

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

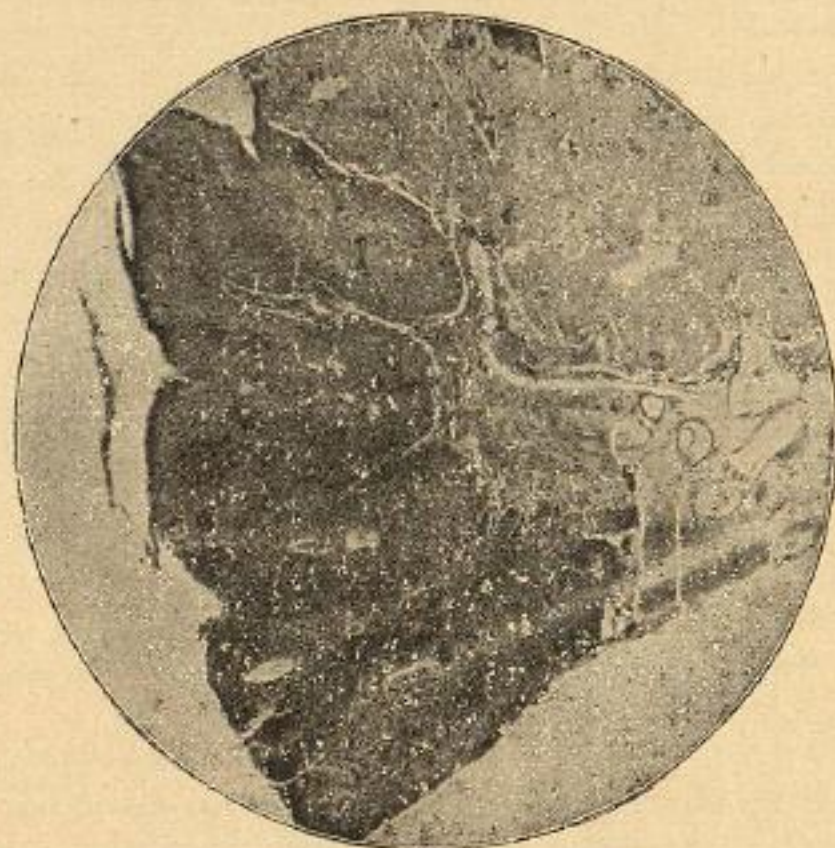


FIG. 3. — Papillome de la conjonctive.

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.

I. — KYSTES PAR INCLUSION

Lorsque le kyste succède à un traumatisme, il est logique de supposer que la formation de la poche est consécutive à l'évolution de l'épithélium cutané ou conjonctival introduit ainsi par la force de l'agent vulnérant dans le feuillet moyen ; il existe à la vérité peu d'observations assez précises pour mettre en évidence ce processus, mais celles que nous pouvons citer sont assez probantes pour ne laisser aucun doute.

Nous y retrouvons l'étiologie bien connue des tumeurs épidermoïdales ou perlées.

La première place dans l'énumération des faits à signaler ici revient à ceux d'Uhthoff¹.

Sa première observation concerne une dame de vingt ans, opérée de strabisme ; l'opération s'était fort bien passée et la guérison obtenue simplement. Cinq semaines plus tard, on vit apparaître, au niveau de l'insertion du muscle opéré, une saillie de trois à quatre millimètres recouverte par la conjonctive saine. Une ponction pratiquée dans la poche donna un liquide clair qui ne tarda pas à se renouveler.

L'excision de la poche dut être faite plus tard, et l'examen microscopique montra une paroi formée par du tissu fibreux, tapissée à l'intérieur par une couche régulière de cellules épithéliales.

Dans la deuxième observation, à la suite d'un traumatisme ayant perforé la paupière supérieure et atteint le globe oculaire, on trouve, cinq semaines après l'accident, un petit kyste situé sur la conjonctive bulbaire, à un centimètre du limbe cornéen, dans le tissu sous-conjonctival. Ce kyste, gros comme une fève, est excisé, et après l'excision on constate, par transparence à l'intérieur de la tumeur, la présence de trois poils implantés dans la paroi.

L'examen histologique montra que la paroi, formée d'une couche fibreuse, était tapissée à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux. Dans ce cas très démonstratif, il s'agit évidemment d'une greffe épidermique semblable à celle qui donne lieu aux tumeurs perlées de l'iris.

Le troisième cas, publié par Uhthoff en même temps que les deux

¹ UHTHOFF. *Berliner klin. Woch.*, 1879, p. 789.

précédents, est d'une origine moins certaine ; il est probable qu'il s'agit simplement d'un kyste lymphatique.

Les deux premières observations d'Uhthoff sont les plus convaincantes à cause de l'examen histologique qu'elles contiennent, mais il en est d'autres qui, par leur origine manifestement traumatique, doivent être rapprochées de celles d'Uhthoff. Ce sont celles de Arlt¹, de Schön², de Sichel³, de Zender et Geisser⁴, de Laqueur⁵ qui en 1877 défendit dans un mémoire l'origine traumatique des kystes de la conjonctive. En 1882, Baudry⁶ publia sur ce sujet une observation qu'on peut ainsi résumer : un malade reçoit dans l'œil un fragment de soufre enflammé ; trois mois après le traumatisme apparaît une petite vésicule qui augmenta peu à peu en prenant les caractères des kystes épidermiques.

Le cas de Lopez⁷ doit être également rapproché de ceux d'Uhthoff et de Baudry ; il concerne un ouvrier de 24 ans qui avait reçu, à 12 ans, un coup de corne de vache dans l'orbite gauche. Les deux bords libres des paupières s'étaient réunis et les deux culs-de-sac conjonctivaux formaient une cavité dans laquelle on trouva, après dissection, quelques débris osseux provenant du bord orbitaire. Le globe était intact derrière ce kyste.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces observations de kystes traumatiques, car les faits qui manquent d'examen histologique ne peuvent évidemment, en toute sûreté, être rangés dans la variété des kystes par inclusion. Mais il nous suffit des deux observations d'Uhthoff pour établir solidement cette catégorie dans laquelle viendront bientôt s'encadrer des observations nouvelles de kystes d'origine traumatique dont l'examen histologique aura été fait complètement.

¹ ARLT. *Die Krankheiten des Auges*, Bd I, S. 169.

² SCHÖN. *Path. anat. des Auges*, 1829, S. 166.

³ SICHEL. *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843.

⁴ ZENDER et GEISSER. *Die Verletzungen des Auges*. Leipzig, 1864, p. 416.

⁵ LAQUEUR. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, 1877.

⁶ BAUDRY. *Bulletin médical du Nord*, 1882.

⁷ LOPEZ. Kyste par rétention de la conjonctive d'origine traumatique. *Arch. of Opt.*, XXI, n° 2.

II. — KYSTES GLANDULAIRES

Les kystes glandulaires sont ceux qui se développent aux dépens des glandes de la conjonctive. Il faut entendre ici le mot glande dans son sens le plus large, et donner ce nom non seulement aux glandes de Krause et de Henle, mais encore aux glandes anormales qui se développent dans les affections de la conjonctive. Ces glandes pathologiques sont dues à des invaginations de la muqueuse plissée et enflammée; elles revêtent les caractères des glandes de Henle qui ne sont d'ailleurs, elles aussi, que de simples plicatures ou dépressions de la muqueuse et par là même pourraient être rejetées du groupe des vraies glandes.

Que la glande soit normale ou pathologique, qu'il s'agisse d'une glande acino-tubuleuse de Krause ou d'une glande de Henle, l'agent principal de la formation kystique est l'épithélium cylindrique qu'on trouve dans la cavité. Le contenu liquide du kyste dérive de cet épithélium; ces kystes glandulaires appartiennent à la catégorie des kystes progènes de Broca.

Les premières recherches faites sur ce sujet appartiennent à de Vincentiis et à ses élèves. Dans d'importantes publications, ils ont particulièrement étudié la dilatation kystique des glandes acino-tubuleuses de Krause, et démontré que beaucoup de kystes de la conjonctive avaient leur origine dans ces glandes. Un assez grand nombre de travaux que nous devons ici faire connaître ont été écrits par Rampoldi et Favarelli¹, Moauro², Antonelli³, Rombolotti⁴.

