

Il y avait à peine une légère injection sur la tumeur qui adhérait de tous côtés à la conjonctive, mais pas à la sclérotique sous-jacente.

Le poids de la tumeur était 45 milligr., sa longueur de 8 millim., sa largeur de 5 millim. 5, sa hauteur de 2 millim. 5. Convexe à sa surface, elle était concave du côté de la sclérotique. Ce fut seulement lorsqu'on saisit la tumeur avec la pince qu'on reconnut sa nature osseuse ou calcaire.

Le microscope démontra, au Dr Welch qu'il s'agissait d'un véritable tissu osseux.

CAS DE VIGNES¹. — Un petit garçon de deux ans, bien portant et sans antécédents héréditaires, présente, entre les muscles droits interne et supérieur de l'œil gauche, une légère éminence ovoïde à surface convexe, longue d'environ 8 millimètres, large de 5 à 6, épaisse de 4 à 5. Sa direction est oblique de dehors en dedans et de haut en bas. Son extrémité inférieure reste distante d'un demi-centimètre du limbe scléro-cornéen et devient seulement apparente alors que l'œil regarde en bas et en dedans pendant que l'on attire la paupière légèrement en haut. Son relief se dessine à travers l'épaisseur de la paupière supérieure. Celle-ci, ectropionnée, laisse voir que la conjonctive qui recouvre la petite tumeur est plus tendue, plus pâle, tandis qu'au pourtour de la base, la muqueuse et les tissus ambiants paraissent être le siège d'une légère vasculisation anormale.

La conjonctive est mobile à la surface du néoplasme, qui paraît solidement implanté sur la membrane sclérale; mais ce signe reste d'une appréciation douteuse, tant à cause de la mobilité naturelle du globe que du petit volume de l'excroissance. Sa consistance est dure, résistante, pierreuse.

L'examen ophtalmoscopique permet de constater l'intégrité absolue des membranes internes au point correspondant à son insertion avec la sclérotique.

La mère ne peut nous fournir aucun renseignement sur l'époque de l'apparition de la néoplasie; il y a quelques jours seulement qu'elle s'est aperçue de son existence.

L'intervention opératoire est des plus simples; après incision de la conjonctive, il suffit de quelques coups de ciseaux pour détacher le petit ostéome du plan scléral.

Entièrement séparé de l'œil, il a la forme d'un ménisque concave convexe, à face supérieure lisse, pâle, arrondie et d'aspect cartilagineux. La face inférieure, légèrement concave, figure le moule en creux de la partie sous-jacente de la sclère; elle est hérissée d'une touffe de filaments de tissu connectif qui en constituaient le pédicule.

Le tissu osseux est recouvert par une seule membrane fibreuse, fort ténue, qu'il est impossible de pouvoir isoler.

Mon excellent ami, le docteur Vignal, a bien voulu faire l'examen de la pièce, au Collège de France; voici la note qu'il m'a envoyée: « La pièce est formée uniquement de tissu conjonctif, au sein duquel s'était développé du tissu osseux de nouvelle formation. Ce tissu osseux, formé de plusieurs trabécules contenant de véritables cellules osseuses, présentait exactement l'aspect et la structure des os plats du crâne en voie de formation, c'est-à-dire que c'était un os développé aux dépens du tissu conjonctif sans avoir passé par une phase de cartilage.

CAS DE GALTIER². — Il y a environ six ans, une fillette d'une dizaine d'années (de

¹ VIGNES. *Société française d'ophtalmologie*, 8 août 1889.

² GALTIER. *Annales d'Oculistique*, 1895, p. 186.

Beaucaire), grande, forte, d'une santé apparente superbe, me fut amenée pour une particularité de son œil droit dont elle ne se doutait pas. Comme cet œil, dans sa partie supérieure, s'injectait légèrement, son institutrice l'engagea à voir un médecin.

