

que les pinces ne saisissent qu'incomplètement la tumeur, qui se déchire sous la pression. On comprend en outre toute la peine que doit éprouver le chirurgien à placer la pince d'une manière convenable sur l'extrémité souvent filiforme de la dégénérescence, surtout lorsque l'œil n'est pas convenablement fixé.

B. Extirpation par la base. — C'est le procédé que j'ai choisi; on l'applique seulement quand le ptérygion a une base étroite.

Le malade et les aides étant placés comme il a été dit plus haut, l'œil étant fixé et les paupières maintenues écartées au moyen d'élevateurs, le chirurgien saisit, avec une pince à agrafe, la base du ptérygion vers laquelle l'œil est dirigé; toute la portion comprise entre les mors de l'instrument est divisée d'un coup de ciseaux portant jusque sur la sclérotique, puis l'opérateur détache les côtés du triangle jusque sur la limite du ptérygion à la cornée.

La portion kératique est disséquée ensuite avec lenteur, on se sert pour cela d'un couteau à cataracte ordinaire, ou d'un petit bistouri convexe bien tranchant. Pendant la dissection, un aide lance un jet d'eau tiède sur la cornée pour enlever le sang. La seringue d'Anel suffit parfaitement. Si quelques portions morbides restent dans la plaie, on doit les saisir et les retrancher avec soin, ou, au besoin, les enlever en les râclant avec un couteau lancéolaire, comme on le fait pour les taches d'encre sur le papier, et de manière à laisser la cornée parfaitement transparente.

Je trouve plus commode d'opérer le malade au lit.

Les anciens opéraient à peu près de cette manière; ils soulevaient le ptérygion avec un crochet et engageaient une anse de fil à sa base pour l'exciser plus facilement ensuite. Le même moyen était employé pour le traitement chirurgical de l'ectropion sarcomateux. Quelques chirurgiens préfèrent encore aujourd'hui ce procédé, qui appartient à Celse; il est d'une exécution très facile.

Guérison du ptérygion interne par déviation.

Procédé de l'auteur. — Les insuccès nombreux que j'ai vus dans l'application des procédés inventés pour la destruction du ptérygion m'ont conduit à imaginer le moyen suivant, dans lequel on ne retranche aucune partie de la conjonctive, quelle que soit la largeur des ailes du ptérygion. Il n'est applicable qu'au cas de ptérygion à base large.

Premier temps. — Les paupières sont écartées avec des élevateurs pleins. Le ptérygion saisi à quelques millimètres de la cornée est un peu soulevé au moyen d'une pince à agrafe. (Voy. fig. 10.)

Le chirurgien, armé d'un bistouri fin ou d'un couteau à cataracte, incise la muqueuse en haut et en bas sur les côtés du mal, depuis la cornée jusque dans l'angle interne. Il dissèque ensuite le sommet sur la cornée en recommandant à un aide de lancer de l'eau, avec la seringue d'Anel, sur la plaie pour entraîner le sang.

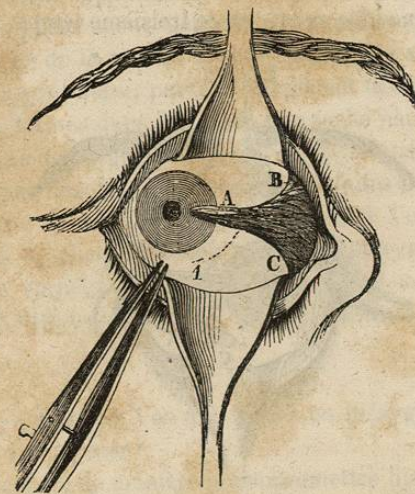
Le ptérygion est détaché ainsi partout, sauf dans le grand angle, et renversé sur sa base, du côté du nez. (Voy. fig. 11.)

