

présenter les caractères suivants : 1° exister sur une membrane revêtue d'épithélium ; 2° être formée simplement par la végétation des vaisseaux préexistants vers la surface libre et non par la saillie d'une tumeur spéciale existant au préalable dans cette membrane ; 3° présenter un revêtement épithélial reproduisant la forme générale de l'épithélium circonvoisin.

Tout papillome devra donc être composé : a) par des bouquets vasculaires ascendants, reproduisant avec plus ou moins de complications le type de ceux des diverses papilles de la peau et des muqueuses ; b) par le relèvement du tissu connectif de la membrane, siège de la néoformation ; c) par une surface épithéliale moulée sur la forme même de la végétation connectivo-vasculaire¹.

S'appuyant sur la production de tissu conjonctif nouveau, Virchow et Rokitansky rangeaient les papillomes parmi les fibromes ; considérant au contraire la présence des vaisseaux de nouvelle formation, Forster en faisait des angiomes : ces opinions n'ont pas prévalu ; il vaut mieux, en effet, se servir du mot papillome qui indique à la fois la néoformation vasculaire et conjonctive.

Moins acceptable encore que les opinions de Rokitansky et de Forster est celle des auteurs qui veulent rejeter le papillome en dehors du groupe des néoplasmes pour en faire une production inflammatoire banale, due à une irritation quelconque de la peau ou de la muqueuse intéressée. Le fait qu'une irritation causale est à la base de l'étiologie ne signifie rien ; le cancer des fumeurs a bien pour cause une irritation et combien d'autres tumeurs avec lui, mais en même temps que l'irritation, existe une prédisposition organique qui ne manque pas non plus chez les sujets atteints de papillome.

Nous considérons donc le papillome comme un *néoplasme* ; devons-nous le ranger parmi les néoplasmes bénins ou malins ? Ici la question est complexe. Le papillome, c'est-à-dire l'hypertrophie du corps papillaire, est une affection bénigne ; mais ce corps papillaire présente un revêtement épithélial ; c'est là qu'est le danger de l'affection et la diffi-

¹ *Dict. Encycl. de Drehaubre*, art. Papillome (MOLLIÈRE et RENAUULT).

culté de la classification. Dans le papillome type, le revêtement épithélial est formé de cellules normales de la région, en couches plus ou moins épaisses engrenées les unes dans les autres. Dans le papillome conjonctival notamment, il existe de nombreuses couches de cellules rondes et au-dessus d'elles, une ou plusieurs rangées de cellules pavimenteuses.

Pour que le papillome ne prête à aucun embarras de classification et soit pur de tout mélange, il faudrait que le corps papillaire, tissu conjonctif et vaisseaux d'une part, d'autre part l'épithélium qui le recouvre gardent leurs rapports normaux tout en se développant outre mesure ; il faudrait par conséquent que, sur le corps des papilles malades, les couches épithéliales de revêtement soient disposées comme sur les papilles normales.

Si les choses marchent ainsi, le papillome conjonctival reste une tumeur bénigne ; mais il n'est pas rare de voir l'épithélium proliférer outre mesure ; de là à constater sa transformation en épithélioma il n'y a qu'un pas, aisément franchi. Il arrive alors que l'hypertrophie du corps papillaire est débordée par le développement de l'épithélium qui, après s'être longtemps contenté de coiffer la papille, s'étend aux alentours en infiltrant le tissu avoisinant.

Les divisions nosologiques sont et doivent être schématiques ; la nature les respecte mal ; de l'hypertrophie de la couche épithéliale à son épaissement très marqué, et de cet épaissement à la diffusion dans les parties voisines et profondes d'une part, d'autre part à l'ulcération, il n'y a que d'insensibles degrés, et le papillome devient alors, comme l'écrivent Littré et Robin, un cancer épithélial : c'était une tumeur bénigne, il devient une tumeur maligne. Cette transformation n'est pas faite d'ailleurs pour surprendre les pathologistes qui observent quelquefois de pareils changements dans l'histoire des tumeurs.

