

CHAPITRE VI.

TUMEURS DE LA CONJONCTIVE.

ARTICLE I.

Ptérygion.

Le ptérygion est une plaque, de forme triangulaire, à base tournée vers un des angles de l'orbite, et généralement le grand angle, à sommet correspondant à la circonférence ou au centre de la cornée, et constituée par l'épaississement d'une portion de la conjonctive oculaire.

Variétés. Dans le plus grand nombre des cas, le ptérygion occupe la moitié interne, parfois la moitié externe du globe. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il existe de chaque côté de l'œil; bien plus rarement encore voit-on, sur un seul œil, quatre ptérygions correspondant aux quatre points cardinaux de l'organe.

Le ptérygion offre un aspect différent, suivant les cas. On en admet quatre formes : tantôt c'est une membrane triangulaire, grisâtre, demi-transparente, privée de vaisseaux apparents, et étendue sur la conjonctive et la cornée en forme d'ongle ou d'aile de mouche; c'est le ptérygion *membraneux* (*pterygium crassum*). D'autres fois, la membrane anormale reçoit un certain nombre de vaisseaux; c'est le ptérygion *vasculaire*, qui se distingue du premier par son aspect opaque et rougeâtre. Parfois cette vascularisation est telle qu'elle présente un aspect musculaire; d'où le nom de ptérygion *charnu* (*pterygium tenue*). On a encore signalé un ptérygion *adipeux* que Petrequin considère comme le résultat d'une dégénérescence du ptérygion vasculaire.

Causes. Elles sont obscures. Beer ne pense pas que cette affection soit une conséquence de phlémasies de la conjonctive. Pour Scarpa, au contraire, le ptérygion est formé par la lame la plus déliée de la conjonctive, dégénérée, par l'effet de l'inflammation, en une tunique opaque et parsemée de vaisseaux sanguins variqueux.

On a encore signalé comme causes : le séjour d'un grain de poudre sous la conjonctive, pendant plusieurs années; des lésions traumatiques de la paupière et de la muqueuse oculaire; des brûlures de la conjonctive et de la cornée. Rien ne prouve qu'il y ait eu, dans ces cas, un rapport de cause à effet, plutôt qu'une simple coïncidence. Lawrence considère le ptérygion comme très-commun chez les gens qui ont séjourné, pendant un grand nombre d'années, dans les pays chauds; Heineken le dit tellement fréquent à Madère, qu'un dixième des paysans et des bateliers de cette île en sont atteints à un certain degré; il l'explique par l'habitude qu'ont les habitants de s'exposer constamment aux rayons du soleil le plus ardent,

en n'ayant sur la tête qu'un petit chapeau de drap qui n'ombrage et ne protège en rien les yeux. Beer signale l'action de la chaux et de la poussière des pierres sur la conjonctive, en se fondant sur ce que le ptérygion attaque de préférence les ouvriers exposés à l'influence de ces agents.

Nature du ptérygion. Les opinions ont varié sur ce sujet, comme sur l'étiologie. Si, au lieu de se perdre en hypothèses, on se fût donné la peine d'analyser les éléments anatomiques qui entrent dans la constitution du ptérygion, on en aurait connu la véritable nature. Testelin et Warlomont ont examiné au microscope quatre ptérygions, l'un *membraneux*, les autres du genre *crassum*. Ils ont trouvé, dans les quatre, les éléments ordinaires de la conjonctive et du tissu cellulaire subjacent; aucun d'eux ne présentait de traces de tissu fibro-plastique; tous étaient formés de la couche épithéliale, du derme ou chorion muqueux, de vaisseaux sanguins et de fibres propres de tissu cellulaire. Il résulte de ces données que le ptérygion est une *hypertrophie simple* de la conjonctive et du tissu cellulaire subjacent.

On a aussi cherché à se rendre compte de la forme triangulaire, ou plutôt trapézoïdale, du ptérygion. Scarpa a fait remarquer que, les adhérences de la conjonctive devenant plus intimes, à mesure qu'on se rapproche de la cornée, l'affection rencontre d'autant plus de résistance, qu'elle tend à gagner du côté du miroir. Petrequin trouve une explication satisfaisante dans la disposition des vaisseaux; ceux de la conjonctive scléroticale se continuent, sans interruption, avec ceux de la conjonctive cornéale; ils se dirigent de la périphérie au centre, comme les rayons convergents d'un cercle. La disposition pyramidale des vaisseaux du ptérygion est donc la conséquence de leur arrangement à l'état normal. Si le ptérygion se développe plus fréquemment du côté du grand angle, c'est que le plus grand nombre des vaisseaux conjonctivaux viennent de ce côté. Ajoutez que la muqueuse est naturellement plus épaisse dans ce point, et que le ptérygion y trouve une origine toute préparée, dans l'existence de la membrane semi-lunaire.

