

suffisent, le plus ordinairement, pour la faire disparaître. Mais si la sérosité s'accumule en si grande quantité que la muqueuse se soulève sous forme de larges bourrelets, il convient alors d'agir plus vigoureusement. Rien, au reste, n'est plus simple. Quelques mouchetures à la surface de la tumeur suffisent le plus souvent pour en provoquer l'affaissement complet. On les pratique avec les petits ciseaux courbes ordinaires.

Mais lorsque le chémosis est porté à son plus haut degré, qu'il contribue à exercer une compression dangereuse sur une cornée malade, les scarifications et les mouchetures deviennent insuffisantes; on se hâte alors d'enlever de la muqueuse, au moyen de ciseaux et d'une paire de pinces, un lambeau aussi large que possible. La perte de substance, qui doit toujours être faite dans le sens transversal, ne gênera en rien les mouvements des paupières, l'infiltration séreuse distendant la conjonctive, dont l'élasticité est considérable. On favorise l'écoulement de la sérosité par une compression légère faite avec le doigt; il est inutile de se servir de bandes, comme le recommandent quelques praticiens.

Lorsque le chémosis est affaîssé, on doit s'occuper de la cause qui l'a produit, qu'elle soit locale ou générale. C'est pourquoi il importe, ainsi que le fait remarquer M. Rognetta (1), « de distinguer dans la pratique l'œdème symptomatique de maladie locale inflammatoire (phlogose sous-muqueuse), ou autre, et c'est le cas le plus ordinaire, de l'œdème symptomatique de maladies éloignées. Celui-ci peut réclamer une médication générale qui n'est pas ordinairement nécessaire dans le premier. »

ARTICLE XXV.

CHÉMOSIS PHLEGMONEUX.

On désigne sous ce nom l'inflammation phlegmoneuse de la conjonctive au pourtour de la cornée, et celle du tissu cellulaire sous-jacent.

Le chémosis phlegmoneux se caractérise par une tumeur circulaire rouge foncé, environnant la cornée et s'accompagnant de battements et de douleurs pulsatives des plus intenses. Il se montre

(1) Rognetta, *loc. cit.*, p. 336.

d'ordinaire dans les ophthalmies purulentes suraiguës, dans les inflammations des membranes internes, dans celles du tissu cellulaire de l'orbite, et à la suite d'opérations pratiquées sur le globe. En étudiant les terminaisons de la conjonctivite franche (p. 47), nous avons déjà décrit cette maladie et le traitement chirurgical qui y est applicable (p. 50 et suiv.).

ARTICLE XXVI.

ECCHYMOSES SOUS-CONJONCTIVALES.

De même que celles des paupières, les ecchymoses qui apparaissent sous la conjonctive peuvent reconnaître pour cause des lésions directes ou indirectes; elles se montrent spontanément ou pendant la durée de quelques ophthalmies. La contusion des paupières, les coups sur l'œil ou sur le front, produisent ces ecchymoses, en même temps que celles qu'on observe sous la paupière. Le sang épanché soulève la conjonctive, et forme une tumeur assez considérable quelquefois pour gêner le globe dans ses mouvements. C'est ce que quelques auteurs ont improprement nommé chémosis hémattique.

Dans d'autres circonstances l'ecchymose sous-conjonctivale est symptomatique de la fracture de l'orbite, lorsqu'un coup violent a été porté sur la voûte du crâne; mais alors les paupières mêmes présentent l'infiltration sanguine. Nous en avons parlé plus au long en traitant des fractures de l'orbite par contre-coup et des ecchymoses des paupières (vol. I, p. 109 et 583).

Il est rare que les ecchymoses sous-conjonctivales n'apparaissent point pendant la période aiguë de la conjonctivite granuleuse; l'épanchement sanguin masque assez souvent dans ce cas la vascularisation de la muqueuse; il disparaît d'ordinaire un peu plus tôt que l'ophthalmie.

