

Les plaques écailleuses que M. Velpeau paraît avoir observées dans des cas d'ichthyose, celles que l'on voit dans la xérophthalmie, le cas décrit par M. Mirault d'Angers (*Lettres*, p. 20) sous le nom de *végétation cornée*, ressemblent beaucoup à celles que j'ai vues et dont je viens de parler. Ces plaques sont-elles de même nature? Je ne sais; assurément on les voit dans la xérophthalmie, mais je les ai observées bien des fois sur des malades qui n'étaient nullement atteints de cette affection.

ARTICLE XIX.

TUMEURS DIVERSES CONGÉNITALES OU ACQUISES DE LA CORNÉE.

Nous ne nous occuperons dans cet article ni du staphylôme congénital ou acquis dont nous avons fait plus haut le sujet d'un article spécial, ni de l'hydrophthalmie congénitale, ni d'autres affections que nous avons déjà étudiées ou que nous décrirons plus loin. Nous croyons devoir réunir ici sous un titre commun plusieurs affections qui ont, ou trop de rapports entre elles pour être séparées, ou trop peu d'importance pour faire l'objet d'articles particuliers.

A. — Lipomes.

Les lipomes de la cornée sont presque toujours observés à l'état congénital. Ils ne sont pas sans présenter de nombreux points de contact avec les *tumeurs graisseuses* de la conjonctive que nous avons décrites plus haut (voy. p. 234). Bornés exclusivement à la cornée, ils sont excessivement rares; le plus souvent, ils occupent simultanément un point de la conjonctive scléroticale, sur laquelle ils ont pris naissance, et une portion voisine de la cornée transparente.

J'en ai observé plusieurs exemples: Une jeune fille de la campagne, âgée de dix-huit ans, portait à la partie externe de l'œil droit une tumeur de ce genre qui constituait une grande difformité. Cette affection était congénitale; la tumeur couvrait la cornée depuis sa circonférence jusqu'en face de la marge externe de la pupille; elle était ronde, s'étendait à peu près aussi loin sur la sclérotique que sur la cornée, et était parcourue de quelques vaisseaux qui rampaient évidemment dans la conjonctive. La tumeur était d'un blanc jaunâtre, un peu rosé, comme une cerise à moitié mûre à laquelle elle ressemblait singulièrement, et çà et là, à la

surface, il y avait quelques petits mamelons très peu élevés, de couleur légèrement brune, qui faisaient tache. L'épaisseur de la tumeur était assez grande, et je n'exagère rien en disant qu'elle était d'un demi-centimètre vers le centre du mal. Lorsque les paupières étaient fermées, on voyait une saillie mobile à la place où se trouvait la tumeur.

La jeune malade, raillée sans cesse par ses camarades à cause de sa difformité, qui prenait un développement de plus en plus grand, m'ayant prié de l'en débarrasser, j'en fis l'ablation.

La dissection fut assez complète et j'eus la satisfaction, après de nombreuses cautérisations avec la pierre de nitrate d'argent, de renvoyer la malade avec une tache superficielle fort peu apparente.

La tumeur fut dessinée avec soin avant l'opération. L'examen après l'ablation n'y fit trouver que les éléments ordinaires du lipome.

Weller, qui a observé aussi quelques cas de tumeurs semblables, les croit plus fréquentes chez les sujets scrofuleux et chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle. Mais rien n'appuie sérieusement cette opinion; je ne vois pas non plus ce qui peut autoriser quelques auteurs, et Wardrop est du nombre (p. 32, pl. IV), à comparer quelques-unes de ces excroissances aux *nævi*. Quoi qu'il en soit, ce dernier, entre autres cas, en cite un assez singulier qui lui avait été communiqué par Monro; la tumeur était rougeâtre, placée, comme celles que j'ai vues, par moitié sur la cornée et sur la sclérotique, et trois longs poils, y prenant naissance, sortaient entre les paupières: c'est à ce fait que nous avons fait allusion dans notre article sur les tumeurs érectiles (page 220). Gazelles (*Journal de médecine*, t. XXIV) a vu aussi ce phénomène. Un des plus remarquables, en raison de l'étendue du lipome, appartient à Voigtel; dans ce dernier cas, comme dans le premier de ceux que j'ai rapportés plus haut, la tumeur, parsemée de vaisseaux, recouvrait la moitié de la cornée.