Deuxième temps. — La dissection du ptérygion étant achevée, on pratique, sur le bord inférieur de la plaie faite à la conjonctive, une incision suivant une direction parallèle à la circonférence de la cornée, dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. Cette incision longe la cornée en bas à 4 millimètres environ et doit être assez large pour que l'extrémité du ptérygion, devenue libre par la dissection, puisse y être introduite. (Voy. 1 de la fig. 10.)

La figure 10 représente un ptérygion interne à large base. Les

Fig. 10.

A, sommet du ptérygion;
B, aile supérieure du ptérygion;
C, aile inférieure;
1, ponctué indiquant la forme et la longueur de l'incision à faire sur la conjonctive pour y fixer le ptérygion après la dissection.

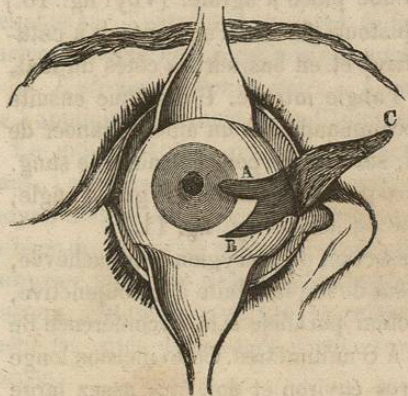


paupières sont écartées par des élevateurs et l'œil entraîné par une pince.

Après la dissection du ptérygion et l'incision de la conjonc-

tive, l'œil offre l'aspect suivant, représenté dans la figure 11 :

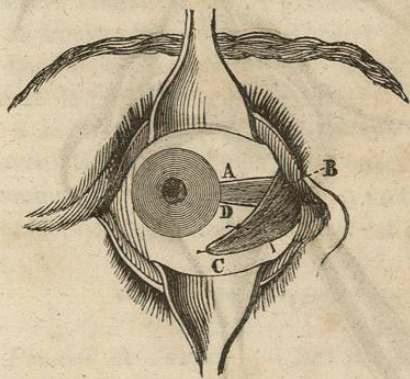
Fig. 11.



A, plaie dans laquelle était le sommet du pterygion ;
B, plaie de la conjonctive destinée à recevoir le pterygion ;
C, pterygion renversé du côté du nez.

Troisième temps. — Les choses ainsi disposées, le lambeau formé par le pterygion est fixé dans l'incision de la conjonctive par quelques points de suture. Le principal point réunit le sommet du lambeau, celui qui arrivait sur la cornée, à la partie la plus angulaire de l'incision, en bas, comme dans la figure 12, qui donne une idée exacte de ce troisième temps.

Fig. 12.



A, conjonctive ;
B, base du pterygion renversé ;
C, sommet du pterygion fixé dans l'angle de l'incision de la conjonctive ;
D, conjonctive.

Entre A et D on voit la plaie dans laquelle était le sommet du pterygion ; il est inutile d'en rapprocher les lèvres. Au sommet et sur les côtés du pterygion dévié, on aperçoit trois points de suture.

Depuis cinq ou six ans j'ai opéré un assez grand nombre de malades par ce procédé, et je n'ai eu qu'à me louer des résultats dans la plupart des cas. Une seule fois j'ai vu le pterygion dévié se transformer en une bride cicatricielle très courte ; mais le malade étant devenu glaucomateux, cela n'a pas eu d'inconvénient sérieux. Chez quelques opérés j'ai vu la circonférence de la cornée se vasculariser dans une petite étendue ; cependant je n'ai pas eu de récurrence sérieuse, comme je l'avais craint d'abord.

Pansement. — L'opéré doit être couché immédiatement ; des fomentations d'eau froide sur l'œil sont prescrites pour empêcher la réaction, et continuées pendant au moins vingt-quatre heures ; on s'en abstenait dans le cas où elles provoqueraient l'apparition de douleurs rhumatismales. Si une inflammation se développait, on aurait recours à la saignée locale, au calomel à l'intérieur, etc.