Rampoldi et Favarelli trouvèrent, chez un enfant âgé de 6 mois, un kyste semblable à une grenouillette qui avait pour point de départ le sac conjonctival supérieur. Le contenu était séreux, la paroi recouverte d'un épithélium à plusieurs couches.

Moauro, chez un enfant de 3 ans ayant souffert de catarrhe oculaire, a vu à gauche, en haut et en bas, une large vésicule à contenu brunâtre,

¹ RAMPOLDI et FAVARELLI. *Annali di ottalmologia*, 1880.

² MOAURO. *Annali di ottalmologia*, 1890, p. 467.

³ ANTONELLI. *Annali di ottalmologia*, 1890.

⁴ ROMBOLOTTI. *Archivio di ottalmologia*, Ann. II, fasc. 8 et 9, et *Annales d'oculistique*, CXIII, p. 161, 1895.

demi-transparente et occupant toute l'étendue du pli de passage. Le même auteur a fait l'examen histologique d'un kyste enlevé chez une fille de 14 ans, granuleuse, traitée par les cautérisations au sulfate de cuivre. Outre la dégénérescence chronique et cicatricielle de la muqueuse, Moauro trouva un kyste ovale de la grosseur d'une noisette, dont le contenu jaunâtre et liquide renfermait de l'épithélium en voie de dégénérescence, des leucocytes et des globules rouges. La paroi se composait de tissu conjonctif et d'épithélium. La paroi conjonctive est plissée, creusée en alvéoles au fond desquels l'épithélium cylindrique est à deux couches. Il en existe une seule couche sur le reste de la paroi.

Antonelli a étudié, chez une jeune fille de 17 ans, un kyste de la forme d'un haricot placé dans le milieu du cul-de-sac supérieur droit. Ce kyste, épais de 1 cent. et long de 3 cent., montrait par transparence un contenu séreux de couleur jaune. Pendant l'opération, le sac éclata, mais il fut totalement enlevé, et l'étude histologique montra que la face interne du kyste portait un épithélium cylindrique à deux couches, l'une formée de cellules polygonales ou cubiques, l'autre cylindrique avec noyau basal. A côté du grand kyste, le microscope en fit reconnaître un plus petit tapissé par une seule couche d'épithélium.

Rombolotti a publié dans les *Annales d'oculistique* un fait qu'on peut ainsi résumer. Un enfant de 12 ans avait subi à l'âge de 8 ans, un traumatisme occasionnant une plaie perforante de la cornée et de la sclérotique avec prolapsus de l'iris et du corps ciliaire, dans le tiers interne supérieur du globe oculaire. Le bulbe devint phtisique. Trois ans après, apparut dans la plaie une vésicule qui augmenta dans les dix derniers mois, entama la cornée et fit saillie dans la fente palpébrale. Le gonflement kystique débuta exactement dans le cul-de-sac de la paupière inférieure droite, s'étendant de l'angle externe jusqu'à l'angle interne. La ponction avec la seringue de Pravaz fit sortir un liquide clair avec leucocytes, cellules plates et débris d'épithélium. La paroi antérieure du kyste fut excisée, et l'auteur trouva dans cette paroi une membrane connective supportant un épithélium formé partout de deux couches, l'une profonde composée de cellules cubiques avec un noyau assez gros et manifeste, l'autre superficielle constituée par des cellules plus grandes,

plus aplaties, presque lamellaires, présentant cependant un noyau toujours bien reconnaissable.

Rombolotti, qui avait d'abord songé à une cicatrisation cystoïde, véritable fistule borgne interne résultant du traumatisme de la cornée, conclut après examen histologique que le kyste s'était développé dans le conduit excréteur de l'acinus d'une glande de Krause.

Les auteurs italiens ne sont pas les seuls à décrire des kystes de cette variété, et nous pouvons encore rapporter ici les observations de Makrocki, de Stoever et d'Ischreyt.

Laqueur¹, chez une jeune fille de 21 ans, extirpa du milieu du pli de passage inférieur un kyste plus gros qu'un pois. L'examen histologique, pratiqué par Recklinghausen, démontra l'existence d'un contenu séreux dans lequel flottaient de petits grumeaux et des amas de cellules épithéliales. La paroi était complètement revêtue par une couche d'épithélium pavimenteux.

Makrocki² a observé dans le cul-de-sac supérieur de l'œil gauche un kyste venu six ans après un grave traumatisme. Ce kyste, ovale, transparent, long de 1 cent., large de 1 cent., siégeait dans le cul-de-sac supérieur, au milieu du pli de passage, allant en dedans jusque dans la région du point lacrymal. La paroi antérieure fut excisée et l'on y trouva un épithélium à une seule couche; la présence de cet épithélium suffit à montrer que ce kyste appartenait à la variété des kystes glandulaires et non à celle des kystes lymphatiques dans laquelle Makrocki l'a rangé.

Stoever³ a étudié le cas d'un enfant de cinq ans, atteint de conjonctivite catarrhale bilatérale. A gauche, on constatait en outre, dans la région moyenne du cul-de-sac inférieur, deux petites saillies de 2 à 3 millim. de diamètre, de coloration légèrement bleuâtre et de consistance élastique.

Après guérison de la conjonctivite, on pratiqua l'excision des deux kystes. Leur contenu était limpide et sans organisation. Les parois étaient constituées par une seule couche de cellules épithéliales aplaties, avec des

¹ LAQUEUR. *Klinisch. Monatsbl. f. Augenheilkunde*, 1877.

² MAKROCKI. *Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1883.

³ STOEYER. Kystes du cul-de-sac conjonctival. *Klinische Monatsblätter für Augenheilk.*, juillet 1897.

noyaux assez volumineux. Au-dessous de cette couche, on ne constatait pas de parois propres, mais un tissu conjonctif lâche ne différant pas de celui du cul-de-sac normal.

Stoever ne pense pas que l'inflammation conjonctivale coexistante fut la cause de ces productions kystiques; il admet qu'il s'agit de kystes par rétention résultant de l'oblitération de l'orifice de l'une de ces dépressions épithéliales connues sous le nom de glandes de Henle.

Ischreyt¹ rapporte deux cas de kystes développés dans les glandes de Krause, l'un observé chez une femme de 74 ans, l'autre chez un homme de 43 ans. Les deux avaient pour siège le cul-de-sac conjonctival inférieur et n'étaient pas plus gros qu'une tête d'épingle.

L'auteur les extirpa et les examina au microscope. Chez l'un, il pouvait retrouver la communication avec une glande de Krause sous forme d'un conduit excréteur dont la lumière était obstruée du côté du kyste.

Les observations qui démontrent l'existence des kystes glandulaires sont, on le voit, très nombreuses et très démonstratives; mais il y a plus, ainsi que nous le faisons pressentir au début de ce paragraphe, à côté des glandes normales de la conjonctive, décrites par Krause et Henle, il convient de placer des dépressions anormales accidentelles de la muqueuse, véritables néoformations glandulaires consécutives à des processus irritatifs prolongés de la muqueuse.

Dans un mémoire récent, S. Ginsberg², à propos de deux cas de kystes épithéliaux qu'il ne pouvait localiser dans les glandes de Krause, étudie la néoformation des tubes épithéliaux dans la muqueuse tarsienne. Il rappelle à ce sujet les travaux de Berlin qui donna à ces glandes néoformées la valeur d'un signe pathognomonique du trachome, et ceux de Jacobson et Kahlmann qui démontrèrent le processus d'invagination selon lequel, pendant la cicatrisation d'une perte de substance, l'épithélium est attiré dans les profondeurs de façon à former des canaux creux. De même dans le catarrhe chronique de la muqueuse bulbaire, Fuchs a trouvé de véritables formations de glandes sans follicules.

¹ ISCHREYT. *Arch. für Augenheilk.*, t. XXXV, p. 232-235, 1897.