Enfin, Cornaz (1) cite un fait dû à Græfe d'une excroissance située à l'angle externe et inférieur de la cornée et recouvrant une partie de la sclérotique; cette tumeur portait un simple poil bifurqué, et tout porte à croire, d'après sa description, que c'était un vrai lipome scléro-kératique.

(1) *Abnormités congénitales des yeux*. Lausanne, 1848.

M. Bouley, professeur de clinique à Alfort, a observé un fait du même genre sur un chien ; nous en avons déjà parlé. Les deux cornées présentaient à leur centre un pinceau de poils très vigoureux et très longs qui sortaient entre l'ouverture palpébrale ; l'animal voyait assez pour se conduire. M. Bouley m'avait offert d'examiner anatomiquement les yeux de ce chien, mais il a été malheureusement abattu contre son ordre.

Il me paraît probable que, dans certains cas, on aura pu prendre des fungus commençants ou des nævi pour des lipomes, et c'est là certainement ce qui explique la confusion qui existe partout dans ces descriptions.

B. — Sarcomes.

La cornée présente assez rarement ces excroissances. Il y en a de plusieurs sortes ; les unes ressemblent à des granulations d'une épaisseur variable, les autres à des polypes.

Lorsque des granulations épaisses siègent sur la conjonctive palpébrale, la conjonctive bulbaire dégénère et prend l'aspect sarcomateux ; en même temps la cornée se vascularise et se recouvre d'un pannus dont l'épaisseur va toujours croissant. Plus tard encore, des modifications surviennent dans ces tissus de nouvelle formation. Ils se lobulent, envahissent la cornée dans toute son étendue, et la recouvrent à ce point, qu'il est impossible de l'apercevoir en aucun endroit. Tel était le cas d'une femme âgée, dont j'ai parlé à l'article *Granulations*.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, la cornée présente sur un point de sa surface un tubercule charnu plus ou moins large, pédiculé et de couleur rosée. Guérin en rapporte un exemple (1) : « Un jeune homme de Mâcon, dit cet auteur, avait au centre de la cornée un tubercule charnu gros comme un pois ; cette tumeur l'incommodait beaucoup, elle l'empêchait de fermer les paupières ; avec un coup de ciseau j'enlevai cette excroissance, qui était à pied droit ; je détruisis le peu qui restait à la cornée par l'application d'un mélange d'écaillés d'huîtres calcinées et d'alun de roche. »

Wardrop a observé des tumeurs arrondies, brunâtres, augmentant avec l'âge, et qui étaient fixées à la cornée et à la sclérotique ; ces tumeurs étaient probablement des sarcomes, ainsi que celle figurée par d'Ammon (pl. VI, fig. 12), qui offrait le volume

(1) Guérin, *Traité des maladies des yeux*, p. 210.

et l'aspect d'une framboise, d'un rouge rosé, et sur laquelle il observa un certain nombre de poils rudes et noirs ; l'extirpation de cette production anormale n'ayant pas été faite, l'auteur n'ose se prononcer sur sa nature. Était-ce là un lipome semblable à celui que j'ai décrit plus haut ? cela, à part les poils, me semble bien probable. Le même observateur a vu chez un garçon de seize ans une double tumeur ayant la forme d'une langue, d'un rouge rosé, située au milieu de la portion inférieure de la sclérotique, et qui s'étendait jusqu'à la cornée ; une base solide la fixait à la surface de l'œil, et, comme complication, on trouvait un coloboma de la paupière supérieure.