J'ai vu souvent encore l'ecchymose sous-conjonctivale se produire à la suite de violents accès de toux, d'éternuements, et après des vomissements répétés. M. Luër, habile fabricant d'instruments de chirurgie, ayant pris de l'émétique et ayant beaucoup vomé, m'en a offert un exemple. Une autre fois j'ai observé un de ces épanchements de sang sous l'influence d'une émotion très vive. Voici le fait : M. L... descendait un escalier et se trouvait précédé de sa femme, très âgée et infirme; son pied s'arrête à un

obstacle qu'il n'avait pas aperçu, il craint en tombant de renverser sa femme, s'accroche à la rampe et parvient à se maintenir debout; mais il ressent aussitôt une assez grande chaleur à l'œil, dont le volume lui semble augmenté. Lorsque je le vis, il y avait un caillot très volumineux sous la conjonctive bulbaire et sous les paupières.

Souvent l'extravasation du sang sous la muqueuse se montre sans aucune cause connue et se répète à des distances excessivement rapprochées. Alors elle peut être le signe précurseur de graves désordres du côté des yeux. M. le marquis de C..., âgé d'environ cinquante ans, très fort, d'une excellente constitution, n'avait jamais souffert des yeux; mais il était sujet à de fréquentes ecchymoses de la conjonctive bulbaire. Si ses remarques sont exactes, il en aurait été atteint presque tous les mois ou tous les deux mois depuis son enfance. Sa vue, malgré ces accidents, était demeurée parfaitement bonne. M. de C... étant allé faire un voyage à Madrid pendant l'été de 1851, se rendit au palais de la Reine, et, par une température très élevée, exceptionnelle, serré dans un uniforme, s'occupa activement d'affaires des plus sérieuses, et écrivit ou dicta pendant un grand nombre d'heures. A la suite de ce travail, il fut pris tout à coup d'une violente inflammation de la choroïde de l'œil gauche, contre laquelle un traitement très actif fut conseillé sans résultat. Le seul symptôme qui existât alors était, outre l'inflammation ordinaire, un mydriasis considérable; la lecture, quelques mois après, était encore possible à l'aide d'un petit trou pratiqué dans une carte; mais peu à peu l'œil se perdit sous la double influence d'une apoplexie de la rétine et d'un glaucome qui survint dans la suite. L'œil droit de M. de C... est dur, la chambre antérieure est étroite, la choroïde congestionnée; il est atteint, maintenant comme autrefois, de fréquentes ecchymoses sous-conjonctivales. La vue en est demeurée parfaite, mais j'ai pour l'avenir des craintes que je cherche à diminuer par l'usage d'une bonne hygiène et d'autres moyens prophylactiques. J'oubliais de dire que M. de C... ayant reçu une grave blessure sur la tête vers l'âge de vingt ou vingt-cinq ans, avait été atteint en cet endroit d'un anévrysme dont il s'était guéri. Il n'a point de tumeurs de ce genre; il n'a ni varices ni hémorrhoides.

CARACTÈRES. — La muqueuse, légèrement soulevée lorsque l'ecchymose est peu considérable, offre une teinte rouge partout

la même, sauf vers les extrémités de l'épanchement où la couleur tire sur le jaune. Toute la conjonctive bulbaire, dans quelques cas particuliers, présente cette rougeur; dans d'autres, et c'est là ce qui arrive le plus souvent, l'infiltration est partielle. Bientôt la couleur pâlit, prend une teinte jaunâtre, puis disparaît.

TRAITEMENT. — Il est très facile. Une compression légère sur l'œil, quelques astringents légers, l'expectation, suffisent pour faire disparaître la rougeur.

Si l'ecchymose est symptomatique d'une fracture de l'orbite ou d'une autre blessure grave, un traitement général convenable sera conseillé.

ARTICLE XXVII.

EMPHYÈME SOUS-CONJONCTIVAL. — EMPHYÈME DES PAUPIÈRES ET DE L'ORBITE.