² S. GINSBERG. Ueber seröse epitheliale Bluthautcysten, etc. *Arch. für Opht. V. Graefe*, t. XLIV, 1897.

Ces faits n'ont d'ailleurs rien qui s'écarte des lois de l'anatomie pathologique générale. Friedländer a montré la participation de l'épithélium dans le processus inflammatoire du tissu conjonctif sous-jacent et fait connaître, par exemple, la prolifération des glandes gastriques dans la gastrite chronique. C'est par un processus semblable que l'épithélium conjonctival forme des digitations dans les profondeurs du tissu et crée de véritables glandes pathologiques.

Rogman¹ a étudié des kystes manifestement développés aux dépens de ces glandes de nouvelle formation chez une femme âgée de 56 ans; il a enlevé un kyste situé sur la conjonctive bulbaire, entre la cornée et la caroncule, et reconnu au microscope dans la membrane d'enveloppe deux couches: une lame élastique externe et un épithélium stratifié; cet épithélium présentait en divers endroits deux ou trois couches cellulaires et en quelques points jusqu'à sept et huit couches. Pavimenteuses, cuboïdes dans les parties périphériques, les cellules sont cylindriques dans les couches superficielles. Les noyaux sont fortement colorés, le protoplasme dense. A certaines places, les cellules cylindriques se disposent plus ou moins en éventail, formant par leurs groupes des espèces de papilles séparées les unes des autres par des fentes profondes. Au milieu de ces éléments épithéliaux se rencontrent des espaces clairs qui soulèvent en quelques endroits la paroi et font fortement hernie dans la cavité centrale. Tantôt ces espaces paraissent vides, tantôt ils renferment un dépôt plus ou moins grenu.

La membrane élastique enveloppante constituant la poche du kyste est homogène, mince, analogue à la tunique interne des artères.

Il est évident que de pareils caractères anatomiques ne sont pas ceux des kystes lymphatiques, et comme, d'autre part, dans la région précornéenne où le kyste a été enlevé il n'y a pas de glandes normales, force nous est d'admettre qu'il s'agit d'un kyste formé aux dépens d'une dépression plus ou moins utriculaire de la conjonctive. Rogman conclut très judicieusement, à notre avis, qu'en pareille circonstance « certains replis, sinuosités ou cryptes si nombreux dans la conjonctive se sont

¹ ROGMAN. Kystes séreux simples de la conjonctive. *Arch. d'ophth.*, 1895, 502.

isolés, pédiculés, plus tard étranglés et à la fois entièrement séparés de la membrane qui leur a donné naissance, pour prendre la forme de kyste et se perdre dans le tissu sous-conjonctival ».

C'est à la défense de cette manière de voir que Sigmond Ginsberg a consacré le récent travail auquel nous avons fait allusion. Il publie d'abord deux observations qui méritent d'être mentionnées in extenso, car elles peuvent être considérées comme des types achevés des kystes dont nous parlons.

1^{er} CAS. — Une jeune fille de 29 ans avait, il y a trois ans, remarqué à sa paupière inférieure droite une vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle, qui augmenta considérablement dans les six derniers mois. Au point de passage de la paupière inférieure droite, près de la caroncule, se trouvait un kyste transparent, semblable à une lentille quant à la forme et à la grandeur et recouvert de délicats vaisseaux sanguins. Lors de l'extirpation, le sac fut fendu par derrière et enlevé en totalité. Au microscope, sur les coupes passant par le milieu et perpendiculaires à la muqueuse, la cavité est unique, tandis que sur celles plus périphériques, elle semble constituée par des divisions séparées par d'étroites bandes. Ceci doit, peut-être, être attribué aux plissements produits par l'affaissement du kyste, de même les nombreuses sinuosités latérales. La surface interne est revêtue d'un épithélium continu, qui est tantôt à une seule, tantôt à deux couches, et se compose de cellules en partie cubiques, en partie cylindriques. En fait, l'épithélium est à une seule couche, le redoublement n'est qu'apparent, produit par des coupes obliques, inévitables sur la pièce affaissée. Du contenu, il ne reste que des résidus peu abondants d'une substance jaunâtre finement granulée. Je n'ai pu trouver de rapports directs avec la muqueuse; cependant on voyait des coupes longitudinales, transversales et obliques de canaux épithéliaux dont le plus antérieur débouchait dans la conjonctive, tandis que le plus postérieur s'ouvrait dans le kyste. Ceci doit s'interpréter par ce fait que la coupe a dû atteindre les parties d'un conduit très contourné. L'épithélium de la muqueuse est à plusieurs couches, cubique ou polygonal dans les couches inférieures, plat dans les superficielles, et renferme de nombreuses cellules à mucus. Le tissu conjonctif sous-muqueux montre de forts amas de cellules rondes autour des vaisseaux et des nerfs, ainsi que dans le voisinage du kyste et d'un tube épithélial qui sort de la conjonctive juste à côté de l'enfoncement épithélial déjà mentionné de cette membrane. Ce tube a été coupé en arrière par l'incision opératoire. Son canal est revêtu d'un épithélium à deux couches, de telle sorte qu'une couche de cellules cubiques est surmontée de belles cellules cylindriques allongées avec un noyau basal. La couche interne contient des masses de cellules à mucus. Près de la terminaison de ce canal se trouve un amas de cellules rondes en dégénérescence dont les noyaux sont faiblement colorables, tandis que le protoplasme cellulaire prend la coloration et a un aspect brillant et homogène.

2^e CAS. — Une petite fille de 8 ans vient nous voir pour du larmoiement et des sensations de brûlure dans l'œil gauche. Juste au point de passage de la paupière inférieure

gauche, un peu en dedans du milieu, se trouve un kyste transparent de la grosseur d'un grain de poivre, ovale allongé et placé transversalement. En outre, il y avait un fort catarrhe. Le kyste fut extirpé *in toto* par le Dr Kuthe, médecin en chef de la clinique; l'incision dans la conjonctive était éloignée d'environ deux centimètres de l'extrémité postérieure des glandes de Meibomius, tandis qu'en arrière elle s'étendait à peu près aussi loin sur la conjonctive bulbaire.

Le contenu kystique était un liquide séreux dans lequel flottaient des petits grumeaux, amas blancs et délicats de cellules épithéliales. Ces dernières sont en partie normales, en partie en voie de dégénérescence. Dans quelques-unes on voit des gouttelettes claires, non brillantes, dans d'autres le noyau est repoussé contre la paroi par une grosse goutte; souvent le noyau se colore faiblement ou pas du tout; enfin on trouve des vésicules sans noyau, claires, ayant à peu près la grandeur des cellules normales. La paroi kystique est complètement revêtue d'une seule couche d'épithélium pavimenteux. Vers le dehors, le tissu conjonctif est plus régulièrement fibrillaire qu'ailleurs. Par places, le kyste est entouré d'amas de cellules rondes. Ces amas ont une forme annulaire. Le kyste s'étend jusque sous l'épithélium de la conjonctive, mais est séparé partout de cette dernière par une couche étroite de tissu conjonctif. L'épithélium de la muqueuse a en bas des cellules cubiques, puis polygonales, et en haut des cellules plates et parfois cylindriques entre lesquelles se trouvent des masses de cellules à mucus. Ce qui frappe surtout, ce sont des enfoncements épithéliaux nombreux, en partie pleins, en partie creux, situés sur les deux côtés du kyste. Dans la profondeur, on voit que les bâtonnets solides ont souvent une lumière; puis les épithéliums polygonaux se modifient de telle sorte que la couche la plus interne se transforme en belles cellules cylindriques avec un noyau basal, tandis que les couches extérieures se réduisent à une couche de cellules cubiques. On peut suivre les transitions assez clairement. Entre les épithélia cylindriques on trouve, ici aussi, de nombreuses cellules à mucus. Elles sont moins nombreuses dans les bâtonnets pleins.

