

L'œdème inflammatoire de la conjonctive accompagne les affections inflammatoires les plus diverses, telles que: l'inflammation des paupières (érysipèle, orgelet), du bord orbitaire (périostite), du sac lacrymal (dacryocystite), de la conjonctive (surtout la blennorrhée aigüe), du globe oculaire (kératite suppurée, iridocyclite, choroïdite suppurative et panophtalmite), ensuite les inflammations des tissus rétro-bulbaires (ténonite, phlegmon de l'orbite). L'œdème inflammatoire se produit surtout fréquemment chez les personnes âgées, dont la conjonctive est particulièrement extensible et lâche, à tel point que l'œdème s'observe ici quelquefois à l'occasion d'un catarrhe léger. Généralement c'est au niveau de la fente palpébrale que l'œdème est le plus développé, parce qu'à cet endroit la pression des paupières n'existe pas. Il n'est pas même rare de voir, dans la fente palpébrale, un repli de la conjonctive œdématisée engagé entre les paupières.

On provoque artificiellement un œdème inflammatoire de la conjonctive, dans un but curatif, par l'emploi de la *dionine* (ou de la péronine, voisine de celle-là au point de vue chimique, mais moins soluble). Si l'on dépose un peu de dionine finement pulvérisée ou qu'on en instille une solution à 5 p. 100 dans le sac conjonctival, il survient, après quelques minutes, un sentiment de brûlure et une vive injection de l'œil, liée à un œdème très considérable de la conjonctive, de sorte qu'il se produit un violent chémosis.

Après quelques heures, l'œdème s'évanouit; si l'on répète plusieurs fois l'application du remède, son action va en diminuant. Il est hors de doute que cette abondante exsudation de sérum dans la conjonctive modifie la circulation intraoculaire. On attribue donc à la dionine un pouvoir résorbant, aussi l'emploie-t-on pour éclaircir les taies cornéennes. Dans l'iridocyclite et la sclérite, la dionine calme les douleurs violentes et diminue peu à peu la rougeur de l'œil. Elle réussit également fort bien contre la forte photophobie dans la conjonctivite eczémateuse, la kératite parenchymateuse, etc.

La cause de l'œdème non inflammatoire se trouve dans une hydrémie ou une stase sanguine. L'œdème hydrémique s'observe quelquefois comme symptôme de l'albuminurie. Alors il revient plusieurs fois, pour disparaître chaque fois rapidement (œdème fugace). Une espèce particulière d'œdème, c'est l'œdème de filtration de la conjonctive bulbaire. On l'observe après une opération ou une lésion traumatique, en suite desquelles la sclérotique a été perforée dans son segment antérieur. Il est dû à ce que, entre les lèvres de la plaie incomplètement fermée, s'échappe l'humeur aqueuse, qui fuse sous la conjonctive. Lorsque la cicatrisation est terminée, l'œdème disparaît habituellement; mais, aussi longtemps qu'il reste un petit pertuis dans la sclérotique, l'œdème persiste. C'est ce qu'on appelle une cicatrice cystoïde (fig. 101). — L'œdème de filtration a son siège, soit au niveau de l'ouverture fistuleuse, soit dans un point déclive de la conjonctive bulbaire, parce que, obéissant à la pesanteur, la sérosité descend.

Il n'est pas rare d'observer dans la conjonctive sclérale de petites vésicules limpides, disposées comme les perles d'un collier ou en forme de bourrelets allongés en boudins. Il s'agit ici de vaisseaux lymphatiques dilatés et

remplis d'une sérosité claire: ce sont des *lymphangiectasies*. On les voit aussi bien dans le cours d'une inflammation conjonctivale que sur une conjonctive parfaitement saine.