Le tissu cellulaire qui unit la conjonctive au globe oculaire et aux paupières se remplit quelquefois d'air, lorsque les os qui constituent les parois des fosses nasales ont été fracturés. Dans les efforts que fait le malade pour se moucher, l'air passe alors directement de ces cavités à travers la partie déchirée ou fracturée, et s'infiltré sous la conjonctive dans les paupières, et même jusque dans l'orbite. Sans gravité par eux-mêmes, l'emphyème des paupières et l'emphyème sous-conjonctival peuvent cependant faire présager un danger sérieux, que constitue la blessure par laquelle ils ont été occasionnés. Nous avons rapporté plus haut (vol. I, p. 105 et 241) des exemples qui témoignent assez de ce danger.

SYMPTÔMES. — Chaque fois que le malade se mouche, l'air projeté dans le tissu cellulaire soulève la conjonctive et les paupières, les tuméfie et n'en disparaît qu'avec une certaine lenteur. Au toucher on sent la crépitation ordinaire de l'air dans le tissu cellulaire, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. Quelquefois la conjonctive est soulevée autour de la cornée et forme une espèce de chémosis gazeux, d'ailleurs très facilement réductible par la pression, et surtout par une ou deux moucheures pratiquées sur la muqueuse. Dans d'autres cas, l'air, en s'infiltrant, passe dans le tissu cellulaire de l'orbite et provoque

un exophthalmos qui se réduit souvent dès que le malade cesse de faire des efforts pour se moucher ; quelquefois, au contraire, l'emphysème persiste.

ÉTIOLOGIE. — L'emphysème des paupières et l'emphysème sous-conjonctival peuvent se rattacher à un emphysème général provenant d'une lésion des organes respiratoires ; mais nous n'avons point à nous en occuper ici. La sorte d'emphysème qui revient à notre sujet provient ou d'une *fracture des parois* des fosses nasales ou des sinus frontaux, ou de la *rupture des conduits lacrymaux* par un violent éternement, ou simplement par l'action de se moucher, ou bien encore, et c'est le cas le plus fréquent, de *lésions directes*.

Ces diverses causes sont constatées dans les exemples, assez rares du reste, rapportés par les auteurs.

Ainsi, pour le premier ordre de causes, Weller (1) cite le cas d'une jeune femme de vingt-cinq ans, chez laquelle un éternement violent, ayant déchiré les conduits lacrymaux, avait produit un emphysème de la paupière supérieure. M. Carré (2) a vu la même maladie très marquée dans les paupières et les parties supérieures du visage, chez un homme, par la seule action de se moucher. Middlemore (3) cite un fait absolument semblable.

Pour les emphysèmes par lésion directe, M. Bégin rapporte, d'après Dupuytren, qu'un homme qui offrait une perte de substance des parois osseuses des sinus frontaux, présentait une tumeur emphysémateuse dans les téguments du front et dans les paupières toutes les fois qu'il se mouchait. M. Baudens (4) a vu la même maladie à la suite d'une plaie par arme à feu du sinus frontal. Dupuytren (5) l'a observée chez un jeune homme qui avait reçu un coup violent sur le nez, et qui, en se mouchant quelques heures après l'accident, perçut une sensation particulière qui remonta le long du nez, vers l'angle interne de l'œil gauche, et se répandit dans les deux paupières. Dupuytren crut à une déchirure de la pituitaire au niveau de l'union du cartilage latéral qui avait été séparé du bord inférieur de l'os nasal. Une observation abso-

(1) Weller, vol. I, p. 122.

(2) Carré, *Mémoires de médecine militaire*.

(3) Middlemore, vol. II, p. 840.

(4) Baudens, *Clinique des plaies d'armes à feu*, p. 162.

(5) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1839, t. II, p. 219.

lument semblable est rapportée par Mackenzie (1), d'après Morgan. Je rappellerai encore l'observation de M. le docteur Ménière (2), qui me paraît de beaucoup la plus intéressante à cause des détails d'anatomie pathologique qu'elle contient, et que j'ai rapportée plus haut. On trouva à l'autopsie une fracture de la voûte de l'orbite avec une déchirure du lobe antérieur du cerveau dans une profondeur de 18 millim. ; la dure-mère était séparée de l'os dans une grande étendue autour de la fracture ; un des fragments osseux s'étendait à la grande échancrure du frontal et communiquait avec les cellules moyennes de l'éthmoïde, qui contenaient une petite quantité de sang.