Lorsque les choses se sont passées convenablement, une suppuration légère commence vers le deuxième ou le troisième jour à la surface de la plaie, dont le fond prend une couleur blanc jaunâtre ; on prescrit alors quelques collyres légèrement astringents, dans le but d'empêcher cette suppuration d'aller trop loin. Les émoullients doivent être soigneusement éloignés ici de même que dans toutes les suppurations de la cornée. L'eau blanche, les collyres saturnins seront exceptés aussi, parce qu'ils gênent la cicatrisation et contribuent à former dans la cornée une tache nacréée souvent indélébile. Lorsque des végétations s'élèvent de la surface dénudée, on les réprime par des cautérisations légères faites avec le nitrate d'argent. Si une tache de la cornée succède à l'opération (ce qui est le cas le plus commun, quand le pterygion s'avancait jusque sur la cornée), on la traite par la série de moyens recommandés contre ces affections. (Voy. *Taches de la cornée.*)

CHOIX DES PROCÉDÉS. — Lorsque l'on a à traiter un pterygion, le premier soin consiste à examiner :

- 1° S'il avance sur la cornée de manière à compromettre bientôt la vision en masquant la pupille ;
 - 2° S'il a une base large ou étroite ;
 - 3° Lequel des procédés est en conséquence applicable.
- On se hâte trop assurément de prendre l'alarme et de songer à

une opération dès qu'on voit le sommet envahir la cornée, car l'observation démontre qu'arrivé sur cette membrane le mal marche avec une si grande lenteur quand l'œil ne s'enflamme pas, ce qui est le cas le plus ordinaire, que l'on pourrait attendre le plus souvent sans danger pendant plusieurs années. On ne doit donc entreprendre une opération que lorsque le sommet de l'onglet menace de compromettre la vue.

Pour rechercher convenablement si le ptérygion a une base étroite ou large, il ne faut pas s'en laisser imposer par le peu de place qu'occupe le sommet sur la cornée, ni par le peu de changement que le mal apporte à l'aspect du blanc de l'œil. On fait regarder le malade du côté du nez et l'on reconnaît dès lors si le ptérygion est étroit ou large à deux petits plis formant les deux côtés du triangle, que l'on peut suivre depuis la cornée jusqu'au grand angle, et qui, dans le premier cas, sont presque droits, tandis que dans le second ils se recourbent pour aller se perdre sous chaque paupière.

Opérer les *ptérygions à base large* par les procédés ordinaires, c'est assurément se préparer un insuccès; aussi ai-je renoncé pour ma part à les employer depuis qu'une expérience souvent répétée m'a éclairé sur leur valeur dans cette maladie véritablement rebelle, et dont j'ai vu, tant dans ma pratique que dans celle des autres chirurgiens, un nombre considérable de récidives.

J'ai essayé d'abord, après avoir disséqué le sommet, de faire une perte de substance d'une largeur de 2 ou 3 millimètres, partant de la cornée et se rendant jusqu'à la caroncule, de manière à diviser en deux les ailes du ptérygion. J'ai réussi quelquefois, mais le plus souvent j'ai échoué et j'ai eu le regret de voir récidiver le mal. Même chose m'est arrivée après avoir mis en pratique le procédé de M. Arlt, qui consiste à faire une perte de substance en losange dirigée horizontalement et de manière à placer la pointe opposée au sommet du mal, le plus près possible de la membrane semi-lunaire.

Mais j'ai eu surtout de sérieuses récidives quand, dans le commencement de ma pratique, j'ai cru pouvoir sans danger enlever le ptérygion à large base dans sa presque totalité. J'espérais que la conjonctive, en se rapprochant, céderait suffisamment et que le jeu des paupières n'en souffrirait pas; je me suis trompé, et j'ai eu le regret de voir se produire, indépendamment d'une récidive, un écartement entre le globe et les paupières, à l'angle interne, avec

un larmolement et plus tard un véritable ectropion. J'avais fait une perte de substance trop large, et la muqueuse du repli ou cul-de-sac, attirée vers le diamètre transversal de l'œil par la cicatrice, renversait de plus en plus les paupières à leur extrémité interne.