Les *ecchymoses* conjonctivales, si peu dangereuses qu'elles soient, effrayent les patients par leur brusque apparition. Leur inquiétude est surtout vive lorsque, dans les premiers jours de son apparition, ce qui est fréquemment le cas, l'ecchymose prend encore de l'extension. La pinguécula se dessine particulièrement bien sur le fond rouge de l'ecchymose, sous forme d'une tache claire, blanchâtre ou jaune. Au niveau de la cornée, l'ecchymose rouge est limitée par un mince liséré gris. C'est le bord interne du limbe conjonctival, trop solidement fixé à la cornée pour permettre au sang de le soulever. Dans les yeux à iris bleu, celui-ci prend souvent, au point qui correspond à l'ecchymose, une teinte verte. Cette coloration est due à la présence, entre les lamelles cornéennes, d'une mince couche de sang (en couche mince, le sang paraît vert), derrière laquelle l'iris paraît vert.

La présence de l'air sous la conjonctive bulbaire (emphysème) s'observe quelquefois, en même temps que sous la peau des paupières ou dans le tissu orbitaire (voir § 115 et § 133).

### XIII. — TUMEURS DE LA CONJONCTIVE.

§ 26. — On rencontre dans la conjonctive des tumeurs, tant bénignes

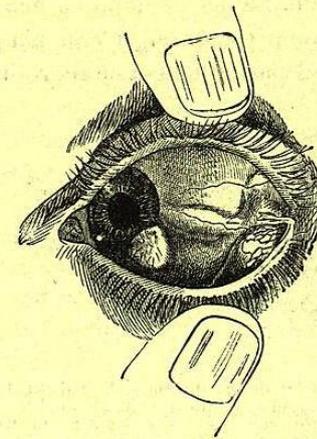


FIG. 43. — *Dermoïde cornéen et lipome sous-conjonctival* chez une jeune fille de treize ans. — Le dermoïde, pourvu de poils, siège au bord inféro-externe de la cornée, mais plus sur la sclérotique. Pour voir le lipome, on doit faire tourner l'œil fortement en dedans. Le lipome a une forme un peu différente de la normale; en effet, il est divisé en deux lobes, l'un plus bombé sous la paupière inférieure, l'autre plus aplati sous la paupière supérieure, et de plus envoie un prolongement jusqu'au bord externe de la cornée. Il est partout recouvert de la conjonctive, ferme, analogue à la peau, qui pourtant laisse voir, par transparence, la couleur jaune de la graisse sous-jacente.

que malignes. Parmi les tumeurs *bénignes*, la plus importante est le *dermoïde*. C'est une tumeur lisse, de consistance dure, qui siège à cheval

sur la conjonctive et sur la cornée, à laquelle elle est solidement fixée. Le plus fréquemment, on la rencontre sur le bord externe (temporal) de la cornée (fig. 43). Le dermoïde est blanc ou rougeâtre, sa surface a l'aspect épidermique et très souvent sec. Il est quelquefois couvert de fins poils follets, ou même de poils plus longs.

L'examen histologique démontre que la structure du dermoïde est la même que celle de la peau. Il est constitué par un stroma de tissu conjonctif, revêtu d'un épiderme, et contient des follicules pileux, ainsi que des glandes variées. Le dermoïde forme ainsi un îlot cutané, implanté à la surface du globe oculaire.

Les tumeurs dermoïdes sont toujours congénitales et coexistent souvent avec d'autres anomalies congénitales, telles que des colobomes des paupières ou des appendices cutanés d'aspect verruqueux devant les oreilles. Quelquefois, les tumeurs dermoïdes peuvent acquérir, par la suite, un grand développement.

Les dermoïdes ont pour inconvénient de produire une difformité fort apparente. Lorsqu'ils sont grands, et surtout quand ils sont couverts de poils, ils irritent l'œil mécaniquement; ils gênent, en outre, la vue, s'ils atteignent le champ pupillaire de la cornée. On les enlève en détachant minutieusement la tumeur de la conjonctive et de la cornée sous-jacentes. Ensuite, on attire la conjonctive avoisinante et on en couvre la plaie aussi exactement que possible. La partie de la cornée où la tumeur était implantée, reste opaque pour toujours. Si l'on n'a pas enlevé exactement toute la tumeur, elle peut partiellement se reproduire.