J'ai vu des tumeurs analogues : chez une petite fille de deux ans, le mal occupait, comme presque toujours, la partie inférieure externe de la cornée et le voisinage de la sclérotique. La tumeur était allongée et ressemblait à une petite langue de couleur rosée. Elle s'étendait à 3 ou 4 millimètres sur la cornée par son sommet, tandis que sa base se perdait à 2 centimètres sur la sclérotique. Je n'entrepris rien et ne revis plus cette petite malade. Dans un autre cas, la tumeur était plus élevée et moins étendue ; je ne crus pas devoir l'enlever parce que je ne fus pas suffisamment appuyé par le confrère qui m'avait présenté la malade, âgée d'environ huit ans.

Citons encore deux faits rapportés par Cornaz (*ibid.*). L'un, dû au docteur Szokalski, d'une excroissance occupant la partie inférieure et interne de la sclérotique et recouvrant en partie la cornée. Cette excroissance, rouge, du volume d'un haricot, ayant été enlevée, se reproduisit après la première opération, et finit par disparaître en grande partie sous l'action de la cautérisation. Le second exemple, du docteur Fronmüller, consistait en une excroissance verruqueuse de la grosseur d'un petit pois, arrondie, de consistance fongueuse et couverte de poils. Était-ce un lipome ou un sarcome ?

De tous ces faits semble résulter ceci, que la présence ou l'absence de poils ne constitue pas un caractère différentiel entre les lipomes et les sarcomes, puisqu'on en a rencontré sur l'une comme sur l'autre espèce des tumeurs kérato-scléroticales.

Beer, Maître-Jan (1), mentionnent des exemples que l'on a considérés comme analogues aux précédents. Le fungus, dont parle

(1) Maître-Jan, *loc. cit.*, p. 411 et 412.

ce dernier auteur, sortait d'un ancien ulcère de la cornée et paraissait venir de la chambre antérieure. C'était probablement une proci-dence de l'iris, devenue sarcomateuse comme celle que nous avons vue un jour dans le service de Bérard, et que ce professeur avait prise d'abord pour une dégénérescence cancéreuse; peut-être était-ce aussi un cancer de la cornée semblable à ceux que je décrirai plus bas. (Voy. page 379.)

C. — Tumeurs fibro-cartilagineuses et fibro-plastiques.

Une forme non moins intéressante est celle que les auteurs ont décrite sous le nom de *tumeurs fibro-cartilagineuses*, et dont j'ai rencontré aussi plusieurs exemples. Cornaz en cite quelques faits d'après Ryba et Fr. Robert. Celui de ce dernier auteur a été observé chez une jeune fille qui présentait, en outre, un *nævus* de la joue gauche et une difformité de l'oreille droite; la tumeur était surmontée de poils et ne renfermait pas de vaisseaux sanguins; aussi n'y eut-il pas d'écoulement de sang lorsqu'on l'enleva.

Il est remarquable, et Fronmüller avait déjà noté cette particularité, que ces tumeurs fibro-cartilagineuses (de même que la plupart des autres tumeurs, même celles qui sont de nature cancéreuse) occupent constamment l'angle externe inférieur au point de jonction de la cornée et de la sclérotique. Quelle est la cause de cette singulière circonstance? Je l'ignore complètement.

Chez les animaux, ces tumeurs kérato-scléroticales sont moins rares que dans l'espèce humaine. Leblanc, Lecoq, Wardrop, Otto, en ont constaté chez le chien, le bœuf, le mouton, et Ryba en rapporte un fait curieux en ce sens que, se déro-bant à la loi générale, la tumeur était placée au bord supérieur de la sclérotique et de la cornée, et de plus qu'elle était mi-partie noire et blanche, suivant qu'elle était sur l'une ou l'autre des deux membranes.