Voici maintenant deux faits que j'ai observés, et dont le premier surtout est très curieux, parce que le malade n'avait jamais reçu aucune blessure.

Observation première. — M. H..., âgé de cinquante-huit ans, chef d'orchestre du théâtre Beaumarchais, d'une bonne constitution, m'est adressé le 18 juin 1845 par M. le docteur Bordes. Il n'a jamais été malade et n'a souffert dans sa vie que pendant une vingtaine de jours en rendant de petites concrétions pierreuses par les voies urinaires. Il n'a point eu de rhumatismes ni d'attaques de goutte, ni d'affections vénériennes. Ses yeux ont toujours été très sains ; il n'en souffre que depuis quinze jours, époque à laquelle ils sont devenus rouges. Ils ne présentent d'autre affection qu'une conjonctivite granuleuse, au troisième degré, en voie de résolution. La sécrétion puriforme est peu abondante, les granulations peu élevées ; il n'y a point de photophobie.

Les paupières sont légèrement gonflées à gauche ; l'inférieure, près de son tiers interne, offre une tumeur du volume d'une amande ordinaire, oblongue, couchée sur la paroi osseuse de l'orbite, entre la peau et la muqueuse. Cette tumeur, dont la nature est difficile à reconnaître et à laquelle le malade ne donne que deux mois de date, est mobile, indolente, peu dépressible. La paupière inférieure correspondante est gonflée, un peu violacée, nullement tendue. En cherchant à me rendre compte de la nature de la tumeur au moyen du toucher, je remarque, à mon grand étonnement, que toute la paupière présente à la pression du doigt ce frémissement particulier caractéristique de l'emphysème. L'air,

(1) Mackenzie, p. 136.

(2) *Archives générales de méd.*, t. XIX, p. 344. (Ménière.)

sous les efforts de mes doigts, se déplace dans tous les sens et passe facilement ainsi du côté externe au côté interne de l'organe. Le malade n'a point connaissance de la cause qui a pu faire naître cette affection; il ignore depuis combien de temps elle existe, il n'a point reçu de coup, ne s'est heurté nulle part, et ne se rappelle pas avoir fait des efforts exagérés pour se moucher. Il prend énormément de tabac.

Bien qu'il fût impossible de méconnaître l'emphysème à la seule pression, je voulus vérifier le fait d'une manière plus certaine encore, et, dans ce but, j'ordonnai au malade de se moucher avec force, m'attendant bien à voir les paupières se gonfler sous les efforts qu'il allait faire. Cela arriva en effet, et je remarquai en outre les phénomènes suivants :

Aussitôt que le malade presse le nez entre les doigts pour se moucher et que l'air est poussé dans le canal nasal, on voit l'œil gauche chassé en avant dans une étendue de 1 centimètre 1/2 au moins (j'avais d'abord mesuré 2 centimètres), poussé par l'air qui s'introduit en arrière du globe à chaque effort du malade pour se moucher. Aussitôt que la pression des narines a cessé, le globe reprend sa place et se trouve de niveau avec son congénère. En même temps qu'il est poussé en avant, l'œil est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et pour un instant le malade est atteint de diplopie. Lorsque l'on cache l'autre œil à ce moment, la vision double cesse immédiatement, et l'image perçue est unique et distincte; elle se déplace seulement et suit la direction de l'organe. Pendant que l'œil s'avance, comme nous l'avons dit, les paupières s'infiltrant d'air et prennent un volume très considérable, pour un moment seulement, parce qu'une grande partie du gaz contenu dans le tissu cellulaire palpébral disparaît à l'instant où la réduction du globe a lieu.

Cependant, malgré la disparition immédiate d'une grande partie de l'air, les paupières demeurent encore assez tendues pour que le malade éprouve le besoin de les comprimer avec les doigts, de dehors en dedans, afin de pousser le gaz vers l'angle interne. L'air s'échappe alors dans cette direction avec un bruit particulier, assez fort, semblable à du gargouillement, qui est d'autant mieux perçu que le malade appuie un peu plus fortement et un peu plus vite.