Ces considérations qui serrent de près la réalité et qui sont particulièrement bien placées avant l'étude de notre fait personnel, ne doivent pas cependant nous faire perdre de vue les principes sur lesquels il faut asseoir la définition du papillome, et nous réservons ce nom à toutes les tumeurs, qui, comme la nôtre, présentent dans leur structure une hyper-

trophie évidente du corps papillaire coïncidant avec une exagération plus ou moins grande du revêtement épithélial.

Peu de travaux ont été publiés sur ce sujet : nous les résumerons ici en en faisant ressortir les points les plus saillants.

L'un des premiers en date est un mémoire de Fontan¹ sur les adéno-papillomes de la conjonctive :

Sur le bord d'un repli semi-lunaire siégeait une tumeur attachée par un pédoncule filiforme de 7 millim. qui fut enlevée par le thermo-cautère. Sa surface consistait en papilles recouvertes d'un épithélium stratifié. La tumeur était traversée par des faisceaux de tissu conjonctif, entre lesquels se trouvaient des glandes en grappe (acini).

Ce fait de Fontan ne se rapporte que secondairement à l'histoire du papillome. Il n'en est pas de même du travail de Parisotti² sur les tumeurs bénignes de la conjonctive. Cet auteur fait connaître deux faits qui peuvent ainsi se résumer :

1^{er} Cas. — Enfant de 5 ans ; début par une petite excroissance bourgeonnante à la surface interne de la paupière supérieure gauche. Il en survint d'autres qui toutes adhéraient à la conjonctive par un pédicule relativement étroit. Ces petites végétations roses étaient formées par des agglomérations de protubérances minimes leur donnant l'aspect de petites framboises. Une seule siégeait à l'œil droit. Excision. Le malade n'a pu être suivi.

2^e Cas. — Homme de 40 ans, petite excroissance de même apparence implantée sur la caroncule O. D.

Les inoculations pratiquées sur la conjonctive du lapin furent négatives.

Examen histologique : Coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur, colorées au micro-carminé d'ammoniaque. Au-dessus d'une base de tissu conjonctif à fibres minces et parsemées de vaisseaux on voit se détacher un pédicule où l'on peut reconnaître des vaisseaux sanguins entourés de tissu fibreux. De ce pédicule, à une certaine distance de son

¹ FONTAN (J.). Des adéno-papillomes de la conjonctive. *Recueil d'Ophtal.*, décembre 1881.

² PARISOTTI. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de la conjonctive. Papillome de la conjonctive. *Recueil d'Ophtal.*, octobre 1883.

origine, partent des ramifications secondaires qui offrent l'aspect d'une feuille de figuier. Ce sont des protubérances ou mamelons dont la constitution n'est pas difficile à interpréter.

Des cellules épithéliales forment un certain nombre de couches autour du canal central.

Les cellules des couches superficielles sont pavimenteuses ; celles des couches les plus internes, polygonales, dentelées, à gros noyau, et celles de la couche la plus profonde, cylindriques. Au centre de ces digitations, on voit le canal nasal qui se termine par un renflement comme une massue. A travers cette couche on peut observer des vaisseaux et du tissu fibrillaire. Ce sont là des coupes de papilles qui ont acquis un volume anormal dû à l'augmentation simultanée de l'axe central et du revêtement épithélial. Le développement anormal appartient surtout à l'épithélium. Les vaisseaux de la charpente connective, qui se trouve au-dessous de ces arborescences, sont en nombre considérable, tous gorgés de sang et dilatés ; tous présentent une paroi propre plus ou moins épaisse. Deux faits principaux dominent en l'histoire anatomique, ce sont : 1^o le revêtement épithélial épais des papilles hypertrophiées ; 2^o la vascularisation excessive de la charpente connective. Pas de glandes, pas d'infiltration de cellules embryonnaires, pas d'îlots de cellules épithéliales envahissant le tissu conjonctif sous-jacent. Les papillomes décrits ont par conséquent toutes les conditions requises par Cornil et Ranvier¹.

Parisotti proteste avec raison contre la confusion qui existe au sujet des productions bourgeonnantes de la conjonctive englobées sous la dénomination de polypes (de Wecker et Landolt², Warlomont³). La constitution du bourgeon charnu est tout autre ; les éléments de la conjonctive se présentent dans l'état presque normal ; il n'y a pas, comme dans le papillome, une constante exagération de revêtement épithélial.