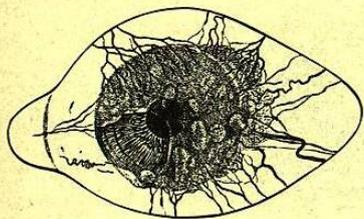


FIG. 44.

FIG. 44. — Épipithéliome du limbe et de la cornée. — Le patient, âgé de cinquante-six ans, avait remarqué, treize ans auparavant, qu'une peau grandissait au bord externe de la cornée de l'œil gauche. La cornée est recouverte, dans toute son étendue, sauf dans le quadrant inféro-interne, d'une production grise, grossièrement bosselée, parcourue par de nombreux vaisseaux venus du limbe. Dans cette production, on voit, à la loupe, des points clairs, isolés (perles épithéliales), qui lui donnent par places un aspect de gravier. Le néoplasme s'étend de la cornée au limbe et, au côté temporal, occupe une partie de la conjonctive bulbaire, qui a gagné un aspect bosselé et est en partie infiltrée.

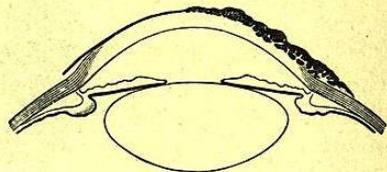


FIG. 45.

FIG. 45. — Coupe de l'hémisphère antérieur de ce même œil dans le méridien dirigé de dehors et en haut, vers le bas et le côté interne.

Comme tumeurs *malignes* de la conjonctive, on observe l'épithéliome et le sarcome. Ces tumeurs naissent ordinairement sur le limbe conjonctival, d'où elles se propagent sur la conjonctive, ainsi que sur la cornée.

L'épithéliome constitue une tumeur lisse, non pigmentée, à large base. Elle se localise, pendant longtemps, dans les couches superficielles de la conjonctive et de la cornée, sur laquelle elle se développe souvent à la façon d'un pannus (fig. 44 et 45). L'épithéliome a beaucoup de tendance à s'ulcérer superficiellement.

Les sarcomes qui naissent sur le limbe, sont d'ordinaire pigmentés (mélanosarcomes). A l'inverse de l'épithéliome, le sarcome se développe plus en hauteur qu'en largeur, et il n'est retenu aux tissus sous-jacents que par une base étroite. Le sarcome est donc une tumeur noirâtre très proéminente, en forme de champignon, souvent couchée sur la cornée, dont elle couvre une grande partie. En soulevant la tumeur, on constate que la cornée sous-jacente est en majeure partie normale (fig. 46 et 47).

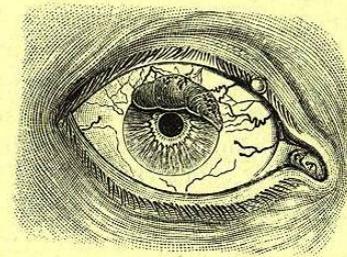


FIG. 46.



FIG. 47.

FIG. 46. — Mélanosarcome du limbe entamant la cornée. — Le néoplasme, d'un brun foncé, en forme de boudin, part du limbe et recouvre le tiers supérieur de la cornée. A sa surface, on voit des veines dilatées. Sur la sclérotique, on remarque les veines ciliaires antérieures, qui plongent à une certaine distance du bord cornéen. Le bord de la paupière supérieure porte, près de l'angle interne des paupières, un petit kyste transparent. Celui-ci est placé justement dans la ligne des cils et provient d'une glande de Moll.

FIG. 47. — Coupe verticale du même œil. — La tumeur repose seulement sur la cornée sans l'entamer.

L'épithéliome, aussi bien que le sarcome, sont des affections de l'âge mûr, et, quand on ne les enlève pas, ils ne cessent de prendre du développement. Le sarcome notamment peut acquérir un volume colossal. Le patient finit par succomber à l'épuisement ou aux métastases qui se développent dans les organes internes. Il faut donc extirper ces tumeurs aussi promptement et aussi radicalement que possible. Tant qu'elles sont petites et superficielles, rien n'empêche qu'on les enlève, tout en conservant le globe oculaire. On détruit la tumeur aussi bien que possible, en partie au moyen du bistouri, en partie par la curette tranchante, et l'on en cautérise la base largement, de préférence au fer rouge. S'il n'est plus possible d'enlever radicalement la tumeur par ce procédé, il faut énucléer l'œil en même temps, alors même qu'il fonctionne encore.