Cette enfant n'accusait aucune gêne notable, et si on ne l'eût remarqué pour elle, elle ne se plaignait pas de cet œil. Quand elle regardait en bas et en dedans, on constatait, au niveau de l'équateur de l'œil, en haut et un peu en dehors, une saillie bien délimitée ayant la forme et les dimensions d'un gros pois légèrement aplati. A son niveau, la muqueuse bulbaire soulevée était congestionnée. Cette saillie, assez résistante, était légèrement mobile sur l'œil, mais son glissement était fort restreint et on sentait qu'elle adhérait solidement à la muqueuse qui la recouvrait.

Comme cette tumeur était assez volumineuse, et comme on pouvait s'assurer que sa base ne faisait pas corps avec le globe oculaire, je proposai de l'enlever: je commençai par l'inciser lentement dans son plus long diamètre et j'essayai ensuite de la séparer des parties voisines. Mais comme elle était très solidement fixée, j'eus beaucoup de peine. La saisissant alors en masse avec une pince à griffes et la soulevant autant que possible, je l'excisai à petits coups de ciseaux et l'enlevai dans sa coque cellulomucuseuse. Quel ne fut pas mon étonnement, en la disséquant, de trouver un contenu dur, absolument osseux et d'un tissu très compact. Cet os avait tout à fait la forme générale d'une écaille d'huître, avec une surface concave très lisse et polie qui s'appuyait sur le globe oculaire et une face supérieure convexe, rugueuse et bosselée, très adhérente à la muqueuse bulbaire; comme dimensions, elle avait un centimètre dans son plus grand diamètre sur 7 millimètres de largeur.

Je l'adressai au laboratoire d'histologie de Montpellier, espérant que le microscope m'éclairerait sur sa nature. Avais-je affaire à un néoplasme ou à un fragment d'os normal accidentellement détaché d'une des parois de l'orbite? Il me fut répondu par ce simple renseignement verbal: « Cette tumeur osseuse paraît être du tissu osseux normal. »

J'avais d'autant plus naturellement à me poser cette question qu'il y avait dans l'histoire de cette enfant un détail spécial de grande importance:

Environ six à sept mois avant, vers le soir, quelques gamins la poursuivaient, tandis que d'autres, tendant brusquement une corde sur son passage, l'avaient fait choir, le front contre le sol, avec une extrême violence et une telle rapidité qu'elle ne put assez vite étendre ses mains et protéger son visage. Cette enfant se rappelait que c'était surtout le côté droit du visage et du front, et par conséquent le rebord orbitaire supérieur, qui avait heurté le sol. Elle fut comme assommée par cette chute, mais le lendemain elle n'éprouvait presque rien et fut aussitôt guérie. Du reste, l'enfant n'indiquait rien à l'œil à cette époque.

Galtier crut devoir expliquer ce fait par un traumatisme antérieur ayant projeté sur la conjonctive une parcelle osseuse capable de s'y greffer. Il n'est pas douteux en effet qu'à la suite d'un traumatisme portant sur le rebord orbitaire, un fragment osseux puisse se détacher et s'inclure dans une région voisine. Fouchard¹ a rapporté un bel exemple d'un

¹ FOUCHARD. *Revue générale d'Opht.*, 1875, p. 217.

fragment osseux appartenant au rebord sous-orbitaire, enkysté derrière le corps ciliaire à la suite d'un traumatisme ; mais pour le fait de Galtier une pareille pathogénie n'est en rien démontrée ; il est plus naturel d'admettre qu'il s'agit d'une affection congénitale de la conjonctive, d'un tératome osseux sous-conjonctival.

Le cas de Cirincione mérite d'être résumé longuement à cause du soin avec lequel il a été recueilli.

CAS DE CIRINCIONE¹. — Il s'agit d'une femme de 36 ans, portant sur l'œil droit, dans la région supérieure et externe, un néoplasme de 12 millim. de long sur 4 millim. de large, de consistance très dure.

La malade ne s'était jamais aperçue de cette masse logée dans sa conjonctive ; elle ne peut rien dire, en ce qui la concerne, qui permette d'établir l'époque probable de son apparition, le mode d'accroissement, etc. On constate une petite masse de résistance fibreuse non adhérente au bulbe et intimement connexe à la conjonctive, et l'on fait le diagnostic de fibrome conjonctival. Avec deux incisions latérales réunies par deux autres en sens opposé, la petite néoformation est enlevée ; ensuite, par glissement de la muqueuse voisine, on répare la perte de substance au moyen de trois points de suture. La guérison vint en trois jours. On immergea le morceau excisé dans une solution saturée de sublimé ; en le distendant, j'eus l'idée de le piquer dans sa surface postérieure et je m'assurai qu'il avait une résistance osseuse.