Diagnostic. Le ptérygion est facile à reconnaître : il se présente sous la forme d'une membrane d'épaisseur variable, plus ou moins riche en vaisseaux, étendue à la surface de la conjonctive scléroticale, et prolongée plus ou moins loin sur la cornée, où elle se termine brusquement par un *bord* ou un *sommet épaissi qui ont quelque ressemblance avec une expansion aponevrotique ou tendineuse*. Avec un peu d'attention, on ne saurait le confondre avec le *pannus*. Le ptérygion est bien circonscrit, de forme triangulaire ou trapézoïdale, à sommet limité par une bandelette fibreuse de couleur nacrée; il n'est généralement précédé d'aucune affection inflammatoire de l'œil, ne donne lieu à aucune sensation désagréable et est exempt de photophobie; il se développe très-lentement et n'envahit le plus souvent qu'une petite portion de la cornée; son siège de prédilection est le grand angle de l'œil. Le *pannus* est mal limité, les vaisseaux s'éparpillent sur les divers points de la cornée, sous forme de réseau, et ne forment pas, dans leur ensemble, une figure triangulaire; il succède toujours à des kératites prolongées, envahit peu à peu toute l'étendue de la cornée, et commence le plus souvent par la partie supérieure de cette membrane.

Lorsque le ptérygion est très-épais, d'aspect charnu, et à surface rugueuse, il peut simuler une tumeur carcinomateuse de la conjonctive. On reconnaît le ptérygion, en ce que celui-ci peut toujours être saisi facilement avec une pince et écarté de la sclérotique et de la cornée, tandis que les tumeurs cancéreuses de la conjonctive adhèrent intimement. Les dernières ont de la tendance à gagner les parties profondes, tandis que le ptérygion demeure toujours limité à la surface de la muqueuse oculaire.

Marche. Terminaison. Pronostic. Abandonné à lui-même, le ptérygion peut rester stationnaire pendant des années. Il est rare qu'il guérisse spontanément. Quelle que soit la forme du ptérygion, toute la portion de cornée envahie est perdue pour la vision, et lorsque, comme dans un cas rapporté par Beer, deux ptérygions développés sur le même œil, l'un en dedans, l'autre en dehors, se rencontrent au centre de la cornée, la vision est notablement affaiblie.

Le principal danger du ptérygion est donc l'obscurcissement de la cornée. Ajoutez que les diverses méthodes de traitement imaginées contre cette affection sont le plus souvent infidèles et que certains ptérygions résistent avec opiniâtreté à tous les moyens qu'on emploie pour les détruire.

Traitement. Il est médical ou chirurgical :

A. TRAITEMENT MÉDICAL. Parmi les topiques préconisés, il faut mentionner les collyres astringents, liquides ou secs. La solution de nitrate d'argent a procuré des guérisons, même dans les cas de ptérygium *crassum*; le laudanum instillé, plusieurs fois par jour, derrière les paupières a donné aussi de bons résultats. Decondé a recommandé l'acétate de plomb en poudre fine : on applique, sur toute l'étendue du ptérygion, une couche de ce sel, qu'on laisse séjourner quelques secondes, après quoi on l'enlève au moyen d'un pinceau imbibé d'eau.

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL. L'idée la plus simple, celle qui se présente d'abord à l'esprit, est d'enlever le ptérygion, après l'avoir disséqué. Cette pratique a des inconvénients, dans le plus grand nombre des cas. Lorsque le ptérygion n'occupe qu'une portion de la conjonctive scléroticale, la perte de substance est bientôt comblée, et il n'en résulte aucun trouble pour les mouvements de l'œil. Lorsqu'il présente des dimensions étendues, que la base se continue jusqu'au grand angle de l'orbite, les lèvres de la plaie tendent à se rapprocher et à se cicatriser ensemble. Tous les efforts faits dans le but d'empêcher cette agglutination échouent, et après la guérison il reste un symblépharon qui gêne notablement les mouvements de l'œil. Celui-ci est invariablement attiré en dedans et ne peut plus être ramené en dehors que dans des limites restreintes.