Comme les faits de Parisotti, celui de Hirschberg et de Birnbacher⁴ est

¹ CORNIL et RANVIER. *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 287.

² DE WECKER et LANDOLT. *Traité d'ophtalmologie*, t. I, p. 414.

³ WARLOMONT. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Conjonctive.

⁴ J. HIRSCHBERG et BIRNBACHER. *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1884.

très net. Il s'agissait de tumeurs excisées de la caroncule, de la conjonctive palpébrale et bulbaire d'un enfant de quatre ans et demi. Ces tumeurs, petites et mûrifomes, au nombre de six à sept, nées depuis un an, en dehors de toute blennorrhée locale, se composaient de bourgeons de tissu connectif vasculaire et d'un épithélium stratifié. Il s'agissait d'une hyperplasie de tissu connectif avec participation prépondérante de l'épithélium sous-jacent. Dans le groupe des tumeurs connectives, cette néoplasie serait à classer parmi les fibromes papillaires.

Après les faits bénins de Parisotti, d'Hirschberg et Birnbacher, nous devons citer le cas plus grave de Magnus¹, dans lequel l'ablation du papillome fut suivie de récurrence, encore que l'examen histologique eût bien démontré la structure du papillome.

Dans ce cas particulier, le papillome était sans doute un véritable cancer épithélial; comme dans le papillome le revêtement épithélial est toujours plus ou moins épaissi, on comprend en effet que la tumeur bénigne puisse dégénérer en tumeur maligne. Il ne faut donc pas, avec Parisotti, considérer les papillomes comme des tumeurs constamment bénignes. La bénignité et la malignité sont, dans l'espèce, choses relatives et contingentes; ce qui caractérise le papillome étant, avant tout, l'hypertrophie du corps papillaire.

Sigismond Fuchs² a consacré à la question du papillome un intéressant travail. Cet auteur a eu l'occasion de faire l'examen histologique de deux cas de papillomes de la conjonctive observés dans la clinique du professeur Fuchs, à Vienne. Dans ces cas, la portion fibreuse de la tumeur était peu développée et le revêtement épithélial constituait sa partie principale. Un examen minutieux de la prolifération de ces cellules a montré que la division des cellules épithéliales du papillome de la conjonctive se fait d'après le type observé dans plusieurs classes de vertébrés inférieurs. Chez un homme de 59 ans, il a constaté, à côté de papillomes de la conjonctive des deux paupières, une éruption généralisée de verrues. Les

¹ MAGNUS. Un cas de papillome de la conjonctive. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, octobre 1887.

² SIGISMOND FUCHS. Le papillome de la conjonctive. *Arch. f. Augenheilk.*, vol. XX, n° 4, p. 416.

paupières et la peau avoisinante étaient recouvertes de papillomes pigmentés de la grosseur de grains de chanvre. La partie épithéliale de ces formations était composée de couches nombreuses d'épithélium stratifié et d'une couche de cellules cylindriques.

Dans un appendice à son travail, Fuchs décrit un troisième cas de papillome chez un homme présentant sur diverses parties du corps de nombreuses excroissances verruqueuses.

Après Fuchs, Sims¹ attira l'attention sur ce sujet et publia des faits dont l'intérêt clinique principal consistait, dit-il, dans ceci : que ces tumeurs empiétaient sur la cornée. Elles étaient constituées par de fines papilles connectives, vasculaires, revêtues d'un épithélium stratifié.

L'auteur ne relève dans la littérature que dix cas de papillomes de la conjonctive. La plupart prennent leur origine sur la caroncule, le repli semi-lunaire ou la conjonctive palpébrale. Dans aucun des faits étudiés jusqu'ici le limbe cornéen n'était englobé, et cependant, ainsi que le fait judicieusement remarquer Sims, c'est la seule portion de la conjonctive où l'on trouve parfois de véritables papilles.

L'un des sujets étudiés, une jeune fille de 20 ans, était atteinte de xérodémie pigmentée. D'après Kaposi, la tumeur de la conjonctive eût pris un caractère malin en se développant. Billroth l'avait opérée antérieurement pour une tumeur cancéreuse du nez. Mais malgré ces détails il s'agissait bien dans les deux faits de Sims de vrais papillomes, puisque le corps papillaire lui-même était intéressé.