L'ectropion double partiel, inconvénient déjà bien grave, n'est pas encore le seul qu'entraîne cette manière de faire; il faut encore noter l'entraînement du globe en dedans par la cicatrice et l'impossibilité pour le malade de diriger son œil dans le sens opposé au mal.

De là une diplopie, et plus tard l'affaiblissement forcé de l'œil par inertie. J'ai observé plusieurs malades dans ce cas, et chez l'un, j'ai été conduit à pratiquer une pupille artificielle pour rétablir la vue; le malheureux avait l'autre œil atrophié.

Les *ptérygions à base étroite* récidivent quelquefois aussi, mais l'opération n'entraîne pas d'aussi grands dangers; cependant, si l'on répète l'excision de la muqueuse, on produit des pertes de substance à la suite desquelles peuvent se montrer tous les accidents que nous venons d'énumérer.

C'est après avoir eu tous ces insuccès que je crois pouvoir recommander la conduite suivante :

Le ptérygion à *base large* doit être respecté le plus longtemps possible, c'est-à-dire tant qu'il ne menace pas de couvrir la pupille.

Si l'on est forcé de l'enlever, on doit se borner à en disséquer la partie kératique autant de fois que cela sera nécessaire, jusqu'à ce qu'une cicatrice solide l'arrête dans sa marche vers la pupille, ou appliquer le procédé par *déviation*.

Le ptérygion à *base étroite* peut être disséqué suivant le procédé décrit plus haut p. 168, en suivant les règles indiquées pour le détacher de la base au sommet.

Je termine en rapportant un cas qui m'a conduit à faire une série d'opérations exceptionnelles (1).

Cette observation démontre :

- 1° Que le ptérygion à large base ne doit pas être enlevé en totalité;
- 2° Que, si on l'emporte dans une grande étendue, il en résulte,

(1) Observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 avril 1850.

comme première conséquence, un ectropion très léger, mais accompagné de larmolement ;

3° Qu'après l'enlèvement du ptérygion, la cicatrice entraîne l'œil en dedans et occasionne une diplopie fort gênante ;

4° Qu'il est possible de remédier à ces accidents par le procédé que nous allons indiquer.

Obs. *Ptérygion rebelle. — Récidive. — Ectropion. — Larmolement. — Entraînement du globe en dedans par la cicatrice. — Diplopie. — Dissection de la cicatrice et des digitations du muscle droit interne. — Guérison.*

M. Jamet s'est présenté à ma consultation dans le mois de mai 1848. Il était atteint alors d'un double ptérygion membraneux interne qui s'avancait des deux côtés presque au centre de la pupille, et gênait la vision.

Le malade était affecté de diplopie et ne voyait pas les objets à plus de 2 mètres de distance.

Le ptérygion présentait ceci de particulier, que la base d'une extrême largeur se perdait dans les grands angles, à une distance mesurée, ayant 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la caroncule lacrymale ; circonstance qui me fit immédiatement augurer mal du résultat définitif de l'opération.

Celle-ci fut pratiquée à la manière ordinaire en procédant de la base au sommet, en ayant soin de laisser la muqueuse intacte à 5 lignes environ de la cornée, de sorte que les ailes qui constituaient les deux côtés de la base du triangle furent respectées pour prévenir l'ectropion partiel et interne des deux paupières. Cette première opération, faite cependant avec tout le soin convenable, n'eut pas de suites heureuses ; la maladie se reproduisit plus tard sur les cornées, particulièrement à droite, car de ce côté la moitié interne environ de la membrane transparente fut envahie de nouveau par la maladie. Notons pourtant que la vue fut incontestablement améliorée du côté gauche, qui a repris toute sa force primitive, bien que le ptérygion ait commencé à reparaitre sur le bord interne de la cornée. De nombreuses scarifications, dans le but d'interrompre la vascularisation, avaient été faites sur le ptérygion près de la cornée, mais sans profit aucun.