Dans le but d'obtenir une cicatrisation *isolée* des lèvres de la perte de substance, j'ai essayé, une seule fois, d'appliquer au ptérygion le traitement imaginé par Petrequin pour le *symblépharon*; c'est-à-dire d'embrasser cette membrane au moyen de deux ligatures, dont l'une, la plus rapprochée de la cornée, est *très-fortement* serrée, tandis que l'autre, celle qui est le plus près du grand angle, est *moins* serrée. J'espérais, à l'aide de cet artifice, faire tomber la portion étranglée en deux temps, d'abord du côté

de la cornée, puis du côté du grand angle de l'orbite. Cette tentative a échoué; après la chute des deux ligatures, il s'est formé une bride dure et épaisse qui a porté le globe fortement en dedans.

1° Scarifications. En cas de ptérygium *crassum*, on peut, si le malade ne veut pas se prêter à l'extirpation, pratiquer sur le ptérygion quelques scarifications verticales, et le toucher tous les jours avec du laudanum.

2° Ligature. Szokalski, dans un cas où le ptérygion occupait le grand angle de l'œil, et avait récidivé deux fois, après l'excision et la cautérisation, passa trois fils sous la tumeur, à la base, au sommet et à la partie moyenne. Trois jours après, il excisa toute la portion du ptérygion comprise entre les ligatures.

3° Extirpation. Lorsque le ptérygion est *membraneux*, qu'il n'arrive pas encore sur la cornée, on peut se contenter, après l'avoir saisi avec des pinces, d'en retrancher une portion d'un coup de ciseaux. On touche ensuite tous les jours la partie restante, avec du laudanum; ou bien encore on étend sur elle de la pommade au précipité rouge.

(a) **Extirpation totale.** Le malade est couché, les paupières convenablement écartées par des aides; il regarde en dehors ou en dedans, d'après la situation qu'occupe la production morbide. On saisit le ptérygion, à la partie moyenne, avec une pince à dents, de façon à l'éloigner de la sclérotique; puis, avec des ciseaux courbes, on excise le pli que l'on a formé. S'il reste quelques portions de la tumeur, on les extirpe de la même manière.

(b) **Pratique de Scarpa.** Le chirurgien de Pavie distingue deux cas :

1° Le ptérygion est petit, la base ne s'étend pas beaucoup sur la sclérotique. On saisit le ptérygion avec une pince, à 2 millimètres de son sommet; on emporte la partie malade avec des ciseaux, le plus près possible de la cornée, du sommet à la base. Parvenu au point de réunion de la sclérotique et de la cornée, on soulève de nouveau un pli fait à la conjonctive, et d'un coup de ciseaux *porté très-près du limbe de la cornée*, on enlève à la fois le ptérygion et la portion de la conjonctive subjacente, en donnant à cette section la forme d'un croissant parallèle à la circonférence cornéale.

2° Le ptérygion est à base très-étendue sur la sclérotique. Dans ce cas, on fait une incision, depuis le sommet du ptérygion jusqu'à l'endroit où la cornée se réunit avec la sclérotique. On sépare le ptérygion de sa base, par une section demi-circulaire, en y comprenant la substance même de la conjonctive, dans l'étendue de 2 millimètres, et dans une direction concentrique au limbe de la cornée, près de celle-ci. Ce procédé offre, d'après Scarpa, l'avantage de prévenir une cicatrice difforme qui tire l'œil vers la caroncule.

(c) **Procédé par dérivation.** Il consiste à fixer, par la suture, dans une plaie faite à la conjonctive, le sommet du ptérygion préalablement disséqué et séparé de la cornée. Le but de cette pratique est de chercher à prévenir une cicatrice qui attire fortement l'œil du côté correspondant à la base du ptérygion. Ce résultat est-il constant? Cela nous paraît douteux, par cela seul qu'il reste, à la place occupée par le ptérygion, une perte de substance qui tendra forcément à se rétrécir. Peut-être y aurait-il lieu de

compléter l'opération, en réunissant, par première intention, les lèvres de la plaie qui résulte de la dissection du ptérygion.

