

envahit soit le sac lacrymal (Gayet), soit la cornée (Sattler). Quelquefois l'affection est bilatérale.

Plus fréquente chez les adolescents, les jeunes gens et les femmes, l'affection guérit souvent, après un traitement énergique et avant la généralisation.

Le diagnostic se fera au début avec le chancre induré : l'examen et l'inoculation des détrit, l'induration plus considérable, l'évolution aideront à faire ce diagnostic qui peut être délicat et rester quelque temps en suspens. Dans les formes chroniques, avec peu d'ulcération, on pourrait penser au trachome, mais les commémoratifs, l'état de la cornée, l'absence ou le peu d'importance des adénopathies, empêcheront l'erreur. Il en sera de même pour la lèpre.

2° LUPUS. — Il est secondaire au lupus nasal et palpébral et commence ordinairement par le cul-de-sac inférieur. Des dacryocystites, dans lesquelles on ne retrouve pas toujours les bacilles ou la structure tuberculeuse des débris, précèdent fréquemment son évolution.

Le traitement des deux variétés de tuberculose conjonctivale est général et local. En plus du régime, du séjour marin, de la suralimentation, de l'huile de foie de morue, on donnera l'iodoforme à l'intérieur (Panas) à la dose de 20 à 30 centigr. par jour, en cachets, avec partie égale de poudre de café.

La tuberculine, qui a été essayée, semble aujourd'hui abandonnée : mais, se basant sur l'effet remarquable sur le lupus de certains érysipèles fortuits, il y aurait lieu d'expérimenter les injections de toxine streptococcique.

Le traitement local se composera de grattages énergiques à la curette tranchante, d'applications du thermocautère et de la poudre d'iodoforme.

PSEUDO-TUBERCULOSES. — On a décrit des granulations particulières pouvant simuler le tubercule (Pagenstecher, Weiss, Wagenmann), et dues à l'intromission de poils de chenille enkystés. Ces poils peuvent provoquer l'apparition de petites nodosités siégeant même sur la peau de la paupière, comme nous en avons vu un cas chez un médecin qui avait détruit lui-même un nid de chenilles.

Lèpre. — Consécutifs à des lésions palpébrales de même nature, les boutons lépreux envahissent progressivement la cornée, qui se transforme en une masse jaunâtre et plus tard en un leucome adhérent : tantôt une iritis plastique provoque rapidement une occlusion pupillaire : d'autres fois des nodules lépreux apparaissent sur l'iris. E. Meyer a noté un tubercule lépreux développé primitivement sur la cornée.

Les bacilles de Hansen (fig. 33) sont très nombreux dans les masses néoformées, d'où la nécessité d'un diagnostic bactériologique fait sur des parcelles excisées dans les cas douteux.

On traitera les boutons épiscléraux par la cautérisation répétée au thermocautère, en même temps que l'on soignera l'état général par l'huile de Chaulmograa. Si cette dernière est mal tolérée, on donnera de l'ichtyol.

Des iridectomies répétées sont souvent impuissantes à prévenir l'occlusion définitive de la pupille. L'effet extrêmement favorable d'un érysipèle intercurrent sur les boutons lépreux pourrait donner l'idée d'une tentative de sérothérapie appliquée à ce cas particulier.

On devrait aussi essayer diverses injections sous-conjonctivales.

Parasites. — On observe exceptionnellement la filaire, des kystes hydatiques presque sous-conjonctivaux (Ripault), ou des cas où le parasite, émigrant de l'orbite, vient à être expulsé sous la conjonctive (Meyer). Quant aux cysticerques sous-conjonctivaux, ils siègent souvent dans le cul-de-sac et la base des paupières. (Voy. *Orbite*.)

Dégénérescences. — 1° PINGUÉCULA ET PTÉRYGION. — La pinguécule est une petite masse d'un blanc jaunâtre, siégeant au niveau du limbe sur le diamètre horizontal, en dedans, et souvent bilatérale.

Le nom de pinguécule est un terme assez malheureux, puisqu'il est reconnu qu'il n'y a pas de graisse dans ses éléments. A moins de vouloir quand même se conformer à l'usage, on pourrait changer ce nom pour celui de hyalome conjonctival, car les principales recher-



Fig. 33. — Bacilles de la lèpre.