C'est à cette catégorie que je rapporte une tumeur fibro-plastique que j'ai opérée dans des conditions semblables à celles que je viens d'énumérer. Développée à la surface scléro-kératique en bas et en dehors, elle avait fini par envahir complètement la chambre antérieure et détruit l'œil chez un enfant que m'avait recommandé M. le professeur Lechevallier, de Caen. Voici la note que m'a remise M. Robin sur la pièce que je l'avais prié d'examiner :

« Tumeur fibro-plastique composée :

- » 1° D'éléments fibro-plastiques des trois variétés (noyaux libres, fibres fusiformes et cellules);
 - » 2° De fibres du tissu cellulaire peu nombreuses;
 - » 3° De granules moléculaires.
- » Pas de cancer.
- » La dissection pourra seule montrer le point de départ.
- » La disposition des éléments est celle qu'ils ont dans les tumeurs fibro-plastiques du périoste. »

Le point de départ était dans la sclérotique, à sa surface externe.

D. — Kystes.

On a observé à la surface de la cornée des kystes de différentes espèces.

J'ai opéré en 1841 un homme qui portait au côté externe de la cornée de l'œil gauche une tumeur du volume environ de trois grains de chènevis. Cette tumeur était blanche, contenait un liquide transparent, s'avantait à peu près jusqu'au bord externe de la pupille, et s'étendait sur la sclérotique dans l'espace de 3 ou 4 millimètres environ. La dissection que j'en fis à l'aide d'un couteau à cataracte démontra que le liquide incolore qu'elle contenait était renfermé dans un kyste. L'opération n'offrit aucune difficulté, et le malade guérit avec une légère opacité de la cornée.

Les auteurs font mention de divers kystes qu'ils ont rencontrés à la surface de la cornée et qui paraîtraient être d'une autre nature. Mais il y a tout lieu de croire que ces affections se confondent avec les lipomes que nous avons étudiés au commencement de cet article.

E. — Tumeurs séreuses dans la lame élastique antérieure.

Bowman (1), auquel on doit de précieuses recherches sur l'anatomie de l'œil, a décrit dans la couche externe ou tégumentaire de la cornée deux parties distinctes, l'épithélium et une membrane à laquelle il donne le nom de *lame élastique antérieure*, et qui est, suivant lui, la continuation directe du derme de la conjonctive (2). Transparente comme le cristal, sans apparence de

(1) *Annales d'oculistique*, 15^e année, t. XXIX.

(2) Voy. les *Recherches* de M. Warlomont sur le même sujet (*Brochure sur le pannus*, p. 42 et suiv., in-8; 1854, 98 pages.)

structure, c'est à elle qu'est dû l'aspect lisse et brillant de la cornée, après qu'on l'a dépouillée de l'épithélium conjonctival; elle forme dans l'homme une enveloppe continue à tout le tissu lamellé, auquel elle adhère par de nombreux filaments, de même nature qu'elle.

C'est sous cette lame élastique que, dans certaines conditions pathologiques, on voit se développer de très petites tumeurs fluctuantes; elles se présentent sous forme de petites bulles faciles à déplacer à l'aide d'une légère pression exercée au moyen de la paupière inférieure tenue sous le doigt. Le liquide que contiennent ces bulles parcourt alors un espace qui mesure exactement les limites dans lesquelles la lame élastique se trouve décollée. Je n'ai vu que bien rarement ce phénomène; mais au moins j'ai eu l'avantage de le rencontrer dans les conditions les plus favorables.

C'était chez un nommé Bara, que j'avais opéré de la cataracte plusieurs années auparavant. L'œil était depuis longtemps perdu par suite d'une choroidite qui s'y était développée. Le centre de la cornée, quand on le regardait obliquement, semblait être mamelonné; on y voyait un nombre assez considérable de petites bulles, soulevant la lame élastique, et contenant toutes un liquide parfaitement incolore. La pression déplaçait ces bulles sans les détruire; quelques-unes se confondaient avec les bulles voisines; il était, dans tous les cas, impossible de rompre aucune de ces petites tumeurs par la simple pression. Dans le but de constater, autant qu'on pouvait le faire à l'œil nu, l'état du liquide contenu dans ces bulles, plusieurs d'entre elles furent ponctionnées avec une aiguille à paracentèse. Le liquide qui en sortit était incolore et ne présentait aucune espèce de caractère appréciable. Plusieurs fois, et à la distance de quelques semaines, les bulles disparurent complètement pour reparaitre par la suite. Aujourd'hui encore (décembre 1854), la cornée de cet homme présente le même phénomène.