Un certain nombre d'enfoncements en partie pleins, en partie creux, viennent déboucher sur un petit territoire de la surface de la muqueuse, dans laquelle sont situées un grand nombre de cellules à mucus très serrées. Dans la profondeur, on trouve d'un côté de larges sinuosités terminales des canaux à côté du kyste, sur une ligne représentant un prolongement de l'axe longitudinal de ces tubes. D'autres enfoncements situés à des endroits plus éloignés, sont moins nombreux et moins profonds. Dans le tissu conjonctif, les amas de cellules rondes ne se trouvent pas seulement autour des vaisseaux et des nerfs, mais surtout autour de ces conduits et en particulier près de ceux qui ont une lumière. Je n'ai pas trouvé cette infiltration autour des plus grands bâtonnets épithéliaux, mais je l'ai rencontrée aux endroits où ces bâtonnets étaient encore petits. Très peu de formations folliculaires. Un amas sphérique de cellules rondes, dont la périphérie est bien séparée du voisinage par des cellules à noyaux très colorés, est situé sous l'épithélium de la conjonctive. Cet épithélium est ici très aminci: son épaisseur n'est que de 10 μ ; tout auprès elle est de 20 μ . Dans le milieu, un petit enfoncement creux pénètre quelque peu dans le follicule.

L'interprétation que Ginsberg donne de ces observations est très rationnelle et, comme dans les faits de Rogman, il s'agit bien de kystes

développés dans des glandes ou pseudo-glandes anormales, mais nous ne pensons pas pouvoir suivre l'ophtalmologiste de Berlin dans la critique qu'il fait des observations citées plus haut des auteurs italiens. Leurs observations peuvent, ainsi qu'ils l'ont écrit, se rapporter à des kystes formés aux dépens des glandes acineuses de Krause, ou aux dépens des glandes tubuleuses de Henle. Sans doute ces dernières sont contestées et contestables. Ce ne sont pas des glandes au vrai sens du mot, mais des cryptes normaux de la conjonctive qui sécrètent du mucus en abondance et dont les parties profondes peuvent artificiellement s'isoler du reste du sac conjonctival et former un kyste.

Concrétions et dacryolithes de la conjonctive. — Que les kystes glandulaires se développent aux dépens des glandes de Krause, des pseudo-glandes de Henle ou des glandes anormales étudiées par Ginsberg, il peut arriver que le contenu kystique présente des altérations spéciales sur lesquelles il convient de nous arrêter un instant. Ce sont des concrétions qui ont été étudiées récemment par plusieurs auteurs, notamment par Fuchs¹ et Hugo Wintersteiner².

Mais il ne faudrait pas croire qu'avant ces auteurs ces formations pathologiques aient été méconnues. La lithiase et les dacryolithes de la conjonctive ont été décrits avec un soin particulier par Desmarres, et cet auteur fait lui-même remarquer que les calculs de la conjonctive ont été observés par Félix Plater (1656), Lachmund (1669), Garmannus (1670), Ch. Drelinecourt (1671), d'Emery (1679), Hasselt (1688), Schaper (1704), Plot (1705), Schultze (1741), Schurigius (1744), Haller (1760), Guillé (1820), de Walther (1820), Weller, traduction française (1828).

Quelques-unes de ces observations méritent d'être retenues, notamment celle d'Emery qu'on peut donner comme type du genre³.

Dans le duché d'Albret, une petite fille de village, âgée de 10 ans, jouant l'été passé avec deux de ses compagnes, reçut dans les yeux une poignée de sable qu'une d'elles

¹ E. FUCHS. Ueber concremente in der Bindehaut. *Arch. f. Ophthal.*, 1898, p. 103.

² HUGO WINTERSTEINER. *Arch. f. Ophth. de Graefe*, 1898, p. 329.

³ Observation recueillie par d'EMERY, médecin de Bordeaux, 1^{er} mai 1679, p. 66, 67 et 68 du *Journal des sçavants*. — Extrait des « deux lettres écrites à M. le premier médecin du roi, par M. d'Emery, médecin de Bordeaux, les 2 et 24 décembre, touchant un fait fort surprenant et peut-être inouï. »

lui jeta. Elle s'en trouva fort incommodée pendant les premiers jours, et trois mois après elle ressentit encore une plus forte douleur au grand angle de l'œil gauche, ce qui l'obligea d'y porter la main et de presser même les endroits de cette partie. Cette compression en fit sortir deux ou trois pierres dures et de la grosseur d'un pois. Ceux qui furent témoins de la chose crurent, sans beaucoup de réflexion, que ces pierres devaient être quelques grains de sable qu'on lui avait jetés; mais comme on lui en vit jeter de cette sorte durant plusieurs jours, ce prodige commença à faire du bruit.

Une dame de qualité chez qui cette petite fille demeurait, l'ayant fait enfermer dans une chambre pendant quelque temps, après l'avoir observée en toutes choses, tira elle-même de l'œil gauche de cette enfant quatre de ces larmes pétrifiées, dont il y en eut une qui se trouva de la grosseur d'une fève, dure comme un caillou, triangulaire blanche, et ayant quelque chose de transparent. M. d'Emery a usé des mêmes précautions pendant deux mois qu'il l'a tenue chez lui, et MM. Scorbinae et Van Elmont, fameux médecins, ont été comme lui témoins oculaires de ce fait prodigieux.

L'œil de cette fille rend quelquefois jusqu'à quatre pierres dans un jour. Ces déjections se font lorsqu'elle y pense le moins, sans qu'elle ait beaucoup de temps à s'y préparer; mais elle se plaint un peu auparavant d'une douleur piquante qui fait, qu'après la sortie de la pierre, l'œil demeure enflé, rouge et pleurant. Il est vrai que depuis le commencement des grands froids que nous avons eus cet hiver, ce prodige a cessé, et que cette fille n'a plus jeté ces sortes de pierres.

On pourrait encore citer un grand nombre d'observations, notamment celles de Lachmund¹, Hilpesheim (pierres magiques), celle de Walther² et beaucoup d'autres rapportées dans le mémoire de Desmarres³ sur les dacryolithes et les rhinolithes. Ces faits prouvent qu'au point de vue clinique les concrétions des glandes lacrymales sont depuis longtemps extrêmement connues et que les travaux récents ne peuvent avoir d'autre mérite que celui de faire connaître, à la lumière du microscope, la pathogénie de ces formations pathologiques.

Ces concrétions sont des produits d'excrétion du revêtement des parois; on peut les comparer à celles qui se produisent dans d'autres cavités creuses, telles que les espaces glandulaires de la glande thyroïde et de la prostate.

Antonelli⁴ dans son cas de dégénérescence kystique des glandes de Krause, trouva des concrétions qu'il attribua à la métamorphose de

¹ LACHMUND. *De fossil*, sect. III, ch. XXII, p. 72, 1669.

² WALTHER. *Journal für chirurg. Augenheilk.*, janvier 1820, p. 164 et suivantes.

³ DESMARRÉS. *Annales d'oculistique*, t. VII, VIII, IX, 1842 et 43.

⁴ ANTONELLI. *Annali di oftalmologia*, XIX, 1890.

débris sanguins dégénérés et mélangés à des masses colloïdes. Il put étudier tous les degrés de transformation des globules tombés en débris granuleux, et aboutissant à une masse colloïde.

Cette interprétation d'Antonelli, vraie sans doute pour son cas, ne s'applique pas évidemment aux kystes dans lesquels il n'y a pas eu d'hémorragie; d'habitude, ces concrétions sont dues à la dégénérescence de l'épithélium desquamé, congloméré et retenu de force dans la cavité glandulaire oblitérée.

