion la plus faible



usqu'au retournement complet des paupières, retournement qui amène parfois la rangée des cils au milieu du front et de la joue. Les globes oculaires exposés au contact de l'air s'ulcèrent et la cornée peut se perforer ou s'altérer profondément.

**Traitement.** — Le traitement de l'ectropion *muqueux* aura pour but premier de rétablir le cours des larmes au moyen du débridement des canalicules lacrymaux et du cathétérisme progressif. Simultanément, on cherchera à modifier la muqueuse ectropionnée et à en amener la rétraction au moyen de cautérisations journalières au nitrate d'argent en solution à 1 ou 2 pour 100. Si cette thérapeutique ne conduit pas à un résultat complet, on pourra exciser le bourrelet muqueux ou le détruire par la cautérisation ignée. Tout récemment, Jocs a proposé de pratiquer en des cas semblables des cautérisations verticales de la muqueuse palpébrale, de manière à créer des traînées cicatricielles capables de provoquer le retrait en arrière du bord palpébral éversé en dehors.

Contre les déviations *cicatricielles*, les seules réparations plastiques (autoplastie, hétéroplastie) sont de mise, et nous ne pouvons guère ici nous étendre sur un sujet qui comporte de grands développements. Disons seulement que, lorsque l'état des tissus voisins le permet, c'est-à-dire quand la peau du voisinage, cicatricielle ou non, est mobile, c'est la méthode française par glissement des lambeaux et pivotement (Denonvilliers) qui donne les résultats les plus beaux au point de vue de l'aspect ultérieur des parties. L'autoplastie sans pédicule (lambeau de Lefort-Wolfe ou greffe de Thiersch) donne aussi d'assez beaux lambeaux, mais différant davantage du reste des paupières. L'opération italienne des frères Tagliacozzi renouvelée par Berger donne d'excellents résultats, mais elle nécessite de la part du chirurgien et de ses aides une grande habitude de ces procédés.

Une variété particulière d'ectropion cicatriciel est celle qui résulte de la nécrose de l'os malaire et de l'abcès ossifluent qui en est la conséquence. C'est pour remédier à cet ectropion partiel de la paupière inférieure que Richet a imaginé son opération par échange de lambeaux.

**SYMBLÉPHARON.** — Le symblépharon est le résultat de l'adhérence anormale de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire. Les brûlures, la diphtérie, en sont la cause habituelle. Le symblépharon, sauf quand il atteint la cornée ou empêche l'occlusion palpébrale, n'est pas grave et gêne souvent même assez peu les mouvements de l'œil.

**Traitement.** — S'il s'agit de simples brides, on les incisera et on cherchera, par des sutures séparées, à empêcher la réunion des parties divisées. S'il existe une adhérence large, il faut dégager le globe et recouvrir les surfaces cruentées au moyen de lambeaux pris au voisinage. Teale découpe, à cet effet, des lambeaux dans la conjonctive bulbaire; Samelsohn prend la peau fine des paupières; d'autres auteurs ont songé à l'hétéroplastie et on a comblé ainsi les culs-de-sac conjonctivaux avec des fragments de muqueuse buccale, pénienne, avec de la peau de grenouille même. L'affection est généralement rebelle à toute tentative. A défaut de pouvoir remédier au symblé-

pharon établi, on en a poursuivi la prophylaxie et, en présence d'une brûlure ou d'une diphtérie conjonctivale, on s'est efforcé d'empêcher les culs-de-sac de se fermer sous l'effort des brides cicatricielles. A cet effet, certains auteurs conseillent de passer tous les jours un stylet mousse dans le fond de la plaie; d'autres font porter au malade une coque de verre destinée à maintenir intégrale la profondeur des culs-de-sac; le tout reste ordinairement sans résultat.

**VIII. ANOMALIES CONGÉNITALES. — PTOSIS.** — Le ou la ptosis est la chute plus ou moins complète de la paupière de façon que le globe oculaire, la cornée et la pupille se trouvent masqués sur une étendue variable; chez les enfants, il est presque toujours congénital. Chez les nouveau-nés, quand le ptosis est monolatéral, on l'a rattaché quelquefois à un traumatisme obstétrical; mais Horner s'élève contre cette manière de voir; pour lui, le ptosis est toujours congénital et causé par une paralysie ou l'absence du muscle releveur. D'ailleurs, le ptosis des enfants s'accompagne souvent d'autres anomalies congénitales.