F. — Opacités verruqueuses.

Les opacités verruqueuses de la cornée ne sont pas extrêmement communes. Nous résumons le fait suivant cité par M. Bowman dans une de ses leçons faites à l'hôpital ophthalmique de Moorfields, à Londres.

Une dame de vingt-huit ans vint trouver ce chirurgien et le

consulta pour une ancienne opacité proéminente située transversalement au-dessous de la partie centrale de la cornée, dans l'intervalle situé entre les paupières. L'iris y était adhérent; c'était la suite d'une violente ophthalmie qu'elle avait eue quatre ans auparavant. La surface de la tumeur était raboteuse comme celle d'un cor mou, et la saillie qu'elle formait semblait entretenir une inflammation chronique. Après avoir fait usage sans succès pendant plus d'un an de collyres astringents, la malade se décida à se laisser enlever une couche mince de la tumeur qui, examinée au microscope, ne présenta qu'un épaissement de l'épithélium.

Six mois après, elle revint trouver M. Bowman, qui résolut d'enlever toute l'opacité tranche par tranche, jusqu'à la cornée saine. La surface de la section laissa suinter du sang; examinées au microscope, les tranches contiennent un grand nombre de papilles qui ont été coupées en travers, et dont plusieurs contiennent encore du sang dans leurs vaisseaux. L'épithélium qui les recouvre est très épais, et l'on n'était pas arrivé à elles dans la première opération. L'intérieur des papilles était formé de vaisseaux sanguins et d'un tissu mal caractérisé contenant de nombreux noyaux. Pas de traces de nerfs; trois mois après l'opération, les parties étaient beaucoup aplaties et la vision améliorée.

Cette maladie ressemble entièrement, à notre avis, à celle que nous avons décrite plus haut sous le nom de *plaques écailleuses*. (Voy. p. 371.)

ARTICLE XX.

CANCER DE LA CORNÉE.

Cette affection est fort rare; cependant il s'en est présenté trois cas dans ces trois dernières années de ma pratique. Je vais en rapporter l'histoire abrégée.

Dans ces trois faits, le mal, de même que pour les tumeurs lipomateuses garnies ou non de poils, a frappé le côté externe et un peu inférieur de la cornée. Il a débuté de la façon la plus insidieuse; on a vu apparaître dans les trois cas une petite élévation noirâtre à la jonction de la cornée avec la sclérotique; peu à peu et avec le temps, elle a pris un développement progressif et s'est étendue à la surface de la cornée et de la sclérotique sans occa-

sionner la moindre douleur. La vision a été compromise, détruite même par les progrès du mal, mais seulement par l'obstacle mécanique apporté par la tumeur à l'entrée des rayons lumineux dans la pupille. Assurément le mal aurait par la suite envahi le globe oculaire s'il n'avait pas été enlevé en même temps que des parties saines.

Dans les deux premiers faits, le cancer ne s'est pas reproduit après deux ans et demi. Voici ces trois faits :

Première observation. — Dans le mois de février 1852 se présenta à ma clinique le nommé Dumas, tailleur, âgé d'environ quarante ans. Cet homme, d'une assez faible constitution, a la peau d'une teinte jaunâtre générale en tout point semblable à celle que présentent les individus atteints depuis longtemps d'affections cancéreuses. Il digère bien cependant et ne se sent pas malade.

Il a recours à moi parce qu'il porte depuis plus d'une année sur l'œil droit une tumeur qui, depuis quelque temps, fait des progrès assez rapides. Cette tumeur, placée à la partie inférieure externe de l'œil, couvre le tiers de la cornée et s'étend d'un demi-centimètre sur la sclérotique, au-dessous de la conjonctive. Elle est d'une couleur noirâtre lisse, non vasculaire, et prend une teinte légèrement rosée vers son extrémité scléroticale; sa forme et son étendue sont représentées de face dans la figure 32, et de profil dans la figure 33.