Wintersteiner, au milieu de ces concrétions, a décrit des cellules

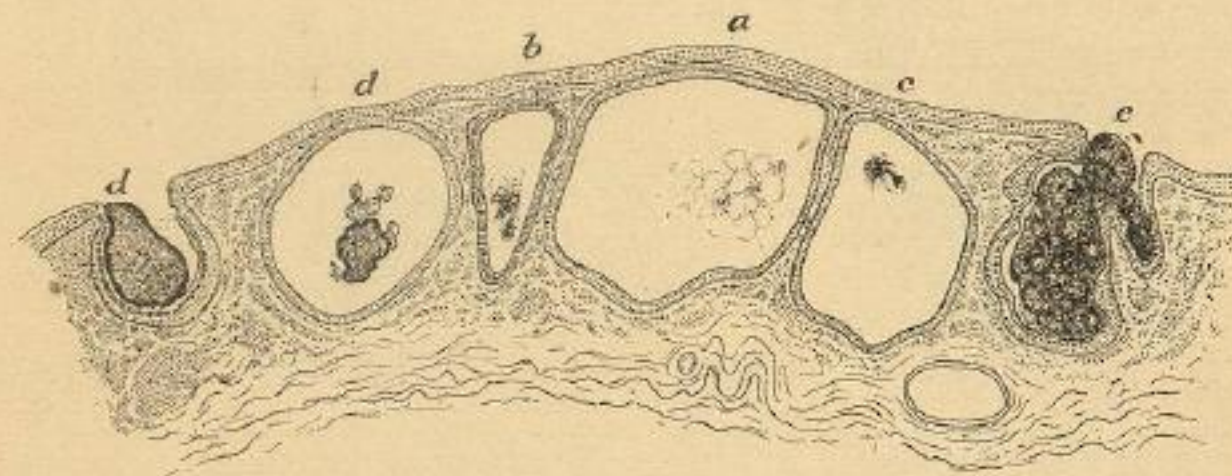


FIG. 4. (FUCHS.)

a. Substance granuleuse remplissant la cavité. — b. Noyaux isolés dans la cavité. — c. Noyaux enfermés dans la masse granuleuse indiquée en a. — d. Concrétions. — e. Concrétions faisant saillie hors de l'embouchure de la glande.

géantes. On sait qu'on peut en trouver partout où séjourne un corps étranger de nature organique ou inorganique; elles sont alors en relation directe avec le tissu de granulation qui forme l'enveloppe du kyste. Il est probable que ces cellules résultent de la confluence des cellules épithéliales ou des cellules migratrices appelées par l'irritation périphérique qu'entraîne la concrétion.

Les concrétions des glandes de Henle sont un peu différentes et méritent une description spéciale. Ce sont des granulations jaunâtres, ovales ou sphériques, de 1/2 millim. de diamètre, réunies au nombre de deux à cinq dans une cavité commune: elles se colorent par l'hématoxyline d'une façon variable qui met en lumière une couche corticale lamelleuse et un noyau composé de petits grains homogènes et d'un débris granuleux.

La couche la plus externe a souvent une disposition radiaire : elle est composée d'éléments courts disposés en palissade, ayant la forme d'une massue. Souvent les massues sont comme composées de fines fibrilles, d'autres fois elles sont uniformément homogènes et ont éclaté sur les bords. Wintersteiner a démontré très clairement ces différences de structure en colorant les pièces à la safranine.

Le même auteur a encore décrit d'autres types de granulations dans lesquelles l'origine cellulaire était plus évidente que dans les précédentes et qui contenaient des noyaux cellulaires libres. Presque toutes les



FIG. 5. — Nombreuses concrétions, dans une cavité glandulaire. (FUCHS.)

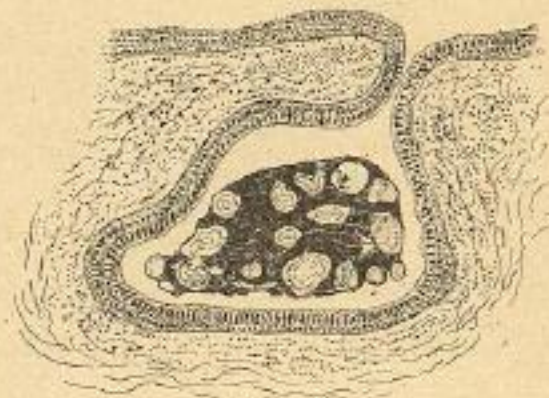


FIG. 6. — Glande remplie de concrétions à structure écailleuse. (FUCHS.)

granulations, d'ailleurs, sont placées dans des cavités élargies que des débris d'épithélium desquamé achèvent de remplir.

Les yeux dans lesquels on trouve ces débris enkystés sont presque toujours atteints d'une inflammation chronique de la conjonctive; et dans la grande majorité des cas, on peut considérer les concrétions comme un produit de l'activité cellulaire; des gouttes homogènes et vitreuses partent des cellules épithéliales et sont déposées à la surface de ces cellules vers la lumière du canal glandulaire; ces gouttelettes se conglomèrent, se transforment et deviennent la concretion faite de zones concentriques inégalement colorables par les réactifs.

Dans d'autres cas, et c'est le deuxième mode pathogénique admis par Wintersteiner, les cellules épithéliales de revêtement subissent la dégénérescence pavimenteuse, s'éliminent, se conglomèrent et forment des masses granuleuses dans lesquelles se fait peu à peu la transformation

hyaline. Si cette transformation se fait en même temps en plusieurs endroits, on voit dans la masse granuleuse des quantités de plaques hya-

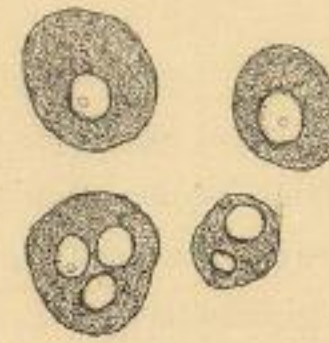


FIG. 7. — Plaques de concretion provenant d'une glande. (FUCHS.)



FIG. 8. — Cellules et concrétions dans une cavité tapissée d'épithélium. (FUCHS.)

lines qui, lorsque la croissance continue, prennent de plus en plus d'importance, se serrent et s'aplatissent les unes contre les autres.

Fuchs a émis une troisième opinion au sujet de la production de ces concrétions; il les regarde comme des grains dégénérés d'actinomyces.

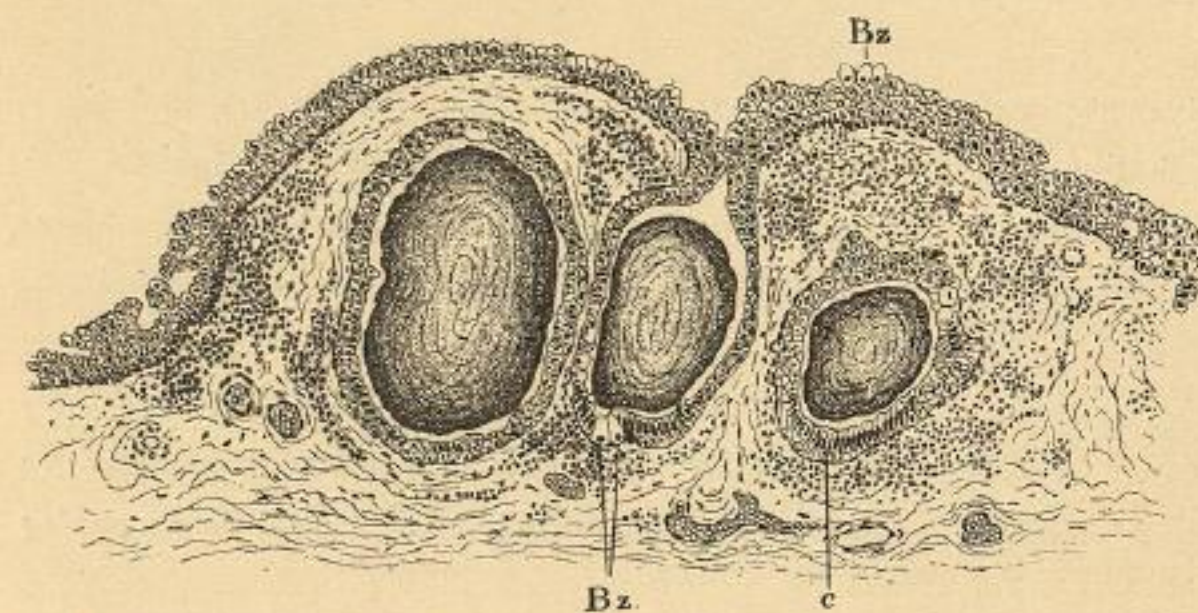


FIG. 9. — Concrétions dans les glandes de Henle. — Bz. Cellules caliciformes. — c. Concrétions. (WINTERSTEINER.)