A ces observations, il convient encore d'ajouter celles de Gillet de Grandmont² et de Wagenmann³.

Gillet de Grandmont présente à la Société d'ophtalmologie de Paris un enfant atteint de papillomes multiples et pédiculés qui siègent à la fois sur la conjonctive bulbaire, palpébrale et même au bord libre de la paupière. Ceux qui sont implantés dans les culs-de-sac forment des végétations assez longues et volumineuses.

¹ SIMS. Deux cas de papillomes de la conjonctive empiétant sur la cornée. *Arch. of ophthalmology*, t. XXI, fasc. 1, p. 91.

² GILLET DE GRANDMONT. Papillomes de la conjonctive. *Soc. d'ophtal.*, Paris, nov. 1892.

³ A. WAGENMANN. Papillomes de la conjonctive avec formation considérable de cellules caliciformes. *A. von Graef's Arch.*, t. XXX, 2, p. 250-258.

Wagenmann publie les détails microscopiques d'un papillome pédiculé, extirpé du fornix conjonctival inférieur de l'œil gauche d'un homme âgé de 50 ans.

Au microscope, la petite tumeur se composait d'un très grand nombre de petits lobules contenant au centre des terminaisons de vaisseaux extrêmement ramifiés. Autour de ces lobules, il y avait une enveloppe épaisse de cellules épithéliales dont la couche principale était formée presque exclusivement par des cellules caliciformes.

A l'examen clinique, les différents lobules étaient si bien accolés les uns aux autres que la surface du polype paraissait complètement unie. Ce n'est que sous l'influence de l'alcool, après l'ablation, qu'il prit l'aspect d'une framboise.

Jessop¹ a enlevé une petite tumeur proéminente et vascularisée de la conjonctive oculaire de l'œil droit d'un garçon de 12 ans. A l'examen microscopique, le Dr Kanthack trouva un épaissement considérable de la surface épithéliale avec prolifération des papilles : il appelle la tumeur *papillome verruqueux* et la compare à la pachydermie de Virchow.

Le fait de Steiner² (de Java), récemment publié, est vraiment typique et mérite d'être retenu. Il concerne un Chinois âgé, portant près du fornix une tumeur ronde, dure, reliée à la muqueuse par un pédicule court, recouvert de fines villosités et ressemblant à un chou-fleur en miniature.

Chaque villosité était composée d'épaisses masses de cellules épithéliales entassées autour d'un axe de tissu conjonctif mince et légèrement conique. De cet axe se détachaient des ramifications formant des embranchements de la villosité. Le tissu de l'axe est constitué par des fibres lâches, très pauvres en cellules. Dans son parcours, on remarque de nombreux vaisseaux ectasiés. La couverture épithéliale des villosités est fortement et très irrégulièrement dentelée ; elle est formée de petites cellules épithéliales coniques ou cylindriques près de l'axe, et pavimenteuses à la périphérie. La relation de ce fait est accompagnée d'une figure intéressante, représentant bien la production papillomateuse dans sa forme la plus typique (fig. 1).

¹ JESSOP. Papillome verruqueux de la conjonctive. *Trans. Ophth. Soc.*, XVI, p. 48, 1896

² STEINER (de Java). *Arch. d'ophtalmologie*, 1896, p. 501.

Le fait personnel que nous allons maintenant faire connaître mérite, comme ceux de Parisotti, Fuchs, Hirschberg, Steiner, etc., de prendre sa place dans l'histoire des papillomes de la conjonctive.