Fig. 32.

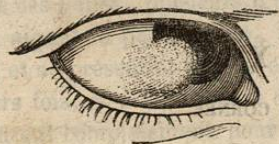


Fig. 33.



Je ne cache pas au malade la gravité de cette affection, et je lui fais comprendre qu'il serait avantageux pour lui de faire le sacrifice de son œil. Sur son refus, j'enlève seulement la tumeur par la dissection au ras de la cornée et de la sclérotique, et je la remets à M. Ch. Robin, qui reconnaît, à l'aide du microscope, qu'elle est de nature cancéreuse.

L'opération n'est suivie d'aucun accident sérieux, et la plaie se cicatrise rapidement.

Le 28 février 1853, le malade se représente à ma clinique.

La tumeur s'est reproduite et a acquis un volume quatre fois plus considérable, ainsi que le représentent les figures 34 et 35. La sclérotique est envahie dans une assez grande étendue. La tumeur est d'une couleur rosée, tachetée en haut, en bas et dans quelques points de sa surface, par une matière noirâtre.

La moitié interne de la cornée est saine; derrière elle, on voit la moitié correspondante de la pupille qui conserve son aspect accoutumé. La vision est également conservée; le malade voit l'heure à une montre et lit même avec assez de facilité. La conjonctive bulbaire offre en dehors plusieurs gros vaisseaux variqueux qu'on voit dans les figures 34 et 35. Lorsque l'œil est ouvert, la paupière inférieure est assez fortement déprimée par la tumeur; lorsqu'il est fermé, celle-ci fait une saillie prononcée sous les paupières. L'œil est quelquefois larmoyant et embarrassé de mucosités.

La figure 34 représente le mal vu de face, et la figure 35 le montre de profil.

Fig. 34.

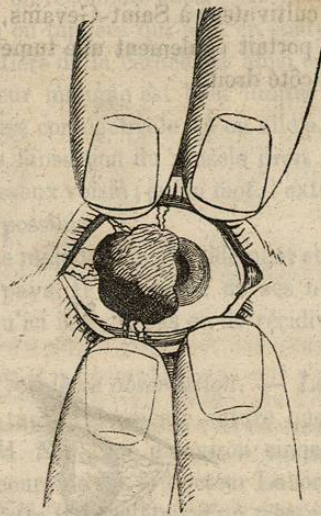


Fig. 35.



Malgré la constitution peu robuste du malade, la santé générale est bonne.

Je propose de nouveau au malade le sacrifice de l'œil qui, cette fois, est accepté. Je pratique l'opération le surlendemain, 2 mars, en suivant le procédé que j'ai décrit plus haut pour l'ablation du

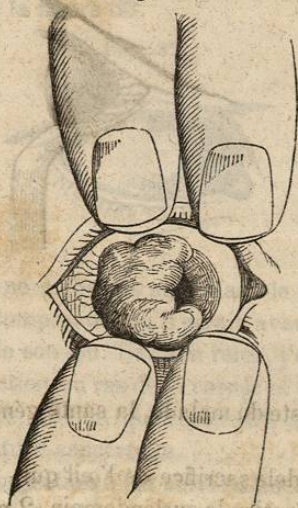
staphylôme (voy. p. 350 et 353). La manœuvre a été différente sur quelques points. Ainsi l'aiguille a été enfoncée sur la partie saine de la cornée, et a pénétré obliquement dans l'œil en dehors, de manière à passer en arrière des limites de la tumeur au côté externe de la sclérotique. Le staphylotome (voy. fig. 25, p. 351) a suivi la même route, et, à l'aide du fil porté dans l'œil par l'aiguille, la tumeur a pu être maintenue solidement et enlevée en totalité. L'hémorragie fut insignifiante, et la guérison s'obtint presque aussi rapidement que la première fois.

La tumeur fut examinée aussitôt par M. Robin et reconnue, comme la première fois, comme une production encéphaloïde. Le 1^{er} juillet, deux mois environ après l'opération, le moignon était en état de porter un œil artificiel; mais je ne le permis pas, dans la crainte d'une reproduction plus rapide de la maladie.