Les tumeurs dermoïdes sont des tumeurs dures, ne sont pas creuses et ne doivent pas être confondues avec les kystes dermoïdes (§ 135). Elles tiennent

le milieu entre la peau et la muqueuse. Leur épithélium épais ressemble à de l'épiderme, mais n'est pas corné. Le tissu conjonctif dense qui se trouve sous l'épithélium ressemble au derme et contient comme celui-ci, à côté de follicules pileux, des glandes sébacées et souvent des glandes sudoripares ; d'autres fois on trouve des glandes acineuses, comme il s'en rencontre dans les muqueuses (semblables aux glandes de Krause de la conjonctive). Rarement les dermoïdes renferment du cartilage hyalin ou de l'os (dans ce cas on les appelle *ostéomes*), de telle sorte qu'ils constituent des produits complexes qu'on peut désigner sous le nom de tératomes. — Remack attribuait les dermoïdes, comme les kystes dermoïdes, à une invagination fœtale du feuillet externe. Au contraire, van Duyse croit qu'ils doivent leur origine à une adhérence localisée de l'amnios au globe oculaire, qui n'est recouvert des paupières qu'au quatrième mois. L'adhérence entre l'œil et l'amnios s'étire plus tard en une bride et finit par se déchirer, de sorte que son point d'implantation à l'œil persiste en constituant le dermoïde. Mais cette hypothèse n'explique pas pourquoi ce point d'implantation possède la structure de la peau avec des glandes, alors que les brides amniotiques sont constituées simplement de tissu conjonctif. Il en résulte qu'il est plus vraisemblable que l'amnios ne contribue à la genèse des dermoïdes que dans les cas où le liquide amniotique est peu abondant ; il s'appliquerait étroitement à l'œil et pourrait presser les paupières sur la surface du globe ; le même résultat serait produit par les brides amniotiques. Par suite de cette pression, il pourrait se former par places, entre la paupière et le globe oculaire, une soudure, qui plus tard se déchirerait, mais non sans laisser des germes de tissu cutané à la surface de l'œil ; en se développant plus tard, ces germes produiraient le dermoïde.

Le *lipome sous-conjonctival* est une tumeur, qui siège le plus souvent sur la partie supéro-externe du globe oculaire, entre le muscle droit externe et le droit supérieur, et qui paraît jaune, vue par transparence à travers la conjonctive. La forme en est triangulaire ; la base, nettement limitée, est dirigée du côté de la cornée, tandis que les deux côtés du triangle dirigés en dehors se confondent insensiblement avec le tissu graisseux de l'orbite. Tant que la tumeur est petite, elle reste d'ordinaire cachée sous l'angle externe des paupières et peut n'être observée qu'en faisant tourner l'œil fortement en dedans (fig. 43). Si le lipome a pris un grand développement, à la simple inspection, il devient apparent dans la fente palpébrale, où il produit une difformité ; c'est son seul inconvénient. L'examen microscopique démontre que le lipome est constitué par des lobules graisseux. La conjonctive qui le recouvre est épaissie, d'aspect cutané, ce qui rapproche cette tumeur du dermoïde (lipodermoïde). Le lipome, en effet, autant que le dermoïde, est une affection congénitale, mais il prend quelquefois un grand développement vers l'âge de la puberté. Si, à cause de la difformité qu'il produit, le patient désire voir enlever son lipome, on incise la conjonctive au niveau de la tumeur et on extrait simplement les masses lipomateuses visibles dans la fente palpébrale ; l'ablation radicale de tous les tissus graisseux est inutile.