(d) **Procédé de l'auteur.** Après avoir enlevé une partie du ptérygion par dissection, on réunit les lèvres de la perte de substance dans le *sens transversal*, par quelques points de suture simple.

(e) **Procédé de Pagenstecher.** On détache le ptérygion de la cornée et de la sclérotique jusqu'à sa base, et on le renverse. On dissèque alors la conjonctive, dans les portions attenantes antérieurement au ptérygion, jusque sur l'autre moitié du globe; de cette manière on peut la faire glisser plus facilement au-devant de la perte de substance; on en réunit les lèvres cruentes par une suture. En agissant de la sorte, une partie de la cornée, en haut et en bas, est recouverte par la muqueuse, après que les bords de la plaie conjonctivale ont été affrontés. Au bout de quelques jours, la conjonctive se retire et reprend sa place habituelle. Le ptérygion renversé s'atrophie lui-même promptement, parce qu'il ne reçoit plus un nombre suffisant de vaisseaux.

ARTICLE II.

Pinguecula.

On a donné le nom de PINGUECULA à une petite tumeur de couleur jaunâtre, faisant un relief, à peine marqué, au-dessus du niveau de la conjonctive, située à une faible distance de la circonférence de la cornée, sur l'axe transversal de l'œil, le plus souvent en dedans, quelquefois en dehors, parfois aussi à la fois en dedans et en dehors de la cornée.

Au premier abord, elle ressemble à un lobule graisseux, et c'est à cette circonstance qu'elle doit le nom de *pinguecula*. Toutefois les auteurs sont encore aujourd'hui partagés d'opinion, relativement à la nature de cette affection. Weller, ayant examiné deux tumeurs de ce genre, enlevées par lui, n'y avait pas constaté la moindre trace de graisse à l'analyse chimique. La substance se comporta avec les réactifs comme un mélange d'albumine et de gélatine. Plus récemment, Ch. Robin, ayant examiné au microscope une tumeur de ce genre, la trouva composée exclusivement d'épithélium pavimenteux de la conjonctive un peu hypertrophié; il n'existait pas de vaisseaux dans la masse. Le chorion de la muqueuse était à peine épaissi. Les cellules épithéliales ne renfermaient pas de granulations graisseuses. Le pinguecula serait donc une tumeur *épithéliale* et non une tumeur graisseuse. Telle n'est pas l'opinion de Sappey; cet anatomiste dit que le tissu cellulaire lâche, qui unit la conjonctive au globe, renferme, chez l'adulte, quelques cellules adipeuses; que ces cellules se rencontrent surtout dans l'intervalle qui s'étend du repli semi-lunaire à la cornée transparente. Là, ajoute-t-il, elles sont quelquefois assez multipliées pour donner naissance à une petite masse lenticulaire, située sur le diamètre transversal de l'œil, à 3 ou 4 millimètres en dedans de la cornée. Ce petit amas graisseux a été considéré à tort, par les ophthalmologistes, comme un état pathologique, et décrit sous le nom de *pinguecula*. Il résulte des considérations précé-

dentes, que la véritable nature du pinguecula est encore à déterminer, et qu'il faut de nouvelles recherches pour arriver à une solution définitive.

Une circonstance sur laquelle tout le monde s'accorde, c'est que le pinguecula ne s'observe que très-rarement chez les jeunes gens; qu'on le rencontre presque exclusivement chez les adultes et les vieillards. La cause en est ignorée, et c'est se perdre en hypothèses que de dire, avec Weller, qu'il faut l'attribuer à la constitution lâche des malades, à l'abus de boissons spiritueuses, à des affections abdominales.

Le *diagnostic* est facile. On ne confondra pas le *pinguecula* avec le *ptérygion*, parce que ce dernier anticipe toujours sur la cornée, qu'il couvre en partie, tandis que le pinguecula reste toujours à une certaine distance du miroir oculaire. Dans le cours d'une conjonctivite oculo-palpébrale, le pinguecula, perdu au milieu de l'injection de la muqueuse scléroticale, simule une de ces papules qui sont propres à la conjonctivite *phlycténulaire* (p. 939); cette erreur n'a pas d'importance, attendu que la présence de papules ou de phlyctènes, dans une conjonctivite, ne réclame, aucune indication spéciale. Elle est d'ailleurs facile à éviter, en tenant compte du siège de la prétendue *phlyctène*, et en examinant l'œil du côté sain, le pinguecula se montrant le plus souvent sur les deux yeux à la fois.