Quelle route suit le gaz pendant cette pression? Telle était la question que je devais me faire. Je mis l'œil du malade sous l'eau

en en versant de manière à remplir le grand angle; j'ordonnai de comprimer la paupière, et je ne vis aucune bulle à la surface du liquide. J'acquis ainsi la preuve que l'air ne sortait ni par les conduits lacrymaux, ni par une déchirure qui m'aurait échappé et qui aurait pu exister dans le sac et dans la conjonctive. Je serrai le nez entre mes doigts: le même bruit se fit toujours entendre sous l'influence de la pression, le malade ne sentit rien descendre dans le nez, et je dus conclure que le gaz s'échappait par une déchirure assez large placée très haut en arrière dans le sac lacrymal, et peut-être en face d'une perte de substance correspondante de l'unguis.

Si l'on comprime fortement dans la direction de la tumeur, en remontant jusqu'au diamètre transversal de l'œil, de manière à cacher tout le grand angle sous les doigts, l'air ne pénètre plus ni dans la paupière ni dans l'orbite, quelque grand que soit l'effort du malade pendant qu'il se mouche, et l'on sent une pression énergique dans l'endroit ainsi comprimé.

Une forte injection d'eau dans le point inférieur avec la seringue d'Anel descend très aisément dans la narine et la gorge; le volume de la tumeur, des paupières et du globe reste le même; il est évident qu'il ne pénètre pas une goutte du liquide dans le tissu cellulaire. Si l'eau est injectée par le point supérieur, elle arrive au contraire à la fois dans la narine, la gorge, le tissu cellulaire de la paupière et derrière l'œil, qui reste un peu saillant jusqu'au moment où le malade chasse le liquide par une pression convenable.

Le traitement de la conjonctivite fut très simple: des cautérisations légères avec le crayon de sulfate de cuivre, des lotions astringentes, aidées de quelques purgatifs, la firent bientôt disparaître.

Quant à l'emphysème, il a subsisté. Je m'étais proposé d'établir une compression permanente dans le grand angle, mais je ne pus recourir à ce moyen; le malade, peu patient de sa nature, n'était que médiocrement gêné par son infirmité, et d'un autre côté, obligé qu'il était de conduire tous les soirs un orchestre, ne consentait pas à garder le compresseur sans interruption pendant quelque temps.

Observation deuxième. — Le nommé P..., âgé de trente-deux ans, employé chez M. l'ingénieur Chevalier, reçoit, le 12 mai 1845, à six heures du matin, deux coups de poing: l'un à l'angle interne

de l'œil gauche, l'autre sous la pommette au-dessous de l'angle externe. Trois ou quatre minutes après l'accident, le malade s'étant mouché, ressent une douleur assez vive à la paupière inférieure et s'aperçoit que les matières excrétées des fosses nasales sont teintes de sang. Aussitôt il porte la main à l'endroit où s'était manifestée la douleur et reconnaît par le toucher la présence d'une tumeur siégeant à la paupière inférieure gauche. La tuméfaction ayant gagné peu à peu la paupière supérieure, le malade se rendit chez moi vers sept heures du matin, et à onze heures à ma consultation publique, où je désirais qu'il fût examiné par plusieurs confrères.

Les phénomènes suivants furent constatés :

Les deux paupières sont le siège d'un gonflement considérable, cachant l'œil presque complètement; la tuméfaction ne se borne point à ces organes, elle s'étend à la joue, dont la peau est tendue et luisante; elle se trouve bornée en bas par une ligne qui, de la narine gauche, irait au lobule de l'oreille du même côté. Des bulles d'air, mêlées de sérosité, soulèvent la conjonctive bulbaire à la partie externe et supérieure du globe de l'œil. Toutes les parties tuméfiées donnent à la pression cette sensation de frémissement, de crépitation particulière à l'emphysème. A l'angle interne, et dans la direction que l'on donne d'ordinaire à l'incision dans l'opération de la fistule lacrymale, existe une solution de continuité à bords assez nettement découpés et de 1 centimètre 1/2 environ de longueur, comprenant la peau et le sac lacrymal.