Les *kystes* de la conjonctive présentent ordinairement l'aspect de petites

vésicules remplies d'une sérosité limpide comme de l'eau. La plupart d'entre eux, surtout ceux qui se trouvent sur la conjonctive bulbaire, proviennent de vaisseaux lymphatiques élargis (voir p. 142). Dans le cul-de-sac, on rencontre des kystes qui doivent leur origine aux glandes conjonctivales de *Krause* ou à des glandes néoformées de la conjonctive ; enfin, on observe dans la conjonctive des kystes résultant d'un traumatisme. Des kystes sous-conjonctivaux plus grands sont dus à des cysticerques. On les observe principalement chez les enfants et chez les personnes jeunes. En ce point la conjonctive est parcourue par des vaisseaux dilatés et proémine sous forme d'une tumeur oblongue (fig. 48). Sous la conjonctive, on sent le kyste d'ordinaire mobile sur les tissus sous-jacents ; quelquefois cependant il adhère fortement à la sclérotique ou à l'un ou l'autre muscle de l'œil. Quand le kyste a des parois minces, on peut y voir la tête du ver sous forme d'un point blancâtre. Il n'est pas difficile d'extirper le cysticerque : on n'a qu'à inciser la conjonctive et à énucléer le kyste qui le contient. Ce kyste est constitué par la vésicule kystique, renfermée dans une capsule de tissu conjonctif qui s'est développée autour de l'animalcule.

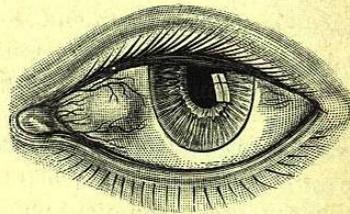


FIG. 48. — *Cysticerque sous-conjonctival*. Gross. 15/1. — Chez une petite fille de dix ans, on a remarqué, deux mois auparavant, une petite tache d'un rouge sang située en dedans de la cornée. Cette tache grandit, devint plus saillante en même temps que plus pâle, pour constituer la petite vésicule actuelle, libre et mobile sous la conjonctive.

Sous le nom de *polypes* de la conjonctive, on désigne des excroissances molles, rarement dures, pédiculées, qui siègent sur la conjonctive et dont la surface unie est tapissée par la muqueuse. Ils partent le plus souvent du cul-de-sac ou de la conjonctive palpébrale. Généralement ils sont si petits qu'on ne les découvre qu'en renversant la paupière ; parfois, au contraire, ils deviennent si volumineux, qu'ils proéminent entre les paupières. Lorsque les polypes sont plus grands, en raison des lésions mécaniques qui les atteignent, leur surface est très souvent ulcérée. Les polypes sont, en réalité, de petits fibromes, qui soulèvent la conjonctive sous forme d'une bourse. Le traitement consiste à les exciser et ensuite à en cautériser la base au moyen du crayon de nitrate d'argent.

On confond très fréquemment les *papillomes* de la conjonctive avec les polypes, mais ils s'en distinguent en ce que leur surface n'est pas lisse, mais d'aspect papillaire, c'est-à-dire ressemblant à une framboise ou à un chou-fleur. Ils sont pédiculés, ou siègent par une large base sur une grande étendue de la conjonctive. Ils occupent le plus souvent la région de la caroncule ; mais ils peuvent également naître sur d'autres points de la conjonctive. Quelquefois on observe plusieurs papillomes simultanément sur différents points de cette membrane. On doit les extirper radicalement, car ils ont beaucoup de tendance à récidiver.

Une troisième forme de tumeurs qui ont de la ressemblance extérieure avec

les polypes conjonctivaux, ce sont les *tumeurs granuleuses*. Ce sont, comme les polypes, de petites tumeurs en forme de champignon et pédiculées. Cependant elles ne sont pas, comme les polypes, revêtues de la conjonctive; elles consistent, au contraire, en un tissu granuleux dénudé. Elles se développent sur les points où la conjonctive a subi une perte de substance, soit à la suite d'un ulcère (même à la suite de larges efflorescences dans la conjonctivite eczémateuse), soit après des traumatismes ou des opérations (le plus souvent après la ténotomie, à l'endroit de la plaie conjonctivale, et après une énucléation, au fond du sac conjonctival). On les observe souvent à l'endroit où un chalazion a perforé la conjonctive palpébrale, sous forme d'un bourgeon granuleux sortant de l'orifice. Lorsqu'elles persistent longtemps, la rétraction cicatricielle de la conjonctive circonvoisine les étrangle à leur base, et elles finissent par tomber spontanément, si on ne les a déjà enlevées.