En même temps que ces granulations, il a trouvé çà et là du mycélium sur la surface de la conjonctive, mycélium qui était ou de l'actinomycète ou une autre variété de streptothrix.

Il est possible que ce troisième mode pathogénique préside à la formation de quelques granulations, mais les deux premiers processus paraissent être de beaucoup les plus fréquents.

Nous arrêterons ici d'ailleurs ces considérations sur les concrétions qui accompagnent les kystes glandulaires de la conjonctive, pour arriver à l'étude des kystes lymphatiques qui devra assez longuement nous retenir.

III. — KYSTES LYMPHATIQUES

Les kystes lymphatiques sont ceux qui se développent aux dépens des espaces lymphatiques de la conjonctive, indépendamment des glandes de cette membrane. Ils ont été successivement étudiés par Stendeneer¹, qui a écrit un très intéressant travail sur les lymphangiomes caverneux de la conjonctive, par Irme² en 1876, par Laskiewicz³ en 1877 et Bull⁴ en 1878, et enfin plus tard par Delecoüllerie⁵ qui a résumé et enrichi la question dans sa thèse inaugurale.

Nous étudierons successivement les symptômes, l'anatomie pathologique, la pathogénie et l'étiologie de ces kystes dont nous ferons le diagnostic différentiel avec les autres kystes de la région dans un chapitre d'ensemble.

Symptomatologie. — Dans une *première variété*, les dilatations lymphatiques forment un réseau dont les vaisseaux ont environ 2 à 3 millim. de diamètre ; ils sont inégalement dilatés, moniliformes, s'anastomosant entre eux ; au-devant d'eux passent les vaisseaux conjonctivaux, en arrière ceux de la sclérotique.

Ces dilatations laissent écouler à la ponction un liquide séreux, analogue à la lymphe, liquide qui se renouvelle incessamment lorsque les varices lymphatiques ne sont pas encore enkystées, c'est-à-dire séparées de la circulation.

¹ STENDENEER. *Archives de Virchow*, 1874.

² IRME. *Wiener medic. Woch.*, 1876.

³ LASKIEWICZ. *Jahresb. f. Oph.*, 1877.

⁴ BULL. *American Journal of Oph.*, janvier 1878.

⁵ DELECOÛILLERIE. *Kystes séreux et spécialement kystes lymphatiques de la conjonctive bulbaire*. Th. Paris, 1892.

Le siège d'élection de ces ectasies lymphatiques est la conjonctive bulbaire dans le voisinage de la cornée, particulièrement à l'extrémité du diamètre horizontal.

La *deuxième variété* est l'exagération de la première, les ampoules y sont plus volumineuses et plus nettes ; elles se cloisonnent et se séparent des vaisseaux lymphatiques ; elles deviennent de véritables kystes, si bien que la pression ne refoule pas le liquide dans les autres dilatations.

Dans la *troisième variété*, le réseau lymphatique dilaté n'existe pas

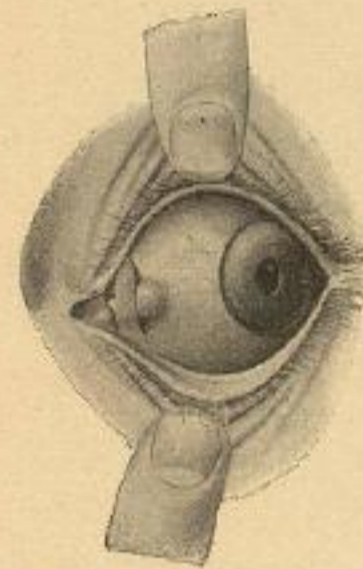


FIG. 10. — Kyste lymphatique sous le repli semi-lunaire.

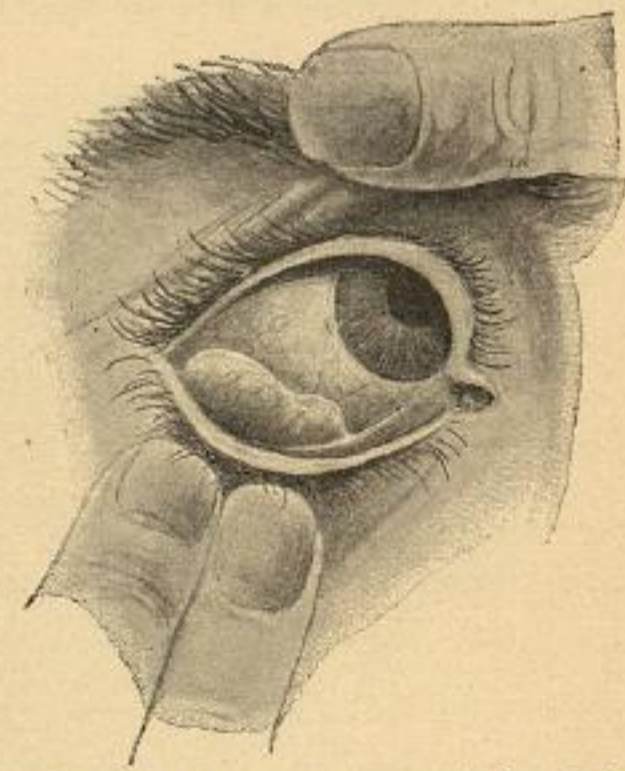


FIG. 11. — Kyste séreux glandulaire du cul-de-sac inférieur.

ou n'existe plus ; il ne reste plus qu'un ou plusieurs kystes sessiles ou pédiculés, transparents, jaunâtres, d'un volume variable, mais généralement petits. La pression ne diminue pas leur volume ; ces kystes grossissent lentement, se réunissent parfois aux kystes voisins. Mais ils n'ont jamais un volume considérable et différent ainsi beaucoup des kystes glandulaires pouvant atteindre les dimensions d'une grosse amande et remplir le cul-de-sac conjonctival qui est leur point d'élection, à sa partie externe, à cause des glandes qu'il contient. Nous représentons ici côte à côte (fig. 10 et 11) un kyste lymphatique et un kyste glandulaire.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les caractères objectifs et

les signes physiques des kystes lymphatiques : nous y reviendrons plus loin à propos du diagnostic différentiel.

Anatomie pathologique. — On sait que la conjonctive bulbaire présente un double réseau lymphatique : un réseau profond situé dans le tissu épiscléral et un réseau superficiel situé dans le tissu sous-conjonctival.

Les lymphatiques superficiels ont été divisés par Teichmann en deux groupes : les lymphatiques de la conjonctive cornéenne et ceux de la