Alors à l'aide d'un rasoir mené avec une certaine force, parce que le noyau logé dans le centre de la pièce montrait une dureté extraordinaire, je coupai en deux la néoplasie et constatai qu'elle était formée ou traversée vraiment d'un os compact. Celui-ci formait une lamelle épaisse d'environ 1 millim., large de 5 millim. et longue de 8 millim. Je décalcifiai pendant trois semaines les deux morceaux dans l'acide picrique (solution saturée) et colorai l'une avec le carmin, l'autre avec l'hématoxyline.

A l'examen histologique se relèvent les particularités suivantes :

L'épithélium manquant en quelques endroits, à cause des mauvais traitements subis par le morceau dans la section en deux, ne présente aucun fait digne d'être noté ; il est pavimenteux, stratifié et çà et là épaissi.

Le parenchyme conjonctival, au contraire, a subi une légère modification d'aspect par l'augmentation de la partie fibrillaire et par la diminution proportionnée de ses propres éléments cellulaires.

Dans le milieu s'observe aussi une grande richesse de capillaires qui se détachent vivement par leur couleur orangée communiquée par l'éosine aux corpuscules rouges.

Le tissu sous-conjonctival a une structure fibreuse beaucoup plus compacte qu'à l'ordinaire et mérite d'être distingué en deux couches, une intimement adossée à l'ostéome et l'autre plus périphérique qui établit la connexion avec le tissu propre de la muqueuse. La couche interne entoure de toute part en guise de périoste la plaque

¹ G. CIRINCIONE. *Lavori d. clin. oculistica. Università di Napoli*, 1895, et *Annali di oftalmologia*.

osseuse, et du périoste de l'os compact (tibia, maxillaire, etc.) elle a tous les caractères. Elle est formée de plusieurs zones concentriques de délicates fibrilles, très rapprochées entre elles, où sont intercalés des noyaux allongés vivement teints par l'hématoxyline.

Au-dessous de ce périoste se trouve le tissu osseux ; dans différents endroits ce tissu circonscrit des bouchons de substance connective ; dans d'autres il les inclut dans son sein et c'est dans des vaisseaux de cette substance que l'os trouve la matière pour sa nutrition. Ces bouchons, en quelques points, sont représentés seulement par un vaisseau, dans d'autres on y trouve du tissu conjonctif, parfois myxomateux. Probablement, plus tard, par la transformation de ces éléments en corpuscules osseux et l'accroissement centripète de la substance osseuse, les lacunes auraient disparu et la portion compacte de la plaque osseuse aurait augmenté. Des petits vaisseaux étaient disposés concentriquement autour et formaient, avec la substance fondamentale, des lamelles qui en rien ne différaient, sinon par les plus petites dimensions, des lamelles de Havers des os normaux.

La portion osseuse est constituée d'une lamelle unique plus épaisse d'un côté, et à marges parfaitement arrondies, de sorte que dans les sections transverses elle affecte la forme d'une masse. Sa coloration est la couleur jaune orangé des os adultes traités avec l'acide picrique et l'éosine, excepté dans la couche plus périphérique où la substance fondamentale osseuse a une légère teinte blenâtre. En quelques points on rencontre du tissu cartilagineux ; on ne voit pas trace de processus inflammatoire ossifiant.

Il s'agit donc d'un ostéome pur de la conjonctive, primitivement né et logé dans la couche sous-muqueuse.

Après cette longue observation de Cirincione, citons les faits d'Hartridge et de Heustis.