Une remarque importante à faire, c'est qu'immédiatement après la première opération, et bien que j'eusse pris la plus grande attention de respecter la base du ptérygion, les deux paupières eurent

une extrême tendance au renversement en dehors, et que le malade fut atteint d'un certain degré de larmolement par suite de l'éloignement des points lacrymaux du globe de l'œil. Un autre inconvénient plus grave survint encore pour l'œil droit. La cicatrice de la muqueuse devint très courte, de sorte que le malade ne peut plus aujourd'hui diriger son œil droit en dehors assez complètement, et qu'il en résulte une diplopie fort gênante quand il veut regarder de ce côté. Nous remarquons enfin que l'ectropion partiel et interne est plus marqué à droite qu'à gauche.

Pour remédier : 1° à l'impossibilité où se trouve le globe de se diriger complètement en dehors ;

2° A l'ectropion partiel interne et au larmolement ;

3° Au défaut de transparence de la cornée et au nouvel envahissement de cette membrane par le ptérygion, je pratique les opérations suivantes :

Le 24 juillet 1849, le malade étant couché sur le dos, les paupières écartées par les élevateurs, le ptérygion est saisi près de la circonférence de la cornée et disséqué avec le couteau à cataracte sur toute l'étendue de cette membrane ; les deux côtés adhérant à la sclérotique sont détachés avec beaucoup de peine au moyen des ciseaux, jusqu'à ce que le triangle formé par la muqueuse malade puisse se renverser facilement sur le grand angle. La cornée, sur laquelle il y avait des débris du ptérygion, est ruginée avec le couteau à cataracte et reprend aussitôt une transparence convenable.

Voulant éprouver les mouvements du globe, je constate qu'ils sont encore limités en dehors, ce qu'il faut attribuer à un raccourcissement considérable du fascia placé en dehors du ptérygion. Il est aussitôt ouvert depuis la circonférence de la cornée jusque dans l'angle interne, et en grande partie disséqué en même temps que beaucoup de petites brides de tissu inodulaire.

Essayés immédiatement après, les mouvements en dehors sont redevenus parfaitement libres ; mais comme les parties divisées, et spécialement la bride muqueuse, ne manqueraient pas de se rattacher encore vers la partie antérieure du globe et d'entraîner cet organe en dedans, le tendon du muscle droit interne est disséqué sur la sclérotique et le muscle refoulé en arrière avec toute la muqueuse. Essayés une troisième fois, les mouvements ne s'exécutent plus en dedans, mais se font parfaitement en dehors. Nous remarquons que, pendant les contractions du muscle droit externe,

la sclérotique se découvre dans une grande étendue en dedans, que l'extrémité antérieure du muscle et que le paquet muqueux disséqué se refoulent en arrière dans l'orbite; ce qui est le but de l'opération, but entièrement contraire à celui qu'atteint M. J. Guérin dans l'exécution d'un procédé analogue qu'il a imaginé pour remédier à l'exopthalmos consécutif à l'opération du strabisme.

Désirant que la muqueuse s'attache fort loin de la cornée, espérant que le tissu de cicatrice deviendra d'une grande densité à l'endroit qu'occupait la tête du muscle, et que le ptérygion ne pourra plus ainsi arriver jusqu'à la cornée; fondé à croire que les culs-de-sac supérieur et inférieur de la conjonctive deviendront plus profonds par le fait de la division du fascia et des attaches nouvelles qu'il doit prendre sur la sclérotique sur un point éloigné du diamètre transversal; je passe un fil à travers la sclérotique près du bord interne de la cornée, et par ce moyen j'entraîne le globe et le fixe solidement dans l'angle externe.

