

droit qu'ils occupent. Souvent les douleurs sont très-vives, elles augmentent à chaque mouvement de l'œil et s'accompagnent de larmolement, de photophobie et même de blépharospasme.

Le traitement doit débiter par la recherche et l'extraction du corps étranger. Dans ce but, il faut renverser chaque paupière à part, se servir au besoin de l'éclairage latéral, et explorer soigneusement les plis du cul-de-sac supérieur à l'aide de la curette de Daviel. Les corps étrangers adhèrent généralement peu à la conjonctive et sont faciles à enlever avec un pinceau, un linge ou une petite curette. S'ils sont fortement implantés dans la muqueuse et résistent à l'action de la curette ou d'une pince, on excise le petit pli de la conjonctive qui les contient; après l'extraction, il faut combattre l'irritation par l'application de compresses fraîches ou par des astringents légers, s'il persiste un catarrhe conjonctival.

2° Les *blessures* de la conjonctive qui n'atteignent pas d'autres parties de l'œil sont sans importance et guérissent facilement. Lorsqu'elles sont très grandes, on peut réunir les bords de la plaie conjonctivale par une ou deux sutures, et s'il est nécessaire, enlever préalablement avec des ciseaux les parties contuses. Les compresses fraîches et un bandeau compressif combattent efficacement l'irritation consécutive.

3° Les *brûlures* et les *cautérisations* par des agents chimiques occasionnent la formation de plaques blanchâtres épaisses et saillantes sur la muqueuse, et sont suivies d'une réaction inflammatoire et de douleurs très vives. Les brûlures sont d'autant plus dangereuses qu'elles ont eu lieu sur une plus grande étendue.

Leur gravité résulte en outre de leur action sur la cornée et de la cicatrisation qui provoque souvent des adhérences indestructibles entre les paupières et le globe de l'œil, en abolissant en partie ou complètement les fonctions de ce dernier. (Voy. *Symblépharon*.)

Le traitement exige l'élimination aussi rapide que possible de l'agent chimique par des injections avec du lait ou avec de l'eau tiède (mélangée de vinaigre lorsqu'il s'agit de chaux, etc., et de carbonate de potasse lorsqu'il s'agit d'acides). Ces lotions doivent être répétées souvent, ou remplacées par des compres-

ses froides, et les eschares qui se détachent doivent être enlevées soigneusement, car leur présence devient une nouvelle source de douleur pour le malade.

Pendant la cicatrisation, il faut exercer une surveillance particulière pour éviter la formation des adhérences, et recourir à un procédé opératoire dans le but de recouvrir la plaie avec la conjonctive voisine préalablement dégagée, ou à l'aide d'une véritable greffe conjonctivale. (Voy. *Symblépharon*.)

## ARTICLE V.

## ATROPHIE ET XÉROSIS DE LA CONJONCTIVE, XÉROPTALMIE.

On appelle xérosis, la sécheresse de l'œil qui résulte de l'atrophie de la muqueuse et surtout de l'atrophie de ses éléments sécréteurs.

Lorsque le processus atrophique n'atteint qu'une partie de la muqueuse, on le désigne sous le nom de *xerosis glabra*. S'il en occupe la totalité, *xerosis squamosa*, et comme dans ce cas la cornée y participe également, on a donné à cet état le nom de *xérophtalmie*.

Le xérosis partiel produit sur la conjonctive des taches blanchâtres, grisâtres, d'un reflet satiné, présentant tous les caractères des taches cicatricielles. Dans le xérosis total, nous voyons la conjonctive tout entière sèche, pâle, couverte de petites écailles pulvérulentes formées par les détritiques des couches épithéliales. Les plis des culs-de-sac disparaissent, le pli semi-lunaire s'efface ainsi que la caroncule, et la conjonctive palpébrale se continue directement avec la conjonctive bulbaire. Cette dernière est également rétractée, et la cornée opaque, atrophiée, et raccourcie dans tous ses diamètres.

A la longue, le processus atteint aussi les tarses, qui d'abord infiltrés et épaissis, s'atrophient et changent de courbure. On voit ainsi survenir le renversement des bords palpébraux en dehors, bien plus souvent en dedans.