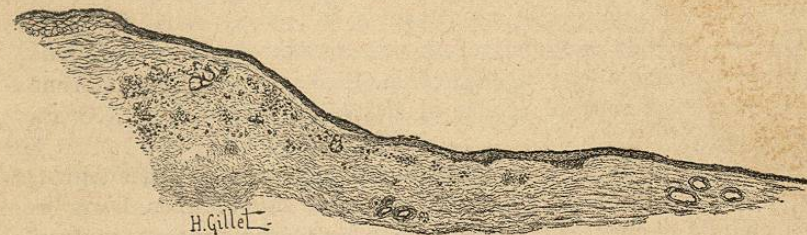


Fig. 34. — Pinguécule et ptérygion.

ches sur l'histologie de la pinguécule, dues à Fuchs, ont montré qu'il s'agit d'un amas interstitiel de boules hyalines, analogues à celles qu'on trouve dans les cornées cicatricielles, le gérontoxon ou même le nerf optique (verrucosités). Ces boules proviendraient de la dégénérescence hyaline des fibres conjonctives et élastiques du tissu conjonctival.

Une de nos préparations montre ces altérations (fig. 34). L'épithélium n'a pas de lésion accentuée.

La pathogénie et le traitement sont les mêmes que pour le ptérygion.

Le PTÉRYGION suit la pinguécula, comme Horner et Fuchs l'ont démontré. Les ulcérations cornéennes, les traumatismes, peuvent attirer des replis conjonctivaux vers la cornée, mais ces *ptérygions traumatiques* n'ont pas la régularité des vrais ptérygions.

Il y a des ptérygions assez larges et assez épais pour former un énorme repli charnu remplissant l'angle interne (fig. 35) et ayant absorbé le repli semi-lunaire. D'autres sont tellement légers qu'ils se

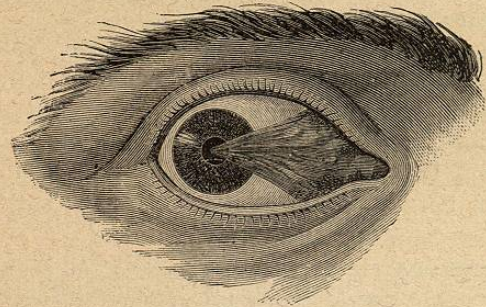


Fig. 35. — Large ptérygion.

réduisent à un léger voile continuant la direction de la pinguécula. Si la pinguécula est devenue volumineuse et s'étale jusqu'au milieu de la cornée, le ptérygion la suit, mais il n'adhère pas autant qu'elle au tissu cornéen; un stylet détache assez facilement les faibles adhérences et passe sous le *col* du ptérygion, sa tête restant solidement fixée et le corps se continuant avec la conjonctive.

C'est un repli de conjonctive, un peu épaissie et variqueuse, mais à peu près normale, que la pinguécula attire avec elle. La membrane de Bowman est souvent érodée et altérée au niveau de la tête du ptérygion.

Les causes de la pinguécula et du ptérygion sont imparfaitement définies. Il y a des conditions prédisposantes indubitables. Dans les pays chauds, et chez les gens de couleur, les ptérygions sont extrêmement fréquents, et il y en a des séries dans les mêmes familles. Le dixième des sujets en est atteint à Madère (Reineken). Plus fréquents après quarante ans, la pinguécula et le ptérygion peuvent exister chez des sujets plus jeunes. Les irritations plus constantes dans certains métiers (cuisiniers, cochers, paysans) contribuent peut-être aussi à leur production: mais, en somme, il y a bien des sujets soumis aux mêmes influences et qui n'ont pas la moindre lésion de ce genre. L'irritation doit jouer un rôle, puisque la partie exposée à l'air est seule atteinte (les ptérygions verticaux étant rares et douteux).

Bitot a affirmé que « la pinguécula était le produit du balayage incessant et systématique de la conjonctive bulbaire par les paupières ». Le tissu sous-muqueux, incessamment brassé par le mouvement palpébral, traversé par les éléments migrants, subit une altération hypertrophique. Une fois une petite bande ferme étendue de la pinguécula à la caroncule, les mouvements oculaires arriveraient, d'après Gayet, à établir la plicature si constante du ptérygion.

Pour empêcher un ptérygion de se développer, on devra systématiquement enlever toute pinguécula. On fera l'ablation à la pince et aux ciseaux, et on grattera l'emplacement de la pinguécula (Deschamps). La cautérisation ignée (Martin) est peut-être plus sûre. Ce grattage (de Wecker) aurait même pour effet de faire rétrocéder de petits ptérygions.