Le 25 juillet, le malade, couché à la clinique, ressent quelques douleurs de tête; il applique seulement quelques compresses d'eau froide sur le front, et prend plus tard, dans la soirée, 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il n'a, dans la nuit, d'autres douleurs que la sensation d'un corps étranger roulant sous les paupières; le matin il n'éprouve plus de douleur dans l'œil, les paupières sont un peu œdémateuses, la supérieure est un peu ecchymosée, l'œil est complètement entraîné en dehors par le fil que j'enlève d'un coup de ciseaux. La cornée est dans un bon état; la sclérotique, à nu la veille, commence à se recouvrir des éléments d'une bonne cicatrice; en dedans, à l'endroit où à l'état normal se trouve la caroncule, elle est encore découverte, le paquet muqueux est refoulé dans le grand angle et paraît vouloir prendre là des adhérences nouvelles. L'œil droit est divergent; il y a diplopie, mais par une cause inverse de celle qui existait; l'ectropion inférieur n'est pas plus marqué qu'avant l'opération.

Prescription. — Se lever, porter des lunettes arrangées de telle sorte que l'œil gauche voie seul et en dedans; se bassiner l'œil opéré avec le collyre: eau distillée, 300 grammes; sulfate d'alumine, 2 grammes; prendre 60 grammes de sulfate de soude.

Le 26, les paupières ne sont presque plus gonflées; l'œil est toujours divergent; la partie de la sclérotique, qui était encore dénudée hier, commence à se recouvrir aujourd'hui; l'ectropion est

un peu moins prononcé; la lumière ne fait pas mal; l'état du malade est très satisfaisant; la diplopie par divergence du globe droit existe toujours, et je conseille encore au malade de porter les lunettes pour que cette diplopie se continue autant que possible, convaincu que la cicatrice ramènera toujours assez le globe en dedans. — Même traitement qu'hier.

Le 30, la rougeur de l'œil diminue beaucoup, surtout en dehors; lorsque le malade regarde à 3 mètres, l'œil droit est encore divergent, et il y a diplopie pour tous les objets situés en face et même pour ceux placés un peu à droite; moins l'objet devient éloigné, plus la diplopie diminue: de sorte qu'à la distance de 1 mètre 1/2 environ, l'objet placé en face est simple; à 50 centimètres, le malade voit l'objet (le doigt) simple, et il faut qu'on l'éloigne à sa gauche d'environ 20 centimètres pour qu'il commence à le voir double.

Le 1^{er} août, l'état du malade continue d'être bon; la diplopie ne devient aujourd'hui sensible que quand l'objet, placé à 50 centimètres du malade, s'éloigne à sa gauche de 38 centimètres au lieu de 20, que nous avions trouvés avant-hier (il continue de porter ses lunettes).

Le 2 août, même état; la cornée étant recouverte de quelques granulations à l'endroit où existait le ptérygion, elle est touchée avec du nitrate d'argent.

Le 4 août, seconde cautérisation au même endroit avec le nitrate d'argent.

Le 9 octobre, les mouvements sont libres dans toutes les directions; l'ectropion interne est toujours modéré; le malade assure qu'il y voit aujourd'hui de la manière la plus parfaite, de sorte qu'il a repris toutes ses occupations; mais la cornée recommence du côté interne à être envahie dans l'étendue d'environ 1 ligne par une bride qui se relie par sa base à l'ancien ptérygion détaché de la sclérotique le 24 juillet. Cette bride avancera-t-elle de manière à masquer partiellement la pupille? C'est ce qu'on ne peut dire aujourd'hui; le larmolement de ce côté n'existe pas.

Nous avons donc obtenu comme résultat une vision parfaite, la liberté des mouvements du globe dans tous les sens, la disparition de la diplopie et celle du larmolement.

Le 28 novembre, le tissu qui couvre la cornée du côté interne a certainement reculé vers la sclérotique dans ces derniers temps; les parties de cornée sur lesquelles il s'étendait présentent quel-

ques vaisseaux très fins anastomosés entre eux ; au sommet de l'ancien triangle du ptérygion, il y a une petite tache blanche superficielle et saillante ; les vaisseaux sont divisés en travers par plusieurs coups de scarificateur ; la vue est toujours parfaitement bonne des deux yeux.