Les glandes de Meibomius s'atrophient avec les tissus environnants, les conduits de la glande lacrymale s'oblitérent

ainsi que les points lacrymaux. L'absence de toute sécrétion produit une extrême sécheresse de l'œil, les mouvements de celui-ci sont excessivement gênés par la rétraction de la muqueuse et par les adhérences qui peuvent même empêcher l'occlusion des paupières (lagophthalmos).

Les causes du xérosis résident, comme nous l'avons vu plus haut, dans les ophtalmies suivies de dégénérescence atrophique de la muqueuse (granulations, diphthérie) ainsi que dans les brûlures étendues.

Il n'y a pas de guérison pour le xérosis, le traitement n'a pour but que de soulager le malade. On combat la sensation de sécheresse par des lotions fréquentes avec de l'eau tiède, du lait, de la glycérine, ou une solution de carbonate de soude.

#### ARTICLE VI.

##### TUMEURS DE LA CONJONCTIVE.

1° *Pinguicula*. — On désigne ainsi une petite tumeur jaune blanchâtre, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, située près du bord de la cornée, suivant le diamètre horizontal du globe oculaire, le plus souvent du côté nasal, plus rarement du côté temporal, et parfois des deux côtés en même temps. Malgré son nom, il n'entre pas de graisse dans sa structure; elle est composée de tissu cellulaire, de fibres élastiques et de quelques vaisseaux, et couverte d'une couche épaisse d'épithélium. Elle ne cause aucune gêne au malade et reste généralement stationnaire. On attribue son origine à de petites érosions produites par le contact de petits corps étrangers susceptibles d'atteindre les yeux à travers la fente palpébrale. La cicatrisation de ces érosions amène la soudure des plis conjonctivaux voisins et le renflement que l'on désigne sous le nom de pinguicula. Cette petite tumeur ne demande aucun traitement; si, par un développement excessif, elle gêne les mouvements de l'œil ou devient trop difforme, on peut l'enlever avec des ciseaux courbes, et réunir les bords de la plaie par un point de suture.

2° *Lipomes*. — Ces tumeurs sont rares sur la conjonctive, elles siègent habituellement dans l'espace compris entre les muscles droits supérieur et externe, à quelque distance de la cornée (*de Graefe*), se présentent sous un aspect jaunâtre bosselé, et sont recouvertes de conjonctive saine. Elles sont congénitales et correspondent avec le tissu graisseux de l'orbite. Ce n'est qu'en cas de développement progressif, ou lorsqu'elles deviennent une cause d'irritation pour la conjonctive, qu'on est amené à enlever ces tumeurs, en incisant la conjonctive qui les recouvre; la tumeur enlevée, on réunit les bords de la conjonctive par quelques points de suture.

3° *Polypes*. — Ce sont de petites tumeurs pédiculées, mamelonnées, de couleur rose, situées dans le voisinage du plis semilunaire et sur la caroncule; leur cause est peu connue. On observe aussi sur la conjonctive des excroissances charnues ou des végétations consécutives à des blessures de cette membrane (après la ténotomie du muscle droit interne). Elles aussi deviennent pédiculées, et on les enlève alors par un coup de ciseaux. On opère les polypes de la même manière, l'on arrête l'hémorrhagie notable qui suit quelquefois cette petite opération en cautérisant la petite plaie avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation prémunit en même temps contre les récurrences auxquelles les polypes sont très sujets. Dans le même but, on peut enlever aussi avec les ciseaux la petite partie de la conjonctive sur laquelle le pédicule est implanté.

4° *Dermoïdes*. — On appelle ainsi de petites tumeurs gris jaunâtres, de grandeur variable, depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une petite noisette, toujours situées au bord de la cornée, le plus souvent au bord inférieur externe, et empiétant plus ou moins sur cette membrane. Leur surface est lisse avec un grand nombre de sinuosités, et quelquefois garnie de poils. La structure de cette tumeur est analogue à celle de la peau: tissu cellulaire ondulé sans noyau, contenant des fibres élastiques, quelquefois des follicules pileux et autour d'eux des groupes de cellules graisseuses (*de Graefe*), le tout couvert d'une couche épaisse d'épithélium pavimenteux. Les dermoïdes sont congénitaux, tendent à s'agrandir, et récidivent s'ils sont enlevés incomplètement. Leur cause est attribuée à

un vice de conformation (*Ryba*), accompagné d'autres affections de ce genre, telles que le coloboma des paupières. La marche envahissante du dermoïde sur la cornée nécessite son opération. On saisit la tumeur à sa partie la plus saillante avec des pinces à griffes, et on la détache à l'aide d'un couteau à cataracte, d'abord de la cornée, puis de la sclérotique. Comme elle pénètre très profondément dans la cornée, il serait imprudent de vouloir l'enlever dans toute son épaisseur, il suffit d'en pratiquer l'excision au niveau naturel de la cornée (*de Graefe*). Si la cicatrisation laisse une tache cornéenne très visible, on peut la faire disparaître par le tatouage.