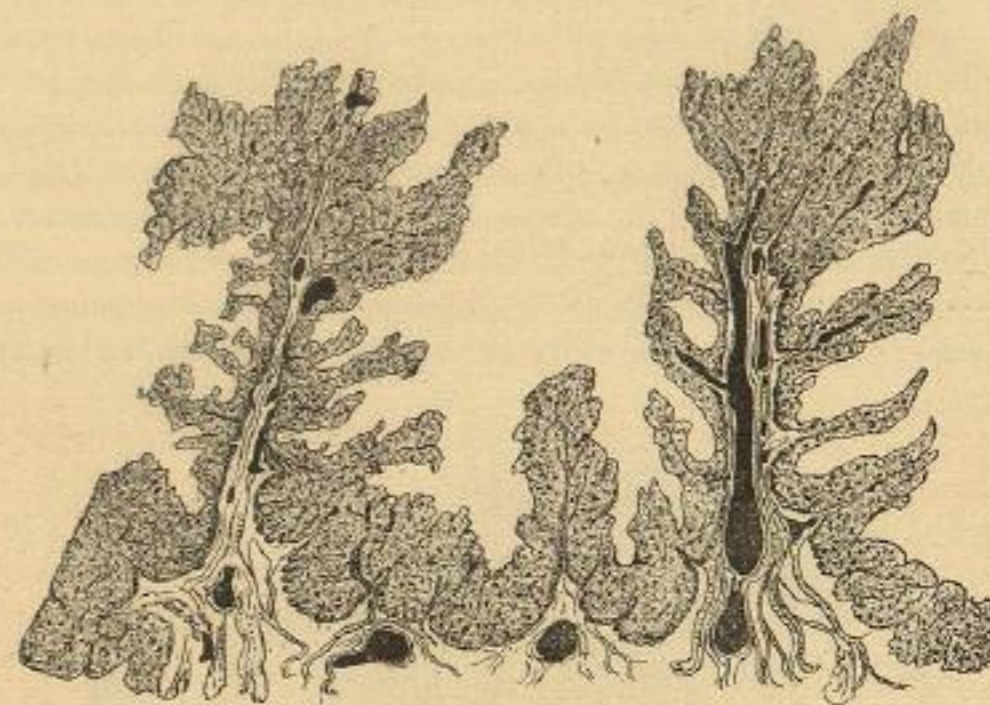


FIG. 1. — Papillome de la conjonctive (STEINER).

Le voici avec tous les détails cliniques et anatomiques qu'il comporte :

Obs. — L..., âgé de 61 ans, sans profession, demeurant à Bordeaux, se présente à la polyclinique le 9 juillet 1894, pour une affection oculaire datant depuis déjà assez longtemps.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Nous ne relevons dans son histoire aucune affection grave, le malade ayant toujours joui d'une bonne santé générale. A l'âge de 11 ans, il a été atteint de la teigne tondante qui a guéri en peu de temps par un traitement approprié.

Le malade nous raconte qu'il y a huit ans il a vu survenir à l'œil gauche une légère inflammation étendue d'abord à toute la partie externe de la conjonctive. Peu à peu cette inflammation, cette rougeur se limite davantage et le malade constate alors nettement qu'il naît à la partie externe de la cornée, sur la conjonctive, un seul petit bourgeon charnu atteignant bientôt le volume et la dimension d'une lentille. A cette époque seulement, il s'adresse à un spécialiste qui lui ordonne une pommade sur laquelle nous n'avons aucun renseignement. Quoiqu'il en soit d'ailleurs, à la suite de son application, et, au dire du malade bien entendu, tout le côté gauche de la figure se tuméfie, les paupières, la joue présentent tous les signes d'une vive inflammation. Il n'a jamais eu cependant une fièvre trop forte et n'a été forcé en aucune façon de garder le lit.

Après cet accident inflammatoire, notre homme, mécontent, s'adresse à un autre spécialiste qui excise le bourgeon charnu conjonctival ; il était, paraît-il, mobile et fine-

ment pédiculé. Les suites de cette légère opération furent des plus simples et le sujet se crut guéri.

Les choses restèrent dans cet état pendant environ deux ans; le malade y voyait bien de l'œil gauche, mais celui-ci a toujours présenté un léger larmolement. De plus, il a souvent remarqué, sans y prêter grande attention du reste, que le point de la conjonctive bulbaire externe où avait porté l'excision était toujours injecté de sang.

Au bout de ce temps, l'affection oculaire apparaît de nouveau, toujours du côté gauche, et un petit bourgeon charnu analogue au premier ne tarde pas à se montrer au même endroit. Cette végétation ne reste plus seule, quelques autres apparaissent bientôt, envahissant ainsi les portions externe, interne, supérieure et inférieure de la conjonctive bulbaire pour former autour de la cornée une véritable couronne de végétations.