Avril 1850. — La guérison s'est soutenue ; le malade assure qu'il n'a jamais mieux vu. Les mouvements des yeux sont libres et étendus dans tous les sens ; il n'y a plus aucune trace de diplopie. La cornée droite présente une tache avec épaissement semblable à une reproduction du ptérygion. Mais depuis plus de trois mois cette tache a plutôt diminué qu'augmenté, et tout porte à croire que c'est une bride cicatricielle.

Aujourd'hui, février 1854, le mal n'a pas reparu.

Diagnostic différentiel du ptérygion et du pannus.

Le *ptérygion* peut être confondu quelquefois avec le *pannus*, bien qu'il s'en distingue par des caractères parfaitement tranchés. Nous allons établir en quelques mots le diagnostic différentiel de ces deux maladies.

Le *pannus* est toujours mal limité ; rarement il prend la forme triangulaire ; les vaisseaux s'éparpillent sur la cornée par leurs extrémités sous forme de réseau.

Le *ptérygion* se détache parfaitement, il est toujours triangulaire, et a son sommet en forme de lance, limité par une bandelette fibreuse nacré.

Le *pannus* est toujours consécutif d'ophtalmies chroniques, il occasionne de la gêne et s'accompagne de larmolement.

Le *ptérygion* n'est ordinairement précédé d'aucune affection de l'œil et ne produit aucune sensation désagréable. Toujours il est exempt de photophobie.

Le *pannus* augmente d'ordinaire à ce point, qu'il finit bientôt par recouvrir la cornée en entier ou en très grande partie.

Le *ptérygion*, au contraire, marche avec la plus extrême lenteur et ne recouvre qu'une partie toujours petite de la membrane transparente.

Le *pannus* se montre le plus ordinairement sur la partie supérieure de la cornée, ou s'étend d'une manière à peu près uniforme sur toute cette membrane.

Le *ptérygion* occupe presque constamment l'angle interne de

l'œil, et se prolonge sous la forme d'une flèche jusqu'au centre même de la cornée, dont toutes les autres parties demeurent parfaitement transparentes.

Le *pannus* est le plus souvent amélioré par les excitants ; il ne peut être exactement enlevé par la dissection.

Le *ptérygion*, au contraire, peut être empiré par une excitation fréquemment répétée ; il est d'une dissection facile.

Le *pannus*, guéri une fois, se reproduit très souvent.

Le *ptérygion* récidive beaucoup moins fréquemment.

ARTICLE VIII.

VÉSICULES DE LA CONJONCTIVE.

J'ai vu un assez grand nombre de fois des vésicules transparentes placées sur la conjonctive scléroticale ; ordinairement il en existait deux ou trois, rarement un plus grand nombre.

Ces vésicules, grosses tout au plus comme la tête d'une épingle ordinaire, faisant saillie à la surface de la muqueuse, rapprochées les unes des autres, sont parfaitement transparentes et contiennent un liquide incolore qui se reproduit quelquefois quand on les pique avec une aiguille. Une fois j'en ai vu une qui était plus grosse qu'un pois vert ; elle était isolée ; une autre fois j'en ai vu deux dans l'œil droit d'une sourde-muette. La plus grosse avait le volume d'une petite fève. Wenzel rapporte une observation qui paraît être un cas de vésicule de cette nature (*Man. de l'oculiste*, t. II, p. 143).

Je ne connais pas la composition intime de ces tumeurs ni du liquide qu'elles renferment ; il semble qu'elles sont formées par un soulèvement de l'épiderme ; chacune a l'apparence d'un très petit kyste.

Les personnes qui portent ces petites tumeurs se plaignent de la sensation d'un corps étranger roulant sous la paupière supérieure ; presque toutes, inquiétées par cette sensation, connaissent la cause de leur mal.

Pour réussir à guérir ces petites tumeurs, j'ai essayé de les cautériser avec un crayon d'azotate d'argent taillé en pointe allongée ; je n'ai pas été plus heureux en les piquant avec une aiguille, et j'ai dû les enlever d'un coup de ciseaux courbes sur le plat. J'avais tenté les deux premiers moyens pour éviter l'instrument tranchant que les malades redoutent toujours.