Le *pronostic* n'offre aucune gravité; la petite élévation demeure généralement stationnaire pendant des années. Ce n'est que dans le cas où l'affection prend un certain accroissement, et devient un sujet de gêne pour le patient, qu'on est autorisé à en faire l'extirpation, ce qu'on exécute avec une pince à griffes et des ciseaux.

ARTICLE III.

Tumeurs graisseuses.

Les tumeurs graisseuses sous-conjonctivales sont rares. Mackenzie a noté, chez quelques sujets, au-dessous de la conjonctive, un dépôt de graisse, tantôt vers l'angle interne, avec un prolongement en haut, derrière la paupière supérieure, et une augmentation d'étendue du repli semi-lunaire; tantôt derrière le cul-de-sac supérieur, vers la tempe, entre le muscle droit externe et la glande lacrymale. D'après de Græfe, ce dernier point est le siège de prédilection du *lipôme* conjonctival, qui offre une couleur jaune, est recouvert par la muqueuse saine, et constitue une tumeur plate de 1 à 2 millimètres de haut, qui s'étend vers la région de la glande lacrymale légèrement tuméfiée.

Le lipôme peut prendre des proportions considérables. Dans un cas observé par Alessi, la tumeur avait le volume d'une noix. Abernethy parle d'un fait vu à Londres par Bouttus; la tumeur provenait de dessous la conjonctive et la poussait en avant entre les paupières; elle avait 7 pouces de long, 3 et demi de circonférence, et pesait 2 livres et demi. La graisse s'accumule parfois sous la conjonctive sur une plus grande surface, et la tumeur encadre en quelque sorte la cornée.

Les tumeurs lipomateuses de la conjonctive forment une masse jaunâtre, fluctuante dans les points éloignés de la cornée, solide et fixe près de cette membrane; ce qui en rend parfois l'extirpation complète impossible. D'autres fois, elles se présentent sous la forme de petites élévations jaunâtres, ainsi que Kranka en a rapporté une observation.

Tant que ces tumeurs ne gênent pas l'exercice de la vision, n'entravent pas les mouvements des paupières, il est inutile d'intervenir. Dans le cas contraire, on en fait l'extirpation, en respectant les portions adhérentes à la sclérotique.

ARTICLE IV.

Polypes. Verrues.

On a décrit, sous le nom de *polypes de la conjonctive*, des tumeurs dont la structure n'a pas été suffisamment étudiée, et qui ont pour caractère commun d'être pourvues d'un pédicule. Celles de ces tumeurs qui ont une base large sont appelées *verrues*.

1° Quelques-uns des POLYPES de la conjonctive ressemblent à ceux de la pituitaire; ils sont *muqueux*. Dans un fait que l'on trouvera consigné dans mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 596, la production morbide était constituée par du tissu fibro-plastique et des cellules pigmentaires. Dans d'autres cas, le polype est de nature fibro-cartilagineuse; Lawrence a rapporté une observation de ce genre.

Les corps étrangers, qui se logent dans un des replis de la conjonctive, déterminent parfois autour d'eux une hypertrophie de la muqueuse, qui forme une tumeur pédiculée. Riberi, Guépin, Heindenreich ont mentionné des faits semblables.

2° Les VERRUES de la conjonctive ont été vues sur tous les points de la muqueuse, même sur la cornée. Ce sont des saillies rouges, charnues, un peu granuleuses, isolées ou réunies en groupes, qui ont de la tendance à se multiplier sur les parties voisines. Travers en attribue le développement à une irritation produite par une sécrétion morbide; il les compare aux végétations de la face interne du prépuce. Ces productions morbides ne guérissent pas par l'excision seule; on n'en triomphe qu'en les cautérisant fréquemment avec la pierre infernale ou avec le crayon de sulfate de cuivre.

ARTICLE V.

Dermoïde conjonctival.

Le dermoïde conjonctival est une tumeur formée par les éléments normaux de la peau. On l'appelle aussi *navus lipomatodes*, *lipoma crinosum*, *navus pilus*, *trichosis congenita conjunctiva*, *trichosis bulbi*.