5° *Kystes*. — Ils se présentent sous forme de tumeurs rondes et circonscrites, de couleur rose, semi-diaphane ou jaunâtre, d'une grandeur variable jusqu'à celle d'une fève. Leur enveloppe membraneuse est plus ou moins résistante et leur contenu liquide ou épaissi. Ces kystes sont presque toujours congénitaux, d'autres fois on les a observés après un coup porté sur l'œil.

L'énucléation en totalité est le meilleur moyen de les opérer. Mais elle ne réussit pas toujours, à cause de la faible résistance de leur enveloppe qui se rompt facilement, ou que l'on blesse parfois en voulant la détacher de la conjonctive à laquelle elle adhère intimement. Lorsqu'ils sont limpides et que l'enveloppe est très mince, il suffit de les inciser et de les cautériser légèrement après l'évacuation du contenu.

6° *Tumeurs érectiles*. — Leur présence sur la conjonctive est toujours due à la propagation d'une tumeur de la paupière. Elles doivent être excisées dès leur début et le plus tôt possible.

7° *Taches pigmentaires*. — Elles sont assez fréquentes et sans danger. Cependant, comme on a observé qu'elles deviennent parfois le point de départ de dégénérescences sarcomateuses, on en pratique l'excision et l'on réunit les bords de la plaie conjonctivale par une suture.

8° *Lupus*. — Il peut se développer primitivement sur la conjonctive ou gagner la muqueuse après avoir débuté sur les joues ou les paupières. Le mal se présente sous forme de pe-

tits boutons diaphanes de la couleur du café au lait, qui finissent par s'exulcérer et dont la cicatrisation produit le symblépharon ou le trichiasis. Lorsque les paupières sont aussi atteintes, on peut voir survenir l'ectropion, le rétrécissement et même l'occlusion de la fente palpébrale. En même temps la cornée peut devenir le siège d'éruptions de lupus ou d'un pannus épais. La maladie, abandonnée à elle-même, conduit de l'une ou de l'autre manière à une cécité totale.

Le traitement consiste dans le raclage du tissu malade à l'aide d'une petite curette tranchante en acier. En pratiquant cette opération avec beaucoup de soin et en la répétant aussitôt que l'on voit des boutons apparaître, on réussit à enrayer le processus morbide et à conserver la vision. La cornée aussi supporte très bien le raclage des petits boutons. (Pour le lupus des paupières, voyez plus bas.)

9° Des *ulcérations syphilitiques* ont été observées sur la conjonctive palpébrale et des culs-de-sac. Leur fond lardacé, leurs bords résistants, indurés, et l'existence de l'affection syphilitique générale, assurent le diagnostic. En outre de la médication générale appropriée, le traitement local consiste dans l'emploi d'une solution de sublimé (10 centigrammes pour 100) d'insufflations de calomel à la vapeur, de cautérisations avec le nitrate d'argent. — On a observé aussi et j'ai vu moi-même une *gomme* isolée sous-conjonctivale sous forme d'une petite tumeur élastique violacée et qui se développe rapidement. On en a constaté sur la face interne des paupières; celle que j'ai observée siégeait sur le globe oculaire, entre le bord de la cornée et l'angle interne de l'œil. Elles ne réclament qu'un traitement général.

10° *Épithélioma*. — Il débute rarement sur la conjonctive et apparaît alors dans le voisinage de la cornée, sous forme d'un petit bouton que l'on pourrait confondre avec une phlyctène, d'autant plus facilement qu'il s'accompagne d'une injection analogue. Cependant, le bouton de l'épithélioma a des bords plus escarpés; il est couvert d'un épithélium lisse, et présente une surface papillaire, lorsqu'on l'examine avec une loupe (*de Graefe*).