Si l'on presse sur les paupières, elles s'affaissent, et des bulles d'air nombreuses sortent par l'ouverture accidentelle que nous venons de mentionner, avec un bruit léger particulier à l'air enfermé dans des parties molles et s'échappant avec peu de difficulté. Si le malade se mouche, à chaque expiration nécessitée par cet acte, on voit les paupières se distendre progressivement et présenter sous la peau une infinité de petites tumeurs demi-transparentes dues à la pénétration de l'air dans le réseau du tissu cellulaire.

Le traitement fut très simple : je prescrivis une saignée de trois palettes, un purgatif, des bains de pieds, la diète; j'appliquai des bandelettes de taffetas gommé sur la solution de continuité, et je défendis expressément au malade de se moucher. Le dixième jour, la guérison était complète.

TRAITEMENT. — Il est indiqué par celui des deux cas qui précèdent.

ARTICLE XXVIII.

PINGUECULA.

C'est ainsi qu'on nomme une petite tumeur d'un blanc jaunâtre, assez bien circonscrite, qui ne s'enflamme jamais, ne nuit point à la vision, et dont le volume ne s'élève guère au delà de la moitié d'un grain de chènevis. Cette tumeur, adhérente à la sclérotique, est placée ordinairement dans le diamètre transversal de l'œil, près de la cornée, du côté du bord interne de cette membrane, et immédiatement au-dessous de la conjonctive. On l'a appelée quelquefois *pterygium pingue*, lorsqu'elle était développée plus que de coutume, ou qu'elle était compliquée de ptérygion. On ne voit le pinguecula qu'exceptionnellement chez les jeunes gens; il est très commun chez les adultes et chez les vieillards. Quelquefois on l'observe au côté externe de l'œil, en même temps qu'au côté interne. Dans les ophthalmies il faut tenir compte de la présence du pinguecula et le reconnaître; autrement, comme il reste entièrement blanc au milieu de l'injection de la conjonctive et de celle de la surface de la sclérotique, on pourrait le prendre par erreur pour une pustule ou pour l'ophthalmie sous-conjonctivale d'Ammon, la *sclérotite*. (Voy. ce mot.)

Le pinguecula une fois formé ne disparaît plus, et conserve le plus souvent le volume que nous avons indiqué.

Il a reçu son nom à cause de son apparence graisseuse; cependant Weller, qui en a analysé un, assure avec raison qu'il ne présente pas la moindre trace de graisse. (Weller, *loc. cit.*, p. 238, t. I.)

Dans le doute où me laissaient les résultats de l'observation de Weller, j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir sur la véritable composition du pinguecula; j'ai donc prié M. le docteur Charles Robin de faire l'analyse d'une tumeur de cette espèce, que j'ai extraite le 15 février 1854, et voici la note qu'il m'a remise sur ce sujet :

« La tumeur est dure, arrondie et brillante à sa surface, de couleur jaunâtre. Elle est composée exclusivement d'épithélium pavimenteux de la conjonctive un peu hypertrophié; elle manque complètement de vaisseaux. Le tissu du derme, ou chorion de la muqueuse qui la porte, est à peine épaissi; la surface de celui-ci est lisse,

sans papilles, mais l'épithélium qui le recouvre lui adhère très fortement, comme aussi toutes les cellules de la masse de la tumeur adhèrent entre elles plus fortement qu'à l'état normal. Ces cellules appartiennent toutes à l'épithélium pavimenteux. Elles augmentent assez régulièrement de volume à partir des couches profondes (ou les cellules très petites, ainsi qu'on le voit normalement, c'est-à-dire 12 millièmes de millimètre) jusqu'à la surface. Là elles sont plus grandes du double ou de moitié qu'à la surface de la conjonctive saine. Du reste, ces cellules sont remarquables par leur régularité pavimenteuse, leur élégance et leurs fines granulations, qui sont un peu plus grosses autour du noyau ovoïde que dans le reste de la cellule. Nulle de celles-ci ne renferme de granulations graisseuses, ni d'excavations ou autres altérations qui sont communes sur les éléments des tumeurs épithéliales. Ainsi le pinguecula est une forme de tumeur épithéliale et non une tumeur graisseuse; il est donc mal nommé.