C'est aux recherches microscopiques de Ryba que nous devons la connaissance de sa structure: on y trouve tous les éléments de la peau, parfois jusqu'aux glandes sudorifères et les poils, avec leurs follicules garnis

de glandes sébacées. Ce genre de tumeur est donc essentiellement composé de tissu cellulaire entremêlé de quelques éléments graisseux.

Le dermoïde conjonctival occupe presque constamment le bord externe et inférieur de la cornée. Toutefois on le rencontre sur le bord interne de cette membrane. Ainsi White Cooper a observé un *trichosis bulbi* au bord nasal, et un autre au côté temporal de la cornée, sur le même œil. On l'a vu aussi sur la conjonctive palpébrale. Cornaz rapporte que Lew père dut extirper, chez un enfant de huit mois, une excroissance qui occupait la partie moyenne de la conjonctive de la paupière inférieure, avait le volume d'un grain de millet, et ressemblait à la caroncule lacrymale; du sommet s'élevait un long poil. La tumeur offrait beaucoup d'analogie avec une *glande agglomérée* et ne renfermait qu'un seul *bulbe pilifère*.

D'après Ryba, le *dermoïde conjonctival* est une affection *congénitale*, un vice de conformation résultant d'un arrêt de développement dans le travail de transformation de la membrane *cutanée* qui recouvre l'œil à une certaine période de la vie intra-utérine, et passe plus tard à l'état de membrane muqueuse.

Les caractères propres à cette production sont les suivants: la tumeur, implantée le plus souvent sur la demi-circonférence externe et inférieure de la cornée, est de couleur grise-jaunâtre, d'une grandeur variable, et communément comme la moitié d'une lentille, à surface lisse, avec un grand nombre de petites sinuosités, souvent garnie de poils. La conjonctive la recouvre. Elle s'accroît lentement et peut récidiver quand on ne l'enlève que partiellement. Toutefois il arrive bien plus souvent que la portion restante s'atrophie. Lorsqu'elle est volumineuse, elle détermine par sa présence une irritation de l'œil, surtout quand elle est surmontée de poils, et expose à des ophthalmies. Elle peut aussi apporter obstacle aux mouvements du globe.

Le seul traitement rationnel est l'ablation. Cette opération exige quelques précautions. Il convient de ne pas enlever la totalité de la tumeur, dans la crainte de perforer la cornée, avec laquelle une portion de la masse est en général intimement unie. On commence par détacher la tumeur de la cornée, en respectant la partie qui pénètre dans le tissu de cette membrane; on enlève ensuite la portion scléroticale, en prenant garde aussi de ne pas entamer la fibreuse oculaire. On peut toucher la portion restante avec un caustique, ou l'abandonner à elle-même, parce que le plus souvent cette portion s'atrophie.

ARTICLE VI.

Tumeurs vasculaires.

1° **Tumeurs érectiles.** Les tumeurs érectiles qu'on rencontre sur la muqueuse oculaire ne sont le plus souvent qu'une extension de semblables productions morbides formées dans l'orbite ou dans les paupières. Il existe cependant quelques observations de tumeurs érectiles débutant sur la conjonctive: Wardrop, Andrews, Crampton, Gazelles, von Ammon, Middle-

more ont rapporté des faits de ce genre. Le traitement est conforme à celui qui a été exposé à la page 173.

2° **Varices.** Les véritables varices, celles qui forment un petit paquet de veines circonscrit dans un espace restreint de la conjonctive scléroticale, sont rares. Chez les sujets affectés de kératite panniforme, on voit souvent ramper, dans la profondeur de la conjonctive, des veines plus ou moins dilatées; mais cet état est passager et ne constitue pas, à proprement parler, des varices, encore moins une tumeur variqueuse. D'autres fois, les veines de la conjonctive s'amplifient en même temps qu'il se développe une affection plus grave des autres membranes de l'œil; tel était le cas d'un malade cité par Pelletan. Au contraire, les deux faits rapportés par J. van Roosbroeck, l'observation que j'ai recueillie moi-même (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 600) sont des exemples bien avérés de varices idiopathiques de la conjonctive.

ARTICLE VII.

Kystes de la conjonctive.