Les trois espèces de tumeurs qui viennent d'être citées contiennent très souvent de nombreux vaisseaux dilatés, au point que quelques cas isolés de polypes très vascularisés ont été décrits comme de simples angiomes pédiculés de la conjonctive. Il est donc aisé à comprendre qu'ils donnent facilement lieu à des hémorragies répétées, surtout quand, par places, ils sont ulcérés et quand ils sont atteints de lésions mécaniques, par exemple, par le frottement de l'œil. C'est ainsi qu'il faut expliquer un grand nombre de légendes de personnes qui auraient pleuré des larmes de sang.

Les *angiomes* de la conjonctive se développent, en règle générale, primitivement dans les paupières et envahissent ultérieurement peu à peu la conjonctive. Il est rare d'observer dans la conjonctive — le plus souvent dans la région de l'angle interne de l'œil — des angiomes primaires. D'ordinaire ils sont congénitaux et prennent plus tard de l'extension. Pour le traitement, voir les angiomes des paupières (§ 116).

En ce qui concerne les tumeurs *malignes*, l'épithéliome et le sarcome, il faut distinguer entre celles qui naissent dans les tissus avoisinants, spécialement la peau des paupières, et qui, de là, se propagent sur la conjonctive, et celles qui, siégeant dès le début sur la conjonctive même, doivent être considérées comme des tumeurs conjonctivales primitives. Celles-ci naissent le plus souvent sur le limbe conjonctival. La prédilection que montre l'épithéliome de naître à la limite qui sépare la conjonctive de la cornée représente un fait analogue à celui que l'on observe pour l'épithéliome en d'autres parties du corps. En effet l'épithéliome se développe de préférence aux points où une variété d'épithélium se continue dans une autre, par exemple, à la limite entre la peau et une muqueuse (anus, lèvres, bords palpébraux, etc.). Un autre élément qui explique le développement de l'épithéliome sur le limbe est la nature spéciale de l'épithélium à cet endroit. En effet, le limbe est le seul endroit de la conjonctive bulbaire où l'on rencontre, même normalement, de petites papilles, entre lesquelles l'épithélium, sur des yeux tout à fait sains, prolifère parfois jusqu'à pousser dans la profondeur des prolongements coniques.

Les *sarcomes* de la conjonctive, à la différence des épithéliomes, sont ordi-

nairement pigmentés (à la vérité, on rencontre quelquefois des épithéliomes pigmentés, mais c'est extrêmement rare). On sait que les sarcomes mélaniques se développent dans les endroits où, à l'état normal, il existe déjà du pigment dans les tissus. Il s'ensuit qu'on les observe sur la conjonctive palpébrale et surtout sur le limbe, deux régions de la conjonctive qui, à l'état physiologique, contiennent du pigment. Chez les personnes brunes surtout, le limbe est quelquefois tellement pigmenté que, même à l'œil nu, on le voit uniformément coloré en brun ou couvert de taches brunes foncées, isolées. Au reste, on rencontre encore parfois, sur d'autres endroits de la conjonctive, tant bulbaire que palpébrale, des points pigmentés, qui peuvent donner lieu plus tard au développement d'un mélanosarcome.

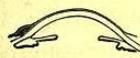


FIG. 49.

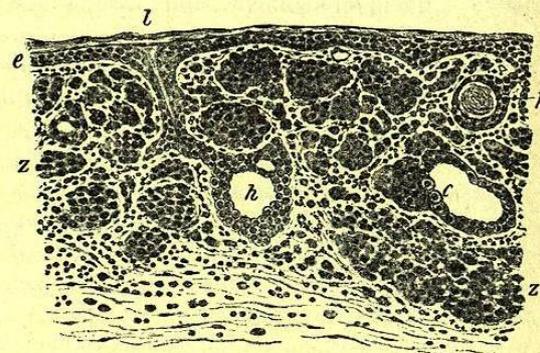


FIG. 50.