Le pinguecula ne peut être considéré comme une maladie; il nuit seulement à la beauté de l'œil, sur lequel il forme une tache d'un jaune sale. Aussi quelques jeunes femmes portant cette petite tumeur sont-elles venues me prier d'en faire l'ablation, ce que j'ai toujours refusé.

Si, exceptionnellement, le pinguecula occasionne quelque gêne, on peut l'enlever avec un bistouri, en le saisissant préalablement avec une petite pince à agrafe. Pour agir commodément et avec sûreté, on maintient les paupières écartées avec des élévateurs, et l'on fixe l'œil au moyen d'une pince appliquée sur la conjonctive bulbaire.

ARTICLE XXIX.

TUMEURS GRAISSEUSES DE LA CONJONCTIVE.

D'après certains auteurs, les tumeurs graisseuses qui se développent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival se rencontreraient assez fréquemment; elles auraient pour caractère un aspect lisse, cette couleur blanc jaunâtre particulière au tissu cellulaire graisseux dans l'espèce humaine, et donneraient le plus communément naissance à des poils plus ou moins nombreux qui y seraient implantés. Je ne sais jusqu'à quel point cette production de poils est inhérente à cette sorte de tumeurs; mais j'ai vu sous la conjonc-

tive des tumeurs d'apparence graisseuse dont je ne connais pas la nature réelle et dont je n'ai trouvé nulle part aucune description.

Elles consistent en une masse jaunâtre, fluctuante, surtout dans les points les plus éloignés de la cornée, solide et fixe au contraire près de cette membrane.

La tumeur, considérée dans son ensemble, est lisse, unie, également distribuée autour de la cornée, interposée entre la sclérotique et la conjonctive à la façon d'un chémosis séreux, recouvrant toute la surface antérieure visible de la sclérotique et se perdant vers le cul-de-sac conjonctival inférieur. Dans la partie supérieure de l'œil, elle est constamment moins épaisse, probablement à cause des mouvements de la paupière.

Généralement les malades ne se plaignent pas d'un autre inconvénient que de celui de voir leurs yeux prendre plus de volume qu'ils n'en avaient à l'état normal, en même temps qu'une couleur livide, jaunâtre, désagréable à la vue. Quelquefois cependant, il semblerait que la tumeur occasionne la sensation de la présence d'un corps étranger.

Un employé d'un ministère était dans ce cas; il vint me consulter pour une tumeur semblable à celles que je viens de décrire, qu'il portait à chaque œil. Celle du côté droit était bien plus développée que celle du côté gauche, et à ce même œil il éprouvait une sensation de gêne qui l'empêchait de travailler. Du reste, aucune rougeur à la surface de l'œil, dont toutes les membranes internes et externes étaient parfaitement saines.

Dans les premiers temps de ma pratique, il y a près de quinze ans, je rencontrai une tumeur semblable chez un vieillard, sur l'œil duquel elle formait comme un bourrelet circulaire autour de la cornée. Je crus qu'il ne serait pas extrêmement difficile de le débarrasser de sa maladie, et dans ce but je pratiquai une incision assez étendue sur la muqueuse. Mais lorsque j'eus commencé la dissection, je me trouvai bientôt arrêté en reconnaissant qu'il était impossible d'isoler le tissu de la tumeur des deux membranes entre lesquelles il était emprisonné, la sclérotique et la conjonctive, et je me bornai à retrancher ce que j'en avais pu séparer.

Je regrette bien de pas avoir pensé à examiner à cette époque le caractère du tissu que j'étais parvenu à enlever pour en déterminer la véritable nature. L'impression qui m'est restée de ce fait, quant à la nature de cette tumeur, c'est que j'avais eu affaire à une hypertrophie du tissu cellulaire.