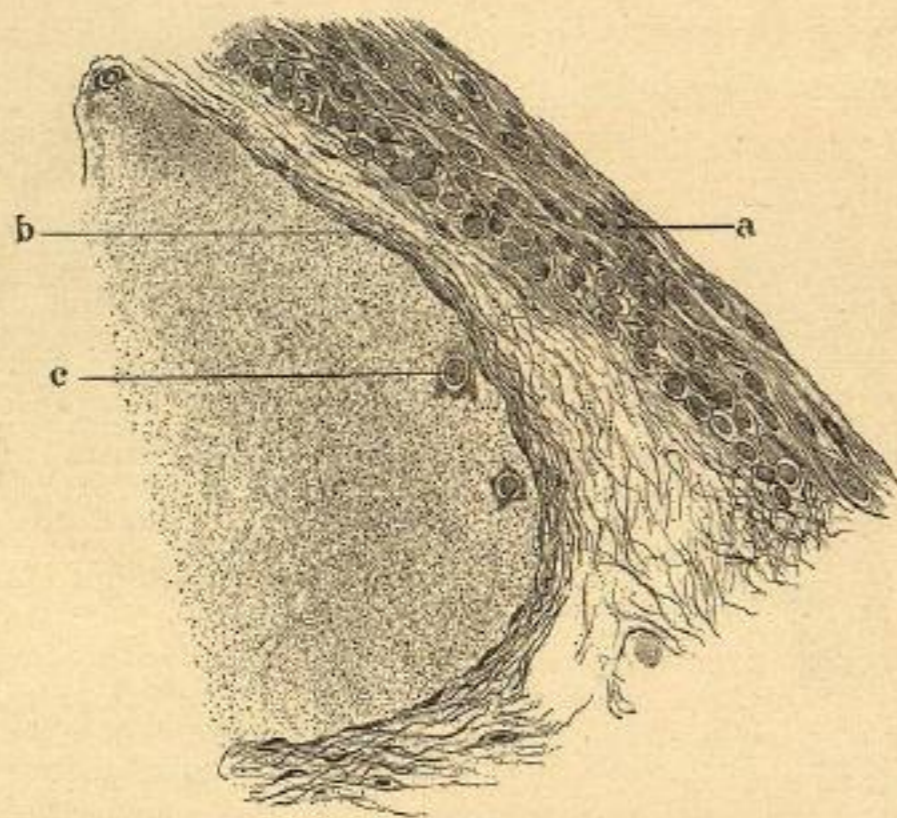


FIG. 12. (DELECGUILLERIE.) — Kystes lymphatiques de la conjonctive.
a. Épithélium muqueux. — b. Stroma conjonctif. — c. Cellules lymphatiques dans un liquide coagulable grenu.

conjonctive sclérale. Les premiers forment autour de la cornée un élégant réseau, se terminant du côté de la pupille par des prolongements effilés. L'autre réseau présente des dimensions plus considérables ; il est, comme le premier, composé d'anastomoses dilatées en ampoules au point de réunion de deux vaisseaux ; les deux réseaux communiquent avec les lacunes cornéennes et scléroticales.

C'est dans ces lymphatiques que se développent les kystes de diverses catégories dont nous venons de retracer rapidement les symptômes.

La paroi de la tumeur est formée par une couche de tissu conjonctif, mince, plus colorée par les réactifs que le reste du tissu sous-conjonctival et renfermant un assez grand nombre d'éléments fusiformes. Cette couche ne contient pas de fibres musculaires, ce qui tend à démontrer que la dilatation lymphatique s'est faite aux dépens de capillaires ; mais il faut bien reconnaître que les fibres musculaires des gros lymphatiques, assez difficiles à voir à l'état normal et même niées par quelques auteurs, auraient pu s'atrophier pendant la production de l'ectasie.

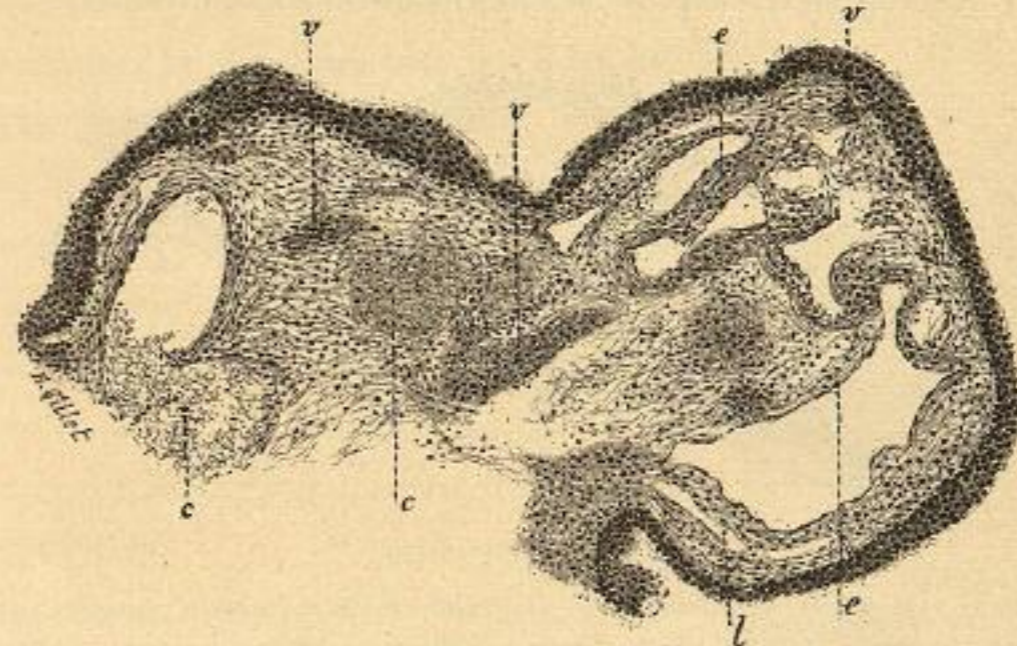


FIG. 13. (Jocqs.)

l. Lymphatiques dilatés. — e. Endothélium. — v. Vaisseaux sanguins. — r. Contenu granuleux.

A la face interne de cette paroi se trouve une couche d'endothélium qui n'est pas partout continue.

Ce sont, dit Jocqs¹, les préparations colorées au picro-carmin qui montrent le mieux le revêtement endothélial. « Les noyaux du tissu ambiant sont peu distincts ; il en est de même des noyaux de l'endothélium, mais on voit mieux une mince paroi qui tapisse l'intérieur des cavités, et, faisant relief sur cette paroi, les cellules mal colorées mais suffisamment indiquées de l'endothélium. Ces cellules ne font pas cependant une couche continue. »

Sourdille² a publié, sous le titre de *kyste séreux congénital*, un cas de

¹ Jocqs. Lymphangiectasie de la conjonctive bulbaire. *Société française d'opht.*, 1898, p. 145

² SOURDILLE. Kyste séreux congénital (lymphangiome kystique) de la conjonctive bulbaire. *Arch. d'opht.*, 1898, p. 673.

lymphangiome kystique qui doit être placé à côté du cas de Jocqs. Le microscope démontra que la paroi du kyste, très mince, était tapissée par une rangée unique de cellules endothéliales aplaties; au-dessous de la couche endothéliale se trouvait une lame de tissu homogène formant la paroi proprement dite du kyste.

Le cas de Sourdille, comme celui de Siméon Snell¹ qu'il signale dans son travail, comme celui antérieur de Jocqs, mérite le nom de *lymphangiome* autant que celui de kyste lymphatique; à ce titre ils pourraient prendre place dans le chapitre des angiomes de la conjonctive; mais on

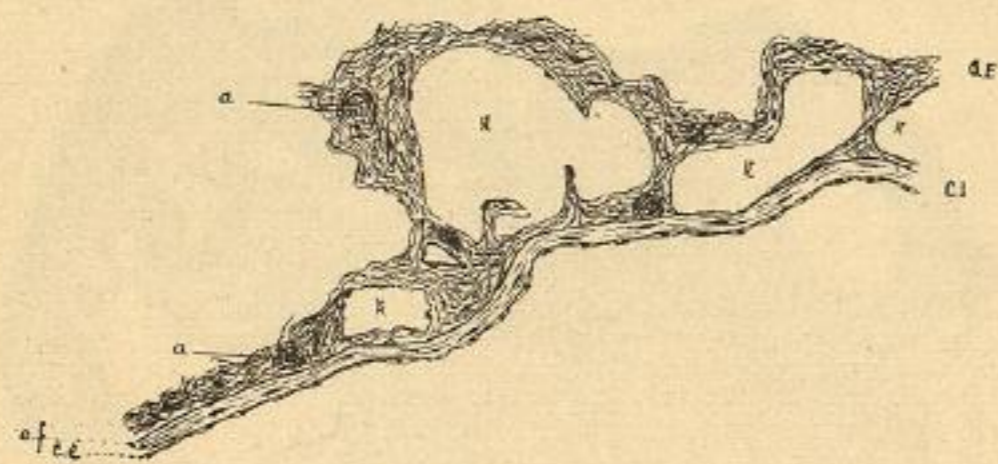


FIG. 14. (SOURDILLE.)

a. Capillaires sanguins et lymphatiques. — cc. Tissu fibrillaire formant la couche externe. — cf. Tissu homogène formant la 2^e couche; au-dessus se trouve la couche endothéliale. — kk. Cavités kystiques.

comprend tout ce qu'une pareille distinction sur ce sujet aurait d'arbitraire et d'inutile et nous n'insisterons pas.