FIG. 49. — *Nævus pigmenté du limbe*. Grandeur nature.

FIG. 50. — *Un fragment de ce nævus*. Gross. 113/1. — La tumeur se compose d'une portion ectodermique et d'une portion mésodermique. Celle-ci est composée de cellules qui, serrées les unes contre les autres, sont groupées en amas, z. Ceux-ci sont séparés par des faisceaux de tissu conjonctif qui conduisent les cellules pigmentaires. Entre les amas cellulaires pousse la partie ectodermique de la tumeur; c'est ainsi que l'épithélium e de la conjonctive pénètre, en beaucoup d'endroits, dans la profondeur. Il forme ici des cônes cellulaires pleins (dont quelques-uns renferment des perles épidermiques p), là des invaginations creuses, l, en forme de glandes, dont la lumière se dilate ordinairement dans la profondeur en cavités plus grandes, h. Dans certains cas, on trouve des coccidies à l'intérieur des cellules épithéliales — en c — qui se développent volontiers dans les points protégés de la conjonctive comme parasites cellulaires.

En dehors de cette simple pigmentation, on peut observer de vrais *nævus pigmentaires*, le plus souvent au limbe (fig. 49) et au bord des paupières. Ce sont de petites tumeurs aplaties, à surface unie, qui sont tantôt peu, tantôt fort pigmentées. Leur structure est analogue à celle des nævus mous de la peau; dans la conjonctive sont distribuées des cellules groupées en petits amas (fig. 50, z). L'origine de ces cellules est discutée; les uns les attribuent aux cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques (Recklinghausen), d'autres aux cellules superficielles (Unna), ou aux chromatophores (Ribbert). En outre de ces amas, il existe encore une prolifération de l'épithélium, qui pousse, dans la profondeur, des prolongements tantôt pleins, tantôt creux, analogues à des glandes (fig. 50, h). A cause de cette structure, certains auteurs ont pris ces petites tumeurs pour des épithéliomes. Quand un de ces nævus augmente de volume et se transforme en tumeur maligne, ce qui

n'est pas rare, il devient un sarcome, la prolifération de l'épithélium s'efface devant la pullulation des amas cellulaires.

L'ablation radicale de l'épithéliome et du sarcome épibulbaires, avec conservation de l'œil, devient impossible, quand ces tumeurs ont pris une telle extension que, pour les opérer, il faut sacrifier trop de conjonctive. En effet, l'opération serait suivie d'une cicatrice tellement large, produisant un tel tiraillement et une telle immobilité du globe, qu'il perdrait quand même ses fonctions, de sorte qu'il vaut mieux énucléer l'organe d'emblée. Le globe oculaire devra encore être sacrifié, quand la tumeur en a envahi les tissus profonds, ce qui a spécialement lieu le long des vaisseaux ciliaires antérieurs. On ne découvre souvent cette complication qu'après avoir enlevé la tumeur superficielle; quelquefois même elle passe inaperçue. Dans le dernier cas, peu après une ablation en apparence radicale, on voit survenir une récurrence à l'endroit où siégeait la tumeur. L'histoire suivante est propre à faire voir la malignité de ces sortes de tumeurs, qui, au début, sont en apparence si petites :