On rencontre parfois, sur la conjonctive scléroticale, de petites tumeurs d'un volume variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à une petite lentille, sphéroïdales, transparentes, pouvant être déplacées en tous sens, avec la conjonctive elle-même, qui conserve sa mobilité ordinaire. A la surface de la petite tumeur rampent des vaisseaux sanguins très-ténus, faisant partie de la muqueuse. Chez quelques sujets, il existe plusieurs de ces *vésicules* adossées l'une à l'autre, comme les grains d'un chapelet, ou distantes les unes des autres.

Les kystes séreux de la conjonctive sont formés d'une membrane interne séreuse et d'une membrane *pseudo-fibreuse* constituée aux dépens du tissu cellulaire sous-conjonctival condensé, unie à la conjonctive par ce tissu lui-même. L'examen d'une petite tumeur vésiculeuse sous-conjonctivale, enlevée par Wharton Jones, donna les résultats suivants: les parois sont constituées par une membrane finement granulée; le contenu est un fluide dans lequel existent des cellules plates à noyaux, ressemblant à des cellules épithéliales, les unes libres, les autres réunies, de façon à former une espèce de membrane.

On peut confondre les kystes séreux sous-conjonctivaux avec le *cysticerque ladrique sous-conjonctival*. D'après Sichel, la tumeur produite par le cysticerque est moins mobile, moins diaphane; on reconnaît à travers la conjonctive une *tache jaunâtre, pâle, irrégulièrement arrondie ou ellipsoïde, et formée par le corps de l'animal*, tache qu'on ne voit pas dans les kystes séreux. La présence d'une tumeur formée par le passage de l'humeur aqueuse et d'une partie du corps hyaloïde, à travers une plaie de la sclérotique, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, ne saurait offrir de difficultés pour le diagnostic, attendu que, dans ce cas, la tumeur est moins mobile et a une racine plus profonde qu'un kyste conjonctival.

Traitement. On saisit la tumeur avec une petite pince à griffes, et on l'excise à la base d'un coup de ciseaux. Pour en prévenir la récurrence, on cautérise la plaie conjonctivale avec la pointe d'un crayon de pierre infernale; après quoi on projette immédiatement, sur la portion de conjonctive touchée par le caustique, quelques gouttes d'une solution de sel marin, pour empêcher le contact du sel lunaire avec la cornée. Il suffit de faire baigner l'œil, pendant quelques jours, dans un liquide légèrement astringent.

ARTICLE VIII.

Emphysème.

L'emphysème du tissu cellulaire sous-conjonctival existe très-rarement, sans qu'il y ait en même temps un emphysème des paupières et même de l'orbite. Lorsque le gonflement emphysémateux occasionne de la douleur, que la présence d'un *chémosis gazeux* empêche les mouvements de l'œil ou des paupières, on est en droit de ponctionner la conjonctive, pour donner issue à l'air infiltré dans le tissu cellulaire subjacent, si le mal ne cède pas aux applications résolatives.

ARTICLE IX.

OEdème.

Il arrive parfois qu'une certaine quantité de sérosité s'accumule dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Tantôt l'infiltration est légère; d'autres fois le liquide est assez abondant pour former une tumeur qui encadre la cornée et que l'on appelle *chémosis séreux*; dans d'autres circonstances encore, l'oedème existe sur plusieurs points de la conjonctive, séparés les uns des autres par des parties saines. L'infiltration peut gagner le tissu cellulaire des paupières.

Causes. L'oedème de la conjonctive est fréquent dans certaines conjonctivites; il prend, dans quelques cas, d'assez fortes proportions pour former un *chémosis séreux*. Il se développe également chez les sujets atteints d'une phlébite de la veine ophthalmique (voy. p. 780). Toutes les lésions de l'orbite qui mettent obstacle à la circulation, en retour du globe, produisent l'oedème sous-conjonctival. Certaines affections du cœur agissent de même. Dans d'autres cas, l'oedème est la conséquence de simples irritations portées sur la muqueuse; on l'observe dans les abcès des paupières, à la suite de corps étrangers introduits accidentellement derrière ces voiles. Je l'ai vu succéder au contact de la teinture d'iode avec la conjonctive, alors que ce liquide, injecté dans le sac lacrymal, refluit à la surface de l'œil. Chez quelques sujets, l'oedème est passif et tient à une sorte d'atonie; c'est sous cette forme qu'on le rencontre chez les vieillards et chez des enfants faibles.

Symptômes. L'oedème de la conjonctive se forme parfois rapidement, tel était le cas d'un horloger observé par Demours père. Le plus souvent,