Le malade se présente à nous avec un œil volumineux, à peine recouvert par les paupières rouges, luisantes, tendues et légèrement entr'ouvertes. En les écartant un

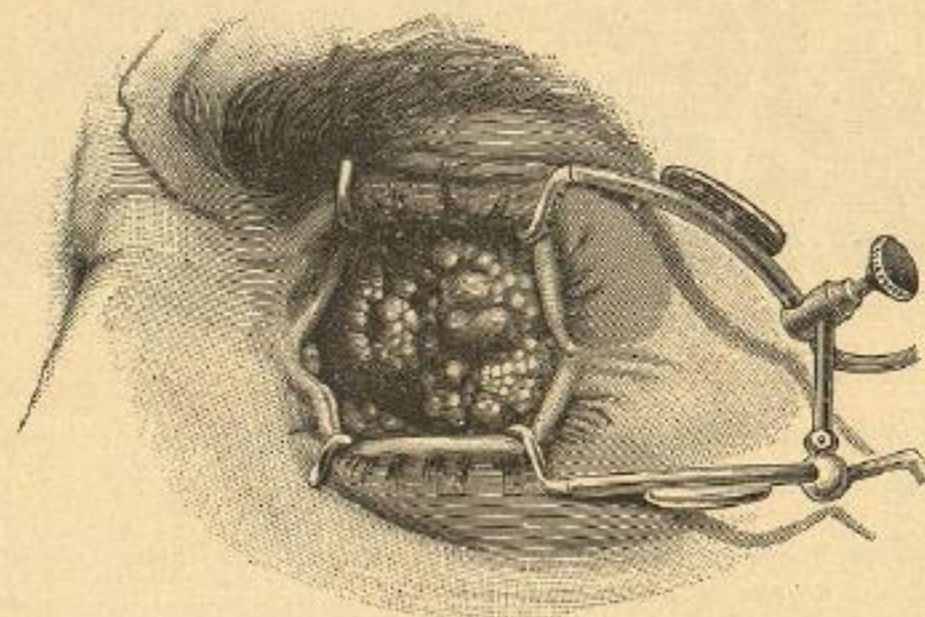


FIG. 2. — Papillomes de la conjonctive.

pen plus, on ne voit au premier aspect qu'une masse charnue, rouge paraissant donner lieu à une abondante sécrétion de mucus sanieux qui s'écoule constamment sur la joue (fig. 2). Par un examen plus attentif, on parvient à reconnaître dans la masse végétante qui recouvre la conjonctive bulbaire, quatre groupes de végétations de volume variable. Ces végétations, aplaties par la pression des paupières, sont mobiles, adhérentes toutefois par un assez large pédicule qui ne permet pas de se rendre un compte exact de l'état de la conjonctive et de la cornée situées au-dessous. Celle-ci, en effet, est en grande partie envahie par le néoplasme, opacifiée dans le reste de son étendue, sauf en un léger point situé à la partie supéro-interne, qui paraît encore un peu transparent, juste assez pour permettre au malade de distinguer le jour et la nuit.

La conjonctive palpébrale ainsi que les culs-de-sac ne présentent qu'une inflammation chronique, d'origine irritative, due à la présence de ces papillomes; nous n'y découvrons pas la moindre trace de végétation.

Le malade n'a jamais beaucoup souffert de cet œil qu'il serait disposé à laisser dans cet état, si ce n'était son aspect repoussant.

Il faut ajouter que notre interrogatoire et notre examen sont absolument restés négatifs au point de vue des papillomes qu'il aurait pu présenter sur toute autre partie de son corps; jamais, en effet, il n'a eu de végétations à l'anus ou sur les parties génito-urinaires.

Le malade demandant à être débarrassé de cette affection le plus vite possible, nous lui proposons l'excision totale de ces végétations, opération qui est aussitôt acceptée.

Après lavage de la région au sublimé et anesthésie par des injections sous-conjonctivales de cocaïne, nous procédons, à l'aide de ciseaux courbes, à l'excision bien complète de ces papillomes, ne craignant pas de dépasser un peu les limites du mal et d'aller jusqu'à la sclérotique. Nous faisons suivre cette excision d'une cautérisation énergique au galvano-cautère qui, outre son action curative, nous a été très utile pour faire l'hémostase, car le sang coulait abondamment.