Les anciens et les chirurgiens du XVIII^e siècle se bornaient à attirer le ptérygion avec un crochet ou une anse de fil, et à l'exciser. La récurrence était fréquente. Richter se bornait à enlever l'extrémité cornéenne. Coccius et Arlt eurent les premiers l'idée de suturer le bord de la plaie et les résultats furent meilleurs.

Le ptérygion n'étant que de la conjonctive saine, il faut en enlever le moins possible, sans cela la rétraction cicatricielle et la diplopie peuvent être la suite de l'intervention. C'est là l'origine des méthodes destinées à atrophier le ptérygion par ligature (Szokalski), à le greffer à côté (Desmarres, Knapp) ou sous un pont conjonctival (Maurel), à l'enrouler (Galezowski), à le détacher en le laissant adhérent par sa base (Arlt), à le distendre avec greffe. (Gayet.)

Le procédé le meilleur est, non l'ablation totale, mais l'ablation partielle. Avec un bistouri fin, on dissèque la pinguécula et on gratte (Deschamps) ou on cautérise l'emplacement, puis on enlève le col du ptérygion d'un coup de ciseaux. Le corps du ptérygion, attiré par la suture au catgut, sert ensuite à recouvrir la plaie. Pour de très volumineux ptérygions, on pourra être obligé, en haut et en bas de la cornée, de faire de larges incisions libératrices pour pouvoir faire la suture, qui ne doit jamais être négligée, sous peine de cicatrice étendue et dangereuse.

L'autoplastie conjonctivale ou l'hétéroplastie muqueuse seront très rarement employées.

DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE ET HYALINE. — C'est une affection fort rare, qui a été décrite presque exclusivement dans les pays septentrionaux (Von Oettingen), en particulier la Russie. (Kubli.)

Van Duyse, qui a donné les plus grands détails sur la question (1), en a observé des cas en Belgique, Kruch et Fumagalli en Italie.

Peut-être (Van Duyse) un certain nombre de processus cicatriciels

(1) VAN DUYSE, *Arch. d'opht.*, 1894.

de la conjonctive rapportés au trachome, dans nos pays, sont-ils consécutifs à la dégénérescence amyloïde.

La maladie débute par des poussées congestives conjonctivales qui se terminent bientôt par l'épaississement progressif de la muqueuse, du tarse et des culs-de-sac. Il est rare que les deux paupières soient prises et l'affection reste même le plus souvent unilatérale.

Reymond et Van Duyse ont rencontré des masses volumineuses sur la conjonctive bulbaire. Au bout d'un certain temps, les paupières deviennent énormes et ne peuvent plus se mouvoir.

Il en résulte la déviation des points lacrymaux, et, dans plus de la moitié des cas, un pannus et des ulcérations cornéennes.

La maladie est précédée ou accompagnée de trachome; souvent aussi, elle évolue primitivement: ce n'est pas une simple complication du trachome.

Au point de vue *histologique*, il s'agit de masses amyloïdes ayant la réaction classique. Cependant quelquefois la dégénérescence hyaline existe seule, mais plus tard l'amyloïde se développe. Enfin la calcification et l'ossification peuvent survenir tardivement.

Les microbes observés par Kruch (staphylocoques, bacilles de Löffler) ne pouvaient avoir de rôle étiologique certain.

Les excisions conjonctivales et tarsiennes ont jusqu'ici été seules employées et ont donné des résultats satisfaisants. Peut-être l'expression et le curettage après scarifications, donneraient-ils (Panas) de meilleurs résultats.

XÉROSIS. — Le xérosis (ξήρος, sec) est constitué par une dégénérescence atteignant souvent tout le cul-de-sac conjonctival, qui prend un aspect grisâtre, ressemblant à du papier de soie: peu à peu, le trichiasis s'accroît et un symblépharon total est constitué. La cornée, d'aspect lardacé, est complètement opaque. Il y a là une sorte de cutisation du sac conjonctival par une dystrophie spéciale où l'épithélium joue un grand rôle: il est épaissi, tombé en dégénérescence graisseuse et donne constamment lieu à une exsudation pour ainsi dire sébacée, qui empêche les larmes d'adhérer, et qui disparaît momentanément, avec adhérence parfaite des larmes, si on dégraisse au savon (Leber) la surface conjonctivale.

Étiologie. — Une diminution ou une suppression primitive de la sécrétion lacrymale n'est pour rien dans l'origine du xérosis (Voy. *Opérations sur les glandes lacrymales*). Si Arlt a trouvé les canaux excréteurs et la glande atrophiée, il s'agissait d'une dégénérescence secondaire.