En 1879, entra à la clinique ophtalmologique, dirigée à cette époque par Arlt, une femme de cinquante-sept ans, porteuse d'un mélanosarcome du globe oculaire droit. La tumeur avait eu pour origine un petit point rouge, qui existait depuis nombre d'années et qui avait commencé à prendre du développement dans les derniers temps. La tumeur, qui avait alors acquis le volume d'un gros pois, avait une teinte rouge brunâtre. Elle siégeait sur la conjonctive au bord externe de la cornée. La base de la tumeur dépassait légèrement le limbe et s'étendait sur la cornée, sans atteindre cependant le champ pupillaire, de sorte que l'acuité visuelle était entièrement normale. J'extirpai la tumeur, en divisant la conjonctive à une certaine distance du bord de la tumeur, puis en séparant celle-ci aussi soigneusement que possible de sa base. La plaie opératoire qui intéressait la conjonctive pour la plus grande partie, et la cornée sur une moindre étendue, fut curettée, puis les lèvres de la plaie conjonctivale suturées. La cicatrisation se fit par première intention et la malade conserva provisoirement la santé. Mais, en mai 1886, c'est-à-dire sept ans plus tard, la patiente revint à la consultation. Elle portait maintenant un autre mélanosarcome épibulbaire sur l'œil droit, mais situé cette fois dans le limbe, sur le bord interne de la cornée, et constituant une tumeur brune de la grosseur d'une demi-lentille. La cicatrice mince du bord cornéen externe, reste de la première tumeur, n'avait subi aucun changement; de même, le limbe, aux bords cornéens supérieur et inférieur, était entièrement normal. Il était, par conséquent, impossible de considérer le mélanosarcome, qui était maintenant situé sur le bord interne de la cornée, comme une récurrence de la tumeur qui avait existé, sept ans auparavant, sur le bord externe de la cornée. C'était donc bien à la prédisposition inhérente au limbe de donner naissance à des tumeurs, qu'il fallait attribuer qu'après l'ablation d'une tumeur en un point du limbe, il s'en produisait une autre sur un autre point. (On peut en dire autant d'un cas que j'ai observé, où un épithéliome s'était développé d'une manière indépendante aux deux yeux en même temps, de

chaque côté, sur le bord interne de la cornée.) La petite tumeur fut enlevée, et l'endroit où elle siégeait cautérisé superficiellement au galvano-cautère. Mais alors les récurrences ne tardèrent pas à se suivre rapidement. Déjà, quatre mois plus tard, en septembre 1886, la femme revint avec une récurrence au bord inférieur de la cornée. Quatre mois après l'extirpation de cette dernière tumeur, deux autres néoplasmes plus petits se montrèrent sur le côté inféro-interne de la cornée, situés à une certaine distance de son bord. Pour être certain d'extirper tous les tissus malades, je résolus cette fois d'enucléer l'œil, bien que l'acuité visuelle n'en fût pas encore abolie. En dépit de cette précaution, au bout de sept mois déjà, on put voir sur le fond de l'orbite une nodosité dure. La femme hésita à en laisser pratiquer l'ablation et ne revint à la clinique que cinq mois plus tard. Entre temps, les glandes préauriculaires, sous-maxillaires et précervicales s'étaient développées, et l'on pouvait facilement les percevoir par la palpation. Quoiqu'on soumit, cette fois, la malade à une opération radicale, consistant dans l'exentération complète de l'orbite et l'extirpation de toutes les glandes qu'on put découvrir, néanmoins, au bout de quelques mois, on trouva de nouveau des glandes tuméfiées. La femme a succombé depuis (en février 1890) à l'extension de la tumeur aux organes internes.

Mentionnons encore, comme tumeurs très rares de la conjonctive, les fibromes, les myxomes, les cylindromes et les lymphangiomes.

---

Le *repli semilunaire* et la *caroncule lacrymale*, située sur lui, s'enflamment avec la conjonctive; il n'est donc pas nécessaire de faire une description spéciale des inflammations de ces parties. Quelquefois les poils que la caroncule porte habituellement deviennent tellement longs qu'ils finissent par irriter l'œil; dans ce cas, il faut les arracher. Les néoplasmes de la caroncule portent le vieux nom d'*encanthis* (1); les néoplasmes bénins, les simples hypertrophies polypeuses ou papillaires de la caroncule sont désignés sous le nom d'*encanthis* bénigne; les néoplasmes de mauvaise nature, sous le nom d'*encanthis* maligne.

---

(1) Ἐν et ζαυθός, angle oculaire.