J'ai revu Dumas en décembre 1854; il allait toujours bien, et je l'envoyai chez M. Boissonneau fils, qui lui appliqua l'œil d'émail qu'il désirait porter depuis si longtemps.

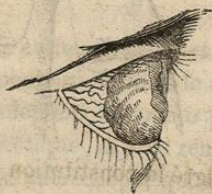
Deuxième observation. — Le second malade était un nommé Robert, âgé de cinquante ans, cultivateur à Saint-Gevains, près du Parc-Grand (Ardennes), qui portait également une tumeur de la cornée et de la sclérotique du côté droit.

Fig. 36.



Cette tumeur présentait une forme bilobée et le volume d'une

Fig. 37.



petite fève; le diagnostic sur le vivant et le microscope s'accordèrent à la considérer comme cancéreuse (j'en avais enlevé une petite partie pour l'examen). Elle s'étendait du côté interne jusqu'au milieu de la pupille (fig. 36), et avait environ son milieu sur la jonction de la cornée à la sclérotique, qui se trouvait ainsi recouverte par la moitié externe de la tumeur. Elle était framboisée et entourée de vaisseaux variqueux sur la conjonctive bulbaire, comme on le voit dans les deux figures ci-dessus.

Le mal s'étendant trop loin pour que je songeasse à conserver un moignon, l'extirpation de l'œil fut proposée et acceptée, et je la pratiquai le 19 avril 1852 par le procédé ordinaire.

La dissection de l'œil extirpé montre que les membranes internes sont parfaitement saines. Le tissu cancéreux occupe environ un tiers de l'épaisseur de la sclérotique et gagne plus profondément à mesure qu'on s'éloigne de la jonction sclérotico-cornéenne. A 1 millimètre environ de cette ligne, les fibres de la cornée sont détruites et remplacées par du tissu squirreux qui pénètre jusqu'à la membrane de Descemet. En avançant vers le centre de la cornée, on reconnaît encore les fibres malades et comme parcheminées ou tannées qui sont en contact avec du tissu cancéreux. Un bon tiers de la cornée est ainsi occupé par la dégénérescence. La tumeur maligne est bien limitée, pas une cellule dans la muqueuse conjonctivale, là où elle a été tranchée par le bistouri; rien dans l'insertion du muscle droit externe ni dans le tissu cellulograisieux voisin; en un mot, l'extirpation du mal est aussi radicale que possible.

Le malade guérit rapidement et quitte Paris pour retourner dans son pays. Il me donne de ses nouvelles de temps en temps, et jusqu'ici il n'y a pas eu de récurrence.

Troisième observation. — Le 22 novembre 1853, j'ai extrait une tumeur de même nature que les précédentes sur l'œil droit de M. X..., âgé d'environ cinquante ans, et avec le bienveillant concours de M. le docteur Laborie.

Cette tumeur était d'un très petit volume, grosse tout au plus, avant l'extraction, comme trois petites têtes d'épingle réunies. Elle occupait le bord externe (toujours le côté externe!) de la cornée droite et reposait par moitié sur cette membrane et sur la sclérotique. Quelques vaisseaux rampaient dans le voisinage et venaient se perdre dans la tumeur.

Remise aussitôt à M. Ch. Robin (1), elle fut reconnue comme de nature cancéreuse, et mon diagnostic ne fut que trop malheureusement justifié.

A quelques mois de là j'appris par M. le docteur Laborie que la tumeur avait récidivé, et qu'elle avait considérablement augmenté de volume.

(1) Principales formes des cellules d'un cancer de l'œil remis par M. le docteur Desmarres à M. Ch. Robin.