Les enfants atteints de ptosis marchent la tête renversée pour permettre à leurs regards de se porter en avant; le muscle frontal est en état de contraction perpétuelle pour venir en aide, par le plissement du front, à la paupière tombante; les sujets offrent un air endormi caractéristique qui déteint sur leur moral et détermine leurs aptitudes.

Parfois le ptosis s'améliore avec le temps; d'autres fois, il reste fixe et, dans ce cas, il faut chercher à relever la paupière au moyen d'une opération.

**Traitement.** — Trois méthodes principales sont en présence. L'une d'elles cherche à créer dans le muscle frontal un appui et un suppléant au muscle releveur absent ou paralysé. Dans ce but, Dransart (de Somain) et Pagenstecher (de Wiesbaden) conduisent des anses de fil à travers les tissus de la paupière depuis le bord ciliaire jusqu'au-dessus du sourcil; les traînées cicatricielles créées par le passage, puis par la striction progressive de ces fils laissés en place pendant un certain nombre de jours, fournissent ainsi des sortes de tendons spéciaux qui permettent au muscle frontal d'actionner directement la paupière et de la relever comme un store. Gayet a proposé de passer ainsi non pas des fils de soie, mais un fil métallique qu'on rougirait au moyen d'un courant électrique de façon à assurer et à augmenter l'effet cicatriciel. Poursuivant un but analogue, Panas a décrit une opération dans laquelle il rattache directement, au moyen d'un lambeau palpébral passant sous le sourcil détaché en forme de pont, le cartilage tarse au muscle frontal. Une seconde méthode se propose simplement de raccourcir la paupière dans sa hauteur et, par conséquent, de diminuer le ptosis. C'est l'idée qui était venue aux premiers opérateurs, mais pour cela faire ils se bornaient à exciser la peau, ce qui ne sert à rien, car la laxité des tissus voisins ramène aussitôt les choses en l'état. On sait maintenant que le succès n'est obtenu que si l'on résèque une portion du contenu solide et fixe de la paupière, c'est-à-dire le muscle orbiculaire et surtout le cartilage tarse. C'est ce que Gillet de Grandmont a réalisé dans son procédé d'excision semi-lunaire du cartilage tarse et de l'orbiculaire; dans ce procédé, on res-



pecte même la peau, ce qui ne l'empêche pas de donner de bons résultats.

La troisième méthode, due à Motais, puis à Parinaud, consiste à rattacher le releveur de la paupière, ou plutôt son tendon, au muscle droit supérieur, de façon à faire dépendre le relèvement de la paupière de la contraction de ce muscle et, par suite, de l'élévation du globe. La condition indispensable pour que l'opération de Motais-Parinaud soit réalisable, est que le droit supérieur ne soit pas lui-même paralysé ou atrophié, ce qui est souvent le cas dans le ptosis congénital.

**ÉPICANTHUS.** — L'épicanthus est constitué par deux replis cutanés qui recouvrent les commissures internes des paupières. Le nez est aplati à sa racine et c'est l'exagération de ce qu'on connaît du type mongol.

Pour remédier à cette déformation, quand elle est exagérée, on a coutume d'exciser au milieu du nez, entre les deux yeux, un lambeau elliptique suffisamment étendu pour que l'épicanthus ait complètement disparu; on suturera ensuite profondément.

Toutefois, la suture qui résulte de cette opération subit un fort tiraillement et est très sujette à céder, ce qui entraîne un insuccès d'autant plus fâcheux qu'il persiste alors une déformation cicatricielle choquante; aussi a-t-on conseillé de prendre de l'étoffe de chaque côté du nez au lieu de choisir le milieu du nez pour la perte de substance cutanée.

**COLOBOME.** — C'est une échancrure congénitale du bord palpébral; un double avivement, suivi de sutures profondes et superficielles comme dans le bec-de-lièvre, est l'opération indiquée et nécessaire, car l'exposition, sans défense, à l'air, de la cornée et du globe oculaire, peut être suivie des altérations les plus graves.

## II

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE, DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE

I. OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS. — *Blennorrhœa neo-natorum, ophthalmie gonorrhéique, gonocoque.* — Il faut se garder de croire malgré le sous-titre de ce chapitre que toutes les ophthalmies des nouveau-nés soient de nature blennorragique. Le gonocoque de Neisser n'est pas en cause dans plus de la moitié des cas et encore seulement pour les ophthalmies qui débutent avant le 8<sup>e</sup> jour. Après ce délai, il n'y a guère d'ophtalmie gonorrhéique vraie, et, avant, la moitié des cas d'ophtalmies contiennent peu ou pas de micro-organismes pathogènes.