L'origine peut être locale ou générale. Dans le premier groupe, il s'agit soit d'une affection chronique (trachome, pemphigus), soit d'une inflammation destructive ancienne (diphthérie), soit d'un traumatisme (brûlures), ayant entraîné un symblépharon ou un ectropion avec lagophtalmie.

D'autres fois, comme cause générale, il y a un état de dénutrition, que l'héméralopie (Bitot) accompagne souvent. Dans ces cas, on remarque de petites plaques sur la conjonctive bulbaire, souvent *symétriques*, argentées, ressemblant à une petite écaille nacrée, et que les larmes contournent, sans y adhérer. Le pronostic n'est pas toujours mauvais, et la maladie guérit en général.

Il existerait cependant une forme plus grave, accompagnant la *kératomalacie* et se développant chez les *enfants*, avec d'autres accidents généraux très graves.

Les bâtonnets (Reymond, Colomiatti) que l'on avait considérés comme caractéristiques, ont été retrouvés dans d'autres lésions non xérotiques.

Le xérosis a une cause *dystrophique plus profonde* qu'une simple infection microbienne externe. Des lésions tropho-neurotiques, peut-être avec altération du ganglion de Gasser (Cirincione) et du ganglion ophtalmique, sont probables.

Le *traitement* est palliatif (pommades antiseptiques). Les cas où on a pratiqué la tarsorrhaphie ont subi momentanément une amélioration de l'état de la cornée, mais elle a rapidement disparu, dès qu'on s'est décidé à rouvrir définitivement la fente palpébrale. Toute autre intervention est inutile.

Tumeurs. — TUMEURS BÉNIGNES. — Les *kystes* conjonctivaux possèdent un contenu séreux et présentent une physionomie assez variable. Quelquefois le kyste peut être aussi gros qu'une noisette et occuper près de la moitié de la conjonctive bulbaire. D'autres fois le volume est beaucoup moindre; on peut observer (Rampoldi, Bull) des kystes siégeant au niveau des culs-de-sac et des commissures. Enfin une dernière variété est constituée par de véritables *varices lymphatiques* de la conjonctive bulbaire, formant des petits chapelets.

Certains de ces kystes conjonctivaux sont nettement traumatiques et provoqués par l'invagination d'un repli conjonctival (strabotomie, piqure, etc.), mais il faut reconnaître qu'on n'est pas fixé sur l'origine vraie des grands kystes à contenu séreux.

On a signalé de véritables polypes de la conjonctive, des *papillomes* et des *bourgeons charnus*, quelquefois très volumineux, souvent d'origine traumatique (strabotomie, énucléation) ou suivant l'ouverture spontanée du chalazion.

Les *angiomes* sont fréquemment consécutifs à des *navi* conjonctivaux ou palpébraux envahissant secondairement la conjonctive; d'autres fois il s'agit de véritables varices conjonctivales.

L'électrolyse est le traitement de choix; en cas d'insuccès on pratiquera des pointes de feu interstitielles et au besoin l'ablation; mais cette opération supprime tellement de conjonctive que la diplopie peut s'ensuivre.

Les *ostéomes* sous-conjonctivaux se rencontrent plus généralement

au niveau du cul-de-sac supérieur, peuvent dépasser le volume d'une noisette et sont constitués par une enveloppe de tissu fibreux, du cartilage, et de l'os véritable. On trouve quelquefois un traumatisme antérieur, mais rien ne prouve qu'il ait une action étiologique réelle. Comme il n'y a pas de réaction inflammatoire, et qu'il s'agit de jeunes sujets, Panas pense qu'il s'agit de tumeurs d'origine congénitale.

Il semble qu'il en soit de même pour les *lipomes sous-conjonctivaux*.

L'aspect de cette lésion est caractéristique : une masse gris jaunâtre occupe la région de la commissure externe, le plus souvent

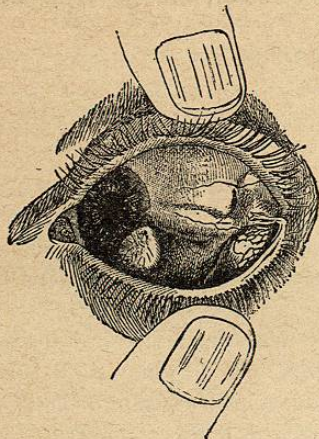


Fig. 36. — Dermioïde du limbe cornéen et lipome sous conjonctival (Fuchs).

en haut ordinairement d'un seul côté. Quelquefois la lésion remplit tout l'angle externe de l'œil (fig. 36) et simule un énorme repli semi-lunaire externe. A son niveau la conjonctive est épaissie et il peut exister des poils.