CAS DE HARTRIDGE¹. — Un enfant âgé de trois mois fut amené à Hartridge pour avoir son avis au sujet d'une tumeur du globe oculaire droit, remarquée trois jours après la naissance. Elle avait une forme ovale et était située à la partie supérieure externe du globe, entre l'insertion des muscles droits supérieur et externe, et mesurait environ 12 millimètres de long sur 5 millimètres de large ; elle commençait à environ 5 millimètres du bord de la cornée et s'étendait en dehors et en arrière du cul-de-sac supérieur dans lequel la face postérieure se perdait. Elle était couverte par une légère pellicule épithéliale. Pendant l'ablation de la tumeur, on trouva qu'elle consistait en deux parties, une superficielle molle et mobile, et une profonde, dure et attachée à la sclérotique. Cette dernière fut séparée aisément de la première et ressemblait à une petite dent incisive centrale sans racine. La tumeur, examinée au microscope, était composée de tissu osseux.

HEUSTIS² a observé un homme de 23 ans qui présentait sous la paupière supérieure une tuméfaction bosselée, irrégulière, de couleur jaunâtre, mobile sous la conjonctive. Il s'agissait d'une lamelle osseuse ayant 7 millim. de longueur sur 4 de largeur et 2 d'épaisseur.

¹ HARTRIDGE. *Transact. ophthalmol. Society*, vol. XV, 1895.

² HEUSTIS. *Osteoma of the conjunct. Ann. Oph. Saint-Louis*, 1899.

Ce qui frappe dans la lecture de ces observations, c'est le siège constant des productions osseuses dans le segment externe et supérieur de l'œil; c'est aussi là le point d'élection des tumeurs dermoïdes et des lipomes sous-conjonctivaux.

On remarque à cette lecture qu'il s'agit de sujets jeunes ou chez lesquels la tumeur existait depuis la naissance, au moment où ils se présentent à l'observateur. L'ostéome sous-conjonctival est, en somme, une affection congénitale.

Sa cause est dans un trouble de développement du feuillet moyen, et la meilleure pathogénie qu'on puisse en donner consisterait à dire que pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, la tête du fœtus vient comprimer la paroi du sac amniotique à cause d'une insuffisance pathologique de l'amnios. Une pareille compression peut déterminer la formation d'une bride et consécutivement d'un colobome et d'un dermoïde, selon la théorie exposée plus haut (v. page 63), mais il arrive que la compression n'est pas durable et que l'état normal se reproduit assez vite pour que de graves désordres soient évités; quelques éléments du feuillet moyen déjà différenciés et devant former de l'os ont cependant été déplacés et désormais sont anormalement situés sous le sac conjonctival où, continuant leur évolution, ils feront un ostéome.

Ce processus pathogénique fait bien comprendre pourquoi l'ostéome sous-conjonctival peut coexister avec une tumeur congénitale et faire en quelque sorte partie de cette dernière, comme A. Coutino¹ l'a récemment observé.

Les examens histologiques des onze faits que nous venons de reproduire n'ont d'ailleurs pas tous été pratiqués avec une égale attention. Les cas de Schafford Walker, Watson, Anderson Critchett sont plus que sommaires, et nous les avons rapportés parce que dans cette étroite question des ostéomes sous-conjonctivaux il convient de ne rien omettre.

Dans les observations de de Græfe, Sæmisch, de Wecker, Galtier, Loring, Critchett, il nous faut nous contenter de l'affirmation de l'auteur disant que la pièce était constituée par un véritable tissu osseux.

¹ A. COUTINO. Contributo allo studio del lipoma et dell' osteoma della congiuntiva. *La Clinica oculistica*, professeur Cirincione, Aprile-Maggio 1900.

Les observations de Vignes et de Cirincione sont les plus détaillées. Cette dernière mérite notamment toute notre attention. Il s'agit d'une malade qui portait dans l'œil droit, à la région supérieure et externe, une tumeur dont elle ne peut indiquer le début et qui était probablement congénitale. La nature de la tumeur est attentivement étudiée et on a vu plus haut ce que dit l'auteur de la structure du tissu osseux et péri-osseux ainsi que du mode d'accroissement de l'ostéome.

Nous n'insisterons pas davantage sur les particularités anatomiques et cliniques de l'ostéome sous-conjonctival, véritable rareté dont nous n'avons observé aucun fait personnel et qui ne nous paraît pas mériter de plus longues considérations générales.