Tout allait pour le mieux depuis quelques jours déjà, lorsque notre homme nous accuse des douleurs assez vives du côté de l'œil opéré. A l'examen, nous constatons en effet qu'un petit point de la cornée se sphacèle et à ce niveau nous voyons bientôt apparaître une légère hernie de l'iris. Par un traitement approprié, nous ne tardons pas à calmer les douleurs de notre malade et à arrêter les progrès du mal; mais en même temps nous constatons de jour en jour une récurrence assez rapide des papillomes, au niveau même des précédents points d'implantation. Rien du côté de la conjonctive palpébrale.

En présence de ce fait, et pour débarrasser totalement le malade de son affection, nous lui proposons l'énucléation qu'il paraît d'ailleurs accepter assez bien, préférant une pièce artificielle à ces énormes végétations framboisées qu'il est obligé de tenir constamment cachées sous un bandeau. Malheureusement, il ne s'est pas rendu au rendez-vous que nous lui avons assigné pour pratiquer l'énucléation et nous ne l'avons pas revu.

Examen anatomique. — Les papillomes excisés sont au nombre de cinq, dont les plus volumineux ont la grosseur d'une petite noisette. Ils présentent une large base d'implantation, mais ont un pédicule très court; ils sont arrondis et en même temps aplatis par la pression des paupières. Leur surface mamelonnée offre un aspect mûri-forme caractéristique.

Nous découpons des fragments de deux à trois millimètres que nous fixons par le sublimé et l'acide acétique. Ces pièces sont ensuite colorées en masse par le picrocarmine, incluses dans la paraffine et débitées au microtome mécanique Vialanes. Les coupes ont été faites perpendiculairement à la base d'implantation des papillomes.

A un faible grossissement, on voit déjà une base de tissu conjonctif parsemée de vaisseaux, dont quelques-uns très dilatés; de cette base part un pédicule d'où se détachent un peu plus loin des ramifications coiffées par un épais revêtement épithélial. Toutes ces portions de la tumeur présentent une abondance extrême de vaisseaux sanguins.

A un plus fort grossissement, on constate que les papilles ont une longueur moyenne variant entre cinq et six dixièmes de millimètre; quelques-unes même atteignent la longueur d'un millimètre; elles sont donc très hypertrophiées. De plus, elles sont arborescentes et recouvertes par une épaisse couche de cellules stratifiées sur laquelle nous allons revenir.

Ces papilles sont constituées par du tissu cellulaire lâche en certains points, d'apparence

réticulée (fig. 3), les mailles de *cereticulum* sont remplies par une infinité de cellules à gros noyaux, sans nucléole bien visible, rondes, à protoplasma clair. Parfois dans les régions les plus profondes ce tissu cellulaire paraît avoir subi la dégénérescence muqueuse et les cellules qui s'y retrouvent n'ont plus qu'un noyau distinct avec un protoplasma chargé de granulations réfringentes.

La couche de cellules cylindriques qui recouvre directement ces papilles n'offre pas partout une membrane basale nettement marquée, surtout vers la partie supérieure. A cette rangée de cellules cylindriques font suite plusieurs couches de cellules épithéliales, polygonales, dentelées, à gros noyau. Ce qui est même remarquable