Le lipome conjonctival s'observe surtout chez la femme; sa pathogénie se rapproche de celle des dermoïdes.

Le *diagnostic* ne présente aucune difficulté. On pratiquera l'extirpation, en disséquant la conjonctive que l'on respectera le plus possible. On évitera d'aller trop loin en arrière pour ne pas intéresser la graisse de l'orbite. Avant l'antisepsie, on a même rapporté des cas de phlegmons de l'orbite consécutifs (Fano). On suturera ensuite au catgut.

Les *dermoïdes* sont de petites tumeurs de consistance dure, presque toujours munies de poils, et ordinairement situées sur la partie externe du limbe. Quelquefois la cornée est transformée en dermoïde, et l'iris adhère à la cornée (Swanzy). Ils coexistent fréquemment avec d'autres lésions congénitales de la paupière ou du visage. Leur structure montre tous les éléments de la peau et leur origine doit être rapportée probablement à des adhérences amniotiques.

L'ablation et la cautérisation ignée sont recommandables.

TUMEURS MALIGNES. — On observe sur la conjonctive souvent au niveau du limbe (fig. 37) des tumeurs épibulbaires qui peuvent acquérir un volume considérable et recouvrir l'œil sans y pénétrer. Les travaux de Lagrange, de Sgrosso et de Panas renferment la revue des cas publiés et un certain nombre de cas nouveaux. Nous avons observé cinq fois cette lésion. Ces néoplasmes apparaissent en général après quarante ans, beaucoup plus rarement avant cet âge. Un *nævus* datant de l'enfance fut le point de départ de la

dégénérescence chez un de nos malades, dont la mère était morte d'un cancer de l'estomac et qui fut atteint, à l'âge de cinquante-six ans, d'un épithélioma conjonctival.

On a décrit, comme formes histologiques, des sarcomes, des épithéliomas, des papillomes, des lymphomes, *et même des fibromes* (Van Duyse). Dans presque toutes les tumeurs du limbe, il s'agit d'épithélioma mélanique (Panas). Si on pratique l'examen histologique à une période très avancée, il n'est pas rare de voir, en plus des cellules épithéliales, un grand nombre de cellules supplémentaires pouvant faire croire à un sarcome. Mais, ordinairement, la forme des grosses cellules épithéliales et la présence de quelques travées conjonctives empêchent la confusion. Il y a là, au niveau de l'épithélium épais du limbe, une prédisposition à la dégénérescence épithéliomateuse, comme au niveau de la lèvre. Dans un de nos cas, il s'agissait d'épithélioma tubulé avec dégénérescence kystique; chez un autre malade, nous avons trouvé un *papillome* du limbe, ce qui prouve l'importance du diagnostic histologique au point de vue du pronostic.

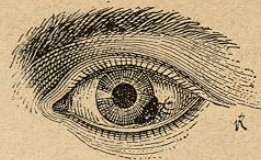


Fig. 37. — Épithélioma mélanique du limbe.

La tumeur recouvre plus ou moins la cornée, mais en n'y adhérant longtemps que superficiellement et on est étonné de découvrir une cornée transparente lorsqu'on a enlevé la calotte néoplasique.

Dans des cas absolument exceptionnels (1), il peut y avoir tendance à la pénétration du côté du canal de Schlemm et de l'angle de filtration.

Le *diagnostic* n'offre de difficultés que chez les enfants où il faudra éviter de confondre les végétations printanières, par exemple, avec un épithélioma véritable. On ne confondra pas un épithélioma mélanique du limbe avec un sarcome du corps ciliaire ayant perforé la sclérotique, après une longue période de douleurs glaucomateuses.

Comme on n'observe que rarement des propagations ou des métastases, excepté pour les sarcomes véritables, l'affection n'a pas en général le caractère de malignité qu'on serait porté à lui attribuer. Les tumeurs du limbe opérées de bonne heure et très complètement ne récidivent pas toujours; lorsqu'elle se produit, la récurrence est tardive et prête à une nouvelle intervention sans sacrifier l'œil. On n'interviendra par l'énucléation que s'il y a *plusieurs récurrences* ayant détruit une grande partie de la conjonctive et provoqué des lésions intra-oculaires manifestes. Sur les cinq cas que nous avons opérés depuis cinq ans, un seul cas a récidivé, et la récurrence a pu être détruite depuis un an en conservant la cornée presque intacte.

(1) LAGRANGE, *Arch. d'ophth.*, 1894.