Quoi qu'il en soit, le contenu des kystes lymphatiques se compose de granulations plus ou moins grosses et de globules blancs dont le nombre varie beaucoup selon les préparations.

Les examens anatomiques les plus précis tendent à montrer que les kystes lymphatiques sont situés superficiellement. Deleccuillierie a observé que le réseau vasculaire périkératique, rendu apparent par certaines affections intercurrentes, était situé beaucoup plus profondément que la tumeur et restait complètement immobile lorsqu'avec la conjonctive on faisait mouvoir la dilatation située au-dessus de lui; l'examen histologique a montré au même auteur que, dans toutes les coupes, les

¹ SNELL. *British medical Journal*, 16 juillet 1898.

dilatations étaient situées dans le derme de la muqueuse, à une distance souvent très petite de l'épithélium conjonctival.

Les cavités lymphatiques ainsi constituées ont d'ailleurs des formes très variables: dans les cas de simples dilatations, elles se présentent sous l'aspect de tubes incomplètement et irrégulièrement cloisonnés avec des étranglements et des dépressions ampullaires moniliformes; es dimensions de la cavité varient d'ailleurs beaucoup avec la tension du contenu; quand la tension est forte, la cavité tend à s'arrondir.

Il serait intéressant de savoir si, dans le réseau lymphatique, ce sont les capillaires ou les vaisseaux qui sont intéressés; il est probable qu'il s'agit surtout des capillaires, et avec Deleccuillierie nous pouvons invoquer trois raisons à l'appui de cette assertion:

1^o L'affection siège surtout à l'angle interne et externe, au niveau des parties avoisinant la cornée; or, à ce niveau, il n'y a que des capillaires.

2^o La disposition des dilatations lymphatiques est tout à fait irrégulière, comme celle des capillaires qui forment des mailles serrées, reliées entre elles par des branches transversales; les vaisseaux lymphatiques ont des mailles plus allongées et plus régulières.

3^o Le troisième et le meilleur argument est tiré de la *structure histologique*; on trouve dans la poche kystique tous les caractères anatomiques de la paroi du capillaire.

En terminant cet exposé d'anatomie pathologique, signalons les caractères qui séparent les kystes lymphatiques des kystes séreux glandulaires.

A. — Les kystes lymphatiques s'accompagnent souvent d'un véritable réseau lymphatique qui manque dans les kystes glandulaires.

B. — Les kystes glandulaires ont une forme régulière, arrondie, tandis que les kystes lymphatiques sont moniliformes, ampullaires, irréguliers.

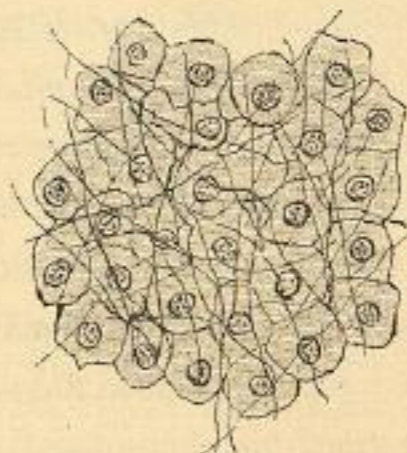


FIG. 15. — Cellules endothéliales aplaties tapissant la cavité kystique. (SOURDILLE.)

C. — Enfin la structure de la paroi diffère essentiellement, puisque dans les cas de kyste séreux glandulaire ou par inclusion on trouve constamment un épithélium très différent de l'endothélium qui tapisse les cavités du kyste lymphatique.

Étiologie et Pathogénie. — La donnée étiologique la plus constante est l'*irritation chronique de la conjonctive*; presque tous les malades porteurs de kyste lymphatique sont atteints de catarrhe plus ou moins ancien. Il est permis d'admettre que l'état inflammatoire entraîne une gêne de la circulation lymphatique et que les vaisseaux de la lymphe se dilatent comme se forment les varices quand le sang circule mal.

Les *vices de réfraction* peuvent jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection, car on sait que ces vices de réfraction non corrigés entraînent une hyperhémie de la conjonctive et causent dans la circulation de toutes les annexes de l'œil un obstacle très redoutable. De même les professions qui obligent à fatiguer l'œil, celles qui l'exposent à la poussière peuvent, en occasionnant la fluxion conjonctivale, provoquer l'apparition des dilatations lymphatiques.

Il ne faudra pas s'étonner de rencontrer la lymphangiectasie conjonctivale chez les sujets atteints d'éléphantiasis; c'était le cas du malade de Joëqs, dont la peau était tendue, comme épaissie par une hypertrophie générale, les paupières supérieures et les lèvres œdématisées.

En pareil cas, la lésion conjonctivale n'est qu'un épiphénomène dans l'état général.

Au point de vue étiologique, on peut en somme diviser les kystes ou dilatations lymphatiques de la conjonctive en deux catégories: 1° ceux qui résultent d'une *irritation locale chronique*, d'un obstacle à la circulation de la lymphe dans la région de la conjonctive; 2° ceux qui dépendent d'une *affection générale* retentissant sur d'autres parties de l'appareil lymphatique: paupières, face, ganglions.

A côté des kystes lymphatiques, que nous opposons aux kystes glandulaires et à ceux par inclusion, il convient de placer les *kystes hématiques*. Ces derniers contiennent du sang, comme leur nom l'indique, et leur paroi, adhérentement creusée dans le tissu cellulaire, est tapissée

par l'endothélium de ce tissu; ce sont par conséquent des kystes à endothélium qui ne doivent pas être confondus avec ceux des deux premières catégories, les kystes par inclusion et les kystes glandulaires qui sont tous des kystes à épithélium. Mitwalsky¹ a écrit sur les kystes hématiques un travail utile à consulter.

Il existe une autre variété de kystes dont nous n'avons pas encore parlé, ce sont ceux qui résultent de la *communication des milieux de l'œil avec le tissu sous-conjonctival*. Ils sont la conséquence d'un traumatisme ou d'une perforation spontanée et représentent en somme une cicatrice plus ou moins distendue. Dans notre classification, la place de ces kystes ne peut être dans le groupe des kystes à épithélium, ils n'en contiennent pas; ce ne sont pas davantage des kystes lymphatiques; en réalité, ce ne sont pas de vrais kystes et c'est uniquement pour ne pas laisser de côté un certain nombre de faits, partout signalés comme des kystes sous-conjonctivaux, que nous citerons ici ce genre de productions kystiques dont un type a été décrit par Rumschewicht², chez une femme de 24 ans qui avait très probablement, pendant la vie intra-utérine, été atteinte d'un ulcère cornéen marginal ayant abouti à une cicatrice que la tension intra-oculaire avait fortement distendue.

Les *kystes précornéens* consécutifs à des traumatismes (Schön, Arlt) sont peut-être souvent dus à des cicatrices distendues; dans tous les cas ce ne sont point des kystes de la conjonctive à proprement parler, mais de véritables affections du globe oculaire qu'il ne faut relater ici que pour faire ressortir en quoi ils diffèrent des véritables kystes conjonctivaux.

Telles sont les considérations principales que mérite l'étude des kystes lymphatiques de la conjonctive; nous en aurons fini avec eux lorsque nous aurons dit que les kystes, lorsqu'ils sont d'un petit volume, peuvent être sans inconvénient abandonnés à eux-mêmes; lorsque, par leur volume considérable, ils gênent le patient, leur excision ne présente aucune difficulté.

¹ MITWALSKY. *Centralblatt f. praktische Augenheilk.*, 1893.

² RUMSCHEWICHT. *Archiv für Augenheilkunde*, t. XXXV, p. 295, 1897.