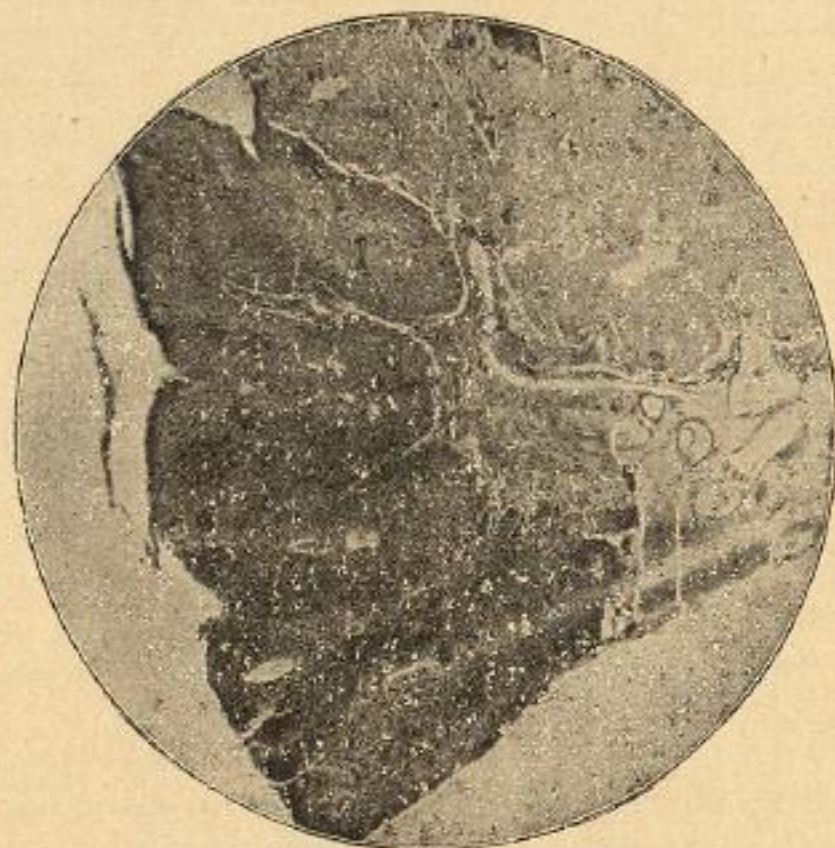


FIG. 3. — Papillome de la conjonctive.

dans ce cas particulier, comme du reste l'ont fait observer beaucoup d'auteurs dans des cas semblables, c'est le développement exagéré de ce revêtement épithélial qui, non seulement remplit les espaces inter-papillaires, mais recouvre et coiffe pour ainsi dire les papilles d'une épaisse couche de tissu. La figure 3, qui est la photographie d'une coupe faite à un trop faible grossissement pour montrer les détails, n'a d'autre but que de faire voir l'épaisseur du tissu épithélial qui recouvre les papilles.

Vers la périphérie de la tumeur et au milieu de ce tissu épithélial, on remarque des zones arrondies de tissu conjonctif renfermant de nombreux vaisseaux. Ces zones, nettement limitées par une rangée de cellules cylindriques, ne sont que des papilles coupées transversalement.

Ce qui domine dans l'histoire anatomo-pathologique de ce cas, c'est, d'une part, l'hypertrophie manifeste des papilles conjonctivales, et d'autre part l'excessif développement du revêtement épithélial. Par le premier

caractère, l'affection mérite le nom de papillome; par le second, elle tient de l'épithélioma, et nous devons en conclure que notre sujet était atteint d'une véritable tumeur maligne développée à la longue sur des productions papillaires bénignes dont il avait trop tardé à se faire débarrasser.

Toutes ces données sur les papillomes de la conjonctive, ainsi que notre observation personnelle, sont de nature à ne laisser aucune obscurité sur la question, et il nous paraît inutile, après la revue de ces documents, d'écrire une histoire détaillée du papillome dont l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement ne pourraient contenir que les renseignements mêmes qui viennent d'être placés sous les yeux du lecteur.

§ 3. — Kystes de la conjonctive.

Les kystes de la conjonctive sont fréquents: ils se présentent sous des formes très différentes qui permettent d'en donner une classification naturelle bien tranchée. Cette classification sera basée sur l'anatomie pathologique, et non sur l'aspect extérieur dont les caractères n'ont rien d'essentiel. De Wecker les divise artificiellement en trois catégories: 1° une variété siégeant de préférence sur la conjonctive bulbaire; 2° une deuxième, probablement congénitale, siégeant sur le bord cornéen; 3° une troisième variété se présentant sous la forme d'un ver transparent, et dépendant d'une dilatation des lymphatiques.

Panas les décrit en deux chapitres: 1° les cysticerques, et 2° les kystes séreux simples.

Il est possible de donner de ces kystes une division naturelle basée à la fois sur l'anatomie pathologique et la clinique; nous proposerons la suivante qui nous servira de guide:

- I. — Kystes par inclusion;
- II. — Kystes glandulaires;
- III. — Kystes lymphatiques;
- IV. — Kystes à entozoaires.

Ces quatre variétés correspondent à des affections qui toutes méritent le nom de kyste et qui diffèrent entre elles par des caractères essentiels.