Lorsque l'affection est plus avancée, elle prend l'aspect d'une tumeur bosselée, quelquefois ulcérée, et affecte une marche

irrégulière, envahissant tantôt lentement, tantôt très rapidement; la cornée qu'elle détruit. Il faut en pratiquer l'excision aussitôt que possible, et ne pas hésiter, si la maladie a déjà fait des progrès, à sacrifier l'œil dans l'intérêt de l'état général. On peut aussi tenter préalablement l'emploi local d'une solution de plus en plus saturée de chlorate de potasse (en commençant avec 2 grammes pour 100) et l'usage journalier de deux cuillères d'une solution de ce sel à 10 grammes pour 200 (*Bergeron*).

11° Le *cancer médullaire* et le *cancer mélanique* débutent rarement sur la conjonctive, sur laquelle ils apparaissent plus souvent par propagation de voisinage. Le cancer mélanique cependant a été observé prenant naissance dans le voisinage de la cornée.

12° *Entozoaires*. — On a rencontré sur la conjonctive le cysticerque du tissu cellulaire (*Sichel*) et dans les contrées intertropicales la filaire de Médine (*Schæne*). Le cysticerque apparaît comme une vésicule blanchâtre ou jaunâtre, de la grandeur d'un gros pois, entouré d'une injection assez prononcée de la conjonctive. Le diagnostic ne sera toujours assuré que par son examen microscopique.

La filaire de Médine se présente comme un filament noirâtre doué de mouvement très rapides, qui occasionnent au malade des douleurs vives et une inflammation notable de la conjonctive.

Le cysticerque comme la filaire doivent être extraits après incision du tissu qui les recouvre.

13° *Lithiase*. — On désigne sous ce nom une dessiccation ou altération calcaire de la sécrétion des glandes conjonctivales, surtout de celles de Meibomius (infarctus des glandes). Elle apparaît dans la conjonctive sous forme de petites concrétions blanchâtres, rondes, de la grosseur d'une tête d'épingle. Généralement, on en voit plusieurs dispersées sur la conjonctive qui recouvre le tarse.

Ces concrétions provoquent de l'irritation, et, si elles frottent contre la cornée, de petites infiltrations ou ulcérations de cette membrane. On les enlève avec la pointe d'une aiguille à cataracte ou avec une curette, après avoir pratiqué une petite incision dans la conjonctive qui les recouvre.

### CHAPITRE III.

#### CORNÉE ET SCLÉROTIQUE.

**Anatomie.** — Ces deux membranes, dont l'aspect extérieur est si différent, n'en forment qu'une par leur structure.

Elles se continuent l'une dans l'autre sans interruption et constituent pour les milieux de l'œil une enveloppe entièrement close, et perforée seulement par le nerf optique.

La *sclérotique* est une membrane fibreuse composée de faisceaux de fibres cellulaires qui s'anastomosent et s'entre-croisent perpendiculairement; les uns suivant une direction parallèle au méridien, les autres suivant une direction parallèle à l'équateur de l'œil. Ce tissu est traversé par un grand nombre de fibres élastiques et de corpuscules de tissu cellulaire. A l'endroit où le nerf optique pénètre dans le globe de l'œil, les fibres de la sclérotique se divisent en plusieurs couches, les plus externes se recourbent dans une division presque perpendiculaire, et entourent le nerf, dont elles forment l'enveloppe externe fibreuse. Les fibres les plus internes pénètrent dans le nerf optique et forment une membrane fenêtrée qui livre passage aux faisceaux nerveux (membrane criblée). Une couche moyenne, séparée de la couche externe par du tissu cellulaire, finit par se fondre avec la gaine du nerf optique. A cet endroit, c'est-à-dire dans le voisinage le plus rapproché du nerf optique, la sclérotique a sa plus grande épaisseur (1<sup>m</sup>, 25) et s'amincit graduellement vers la cornée jusqu'à 3/10 ou 4/10 de millimètre. Elle est renforcée considérablement par l'épanouissement des insertions des muscles droits et obliques de l'œil.

La sclérotique n'a pas de *nerfs*; elle n'a que fort peu de *vaisseaux* qui viennent des vaisseaux ciliaires et forment un réseau à larges