**Symptômes.** — *Début.* — Au 5<sup>e</sup> jour de la naissance le plus souvent, ou le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour, rarement le 6<sup>e</sup> ou le 8<sup>e</sup>, dernière limite (Morax), se montre, sur un œil d'abord, rarement des deux côtés à la fois, un gonflement rosé des paupières qui ne tarde pas à prendre des proportions considérables, surtout à la paupière supérieure. Les bords palpébraux offrent parfois une coloration d'un rose très vif qui fait reconnaître le début de

l'ophtalmie avant le gonflement. A ce moment, si on écarte les paupières, ce qui est encore à cette période une chose facile, on voit sourdre quelques gouttes d'un liquide clair, très transparent, d'un jaune citron foncé. Chez certains enfants, qui présentent pendant leurs premiers jours une teinte subictérique, ce liquide, dit liquide *citrin*, prend une coloration d'un jaune ocre foncé, sans cesser d'être clair. On ne trouve ce liquide que dans l'ophtalmie gonococcique au début; il est caractéristique. En retournant les paupières, on constate alors que la muqueuse conjonctivale est un peu gonflée et d'un rouge intense; on peut, dès ce moment, mais surtout dans les jours qui suivent, découvrir dans le fond des culs-de-sac palpébraux des filaments jaunâtres formés de muco-pus. Le lendemain et le surlendemain (2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jour de l'ophtalmie), le gonflement des paupières augmente considérablement; la paupière supérieure, principalement, est tuméfiée au point de perdre complètement sa mobilité et de maintenir l'œil dans un état d'occlusion hermétique, de telle sorte que son bord libre dépasse et cache les cils de la paupière inférieure. L'enfant n'ouvre plus les yeux. A cette période la conjonctive, toujours très rouge, est devenue rugueuse et boursoufflée, au niveau des culs-de-sac palpébraux; l'écartement des paupières fait sortir à flots ou même jaillir avec violence<sup>1</sup> un liquide séro-purulent louche, d'aspect floconneux. La période de sécrétion claire et transparente est passée. A ce moment la cornée n'a encore subi aucune atteinte.

*Période d'état.* — Elle commence vers le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour de la maladie et c'est au cours de cette période que les complications sont à redouter. Les paupières demeurent gonflées, résistantes, glissantes, difficiles à retourner. La muqueuse, de plus en plus foncée, gonflée et chémotique, devient parfois d'un rouge violacé; elle se creuse dans les culs-de-sac de sillons profonds qui s'étendent parfois d'un angle de l'œil à l'autre. La sécrétion est devenue plus concrète et quelquefois moins abondante; elle est constituée par du pus crémeux et bien lié, qui offre une coloration variée, tantôt jaune pâle comme le pus ordinaire, tantôt d'un jaune d'or si l'enfant est quelque peu subictérique, tantôt jaune verdâtre comme dans le phlegmon. La sécrétion est moins abondante en ce sens qu'elle ne jaillit pas hors des paupières, mais le pus se reproduit avec une très grande rapidité et les lavages, pratiqués même toutes les demi-heures, en retrouvent une quantité égale. L'emploi des écarteurs est devenu nécessaire pour permettre l'examen de la cornée qui disparaît derrière le chémosis qui l'environne. La cornée à cette période, en effet, peut être le siège de plusieurs sortes d'accidents qui proviennent tous de l'infiltration, dans son épaisseur, des éléments septiques de la suppuration. Ces accidents et ces complications sont pour ainsi dire la règle si la maladie est abandonnée à elle-même; ils sont rares et même exceptionnels dans les cas d'ophtalmie franche traités avec soin.

**COMPLICATIONS CORNÉENNES.** — Le premier signe de la complication cornéenne est une infiltration blanchâtre de forme ronde ou ovale. Au milieu de cette infiltration, on aperçoit une perte de substance épithéliale, générale-

(1) La projection de ce liquide peut être assez forte pour atteindre les yeux de l'entourage et il faut y prendre garde. Certains ophtalmologues ont préconisé, à cet effet, de larges lunettes protectrices.