Tumeur du volume d'une grosse tête d'épingle, aplatie, d'un brun noirâtre, dure, comme friable, mais ne se réduisant pas en pulpe. Elle se dilacère pourtant avec facilité, et, portée sous le microscope, elle s'est montrée constituée :

1° Par des cellules cancéreuses très abondantes et par un certain nombre de noyaux cancéreux libres A. Ces éléments sont contigus les uns aux autres, entassés comme à l'ordinaire, sans ordre ni enchevêtrement particulier. Les cellules sont, les unes sphériques ou ovoïdes, les autres polyédriques, à angles arrondis et alors généralement allongées, terminées quelquefois en pointe ou en queue B.

Les cellules les plus petites ont de 30 à 40 millièmes de millimètre; c'est aussi la largeur de celles qui sont polyédriques allongées, tandis que leur lon-

Fig. 38.



gueur s'étend de 30 à 75 millièmes de millimètre. Toutes sont à bords tranchés, assez foncés; traitées par l'acide acétique, elles pâlissent beaucoup sans se dissoudre entièrement, avec cette particularité très ordinaire et presque uniquement propre aux cellules du cancer, que le noyau ou les noyaux qu'elles renferment pâlissent autant que la masse de la cellule qui les entoure.

Ces cellules renferment toutes de un à trois et même quatre noyaux. Ceux-ci, ainsi que les noyaux libres, sont ovoïdes, assez allongés; quelques-uns pourtant sont presque sphériques. Ils sont remarquables par leurs grandes dimensions: la plupart offrent une longueur de 12, 15 et 20 millièmes de millimètre (et même 22 millièmes); leur largeur est de 8 à 11 millièmes (et même 12 pour les plus grands). Ils ont de un à deux nucléoles, peu volumineux (1 à 2 millièmes), mais nets et brillants; on trouve peu de granulations autour des nucléoles. Dans la masse de la cellule, autour du noyau, les granulations sont assez abondantes, mais fines, et n'ôtent pas la transparence de la plupart des cellules. Il en est

Le malade, découragé et effrayé de la proposition qui lui était faite de se soumettre à l'extraction de l'œil, s'était livré à des empiriques qui exploitaient sa pusillanimité.

ARTICLE XXI.

ATROPHIE ET PHTHSIE DE LA CORNÉE.

Cette maladie est toujours la conséquence d'une affection analogue du globe oculaire tout entier. Elle se distingue par des caractères fort tranchés; ses diamètres sont tous diminués, et, dans son ensemble, on constate qu'elle est complètement déformée. En outre, sa surface est ridée, et l'on déplace sous le doigt, par l'intermédiaire de la paupière, les plis que l'on y voit.

Derrière la cornée atrophiée, on voit l'iris et la pupille, le plus souvent avec de graves modifications organiques, quelquefois avec leur apparence normale, sauf qu'ils ont aussi perdu en surface comme le globe, et que l'on peut les déformer comme la cornée par la plus légère pression. Là, comme dans toutes les membranes oculaires, il y a une atrophie avancée.

L'atrophie s'accompagne donc toujours de cécité incurable.

Elle se distingue de la *phthisie* de la cornée en ce que, dans cette dernière maladie, la membrane est devenue généralement opaque, et que l'on y trouve les traces d'une suppuration étendue avec destruction de l'iris. Dans la *phthisie* de la cornée, qui peut être partielle, le globe oculaire a le plus souvent conservé son volume, sauf dans les cas où, de même que la cornée, il a été détruit par une ophthalmite; dans l'atrophie de la cornée, il n'y a pas eu de suppuration, mais arrêt de nutrition portant sur l'organe tout en-

pourant qui renferment beaucoup de granulations pigmentaires noires et brunes. Celles-là sont peu transparentes et leur noyau est quelquefois partiellement masqué.

2° Un assez grand nombre de granulations pigmentaires libres et d'autres grisâtres, ou jaunes graisseuses, flottent librement autour des cellules cancéreuses.

3° Des capillaires peu nombreux peuvent être isolés par dilacération du tissu de la tumeur.

Il existe du tissu cellulaire et quelques rares éléments fibro-plastiques (noyaux libres et fibreux-fusiformes) dans le tissu qui entoure la tumeur (tissu très vasculaire), mais on n'en trouve pas dans la tumeur même.