

dinaire de cas graves dans la série observée par Putiata Kerschbaumer, mais il faut remarquer que cet auteur, ayant surtout en vue l'anatomie pathologique, n'a étudié le sarcome épibulbaire que sur des yeux énucléés.

En clinique, il n'y a pas 7 cas malins de sarcome épibulbaire sur 9, mais il n'en est pas moins constant qu'il faut compter avec cette malignité pour les sarcomes aussi bien que pour les épithéliomas.

Les tumeurs épibulbaires sont d'habitude des épithéliomas ; n'est-il pas rationnel d'admettre que des épithéliomas puissent gagner en profondeur les tissus sous-jacents, quels qu'ils soient ? Pourquoi le globe de l'œil échapperait-il toujours aux atteintes de ce mal redoutable ?

D'autre part, lorsque nous constatons, à l'examen anatomique d'un œil, une tumeur épithéliale pavimenteuse intérieure et une tumeur de même nature sur le bulbe, n'est-il pas évident que l'affection a son point de départ dans la conjonctive et non dans les membranes profondes de l'œil, qui sont incapables de donner primitivement naissance à une tumeur de ce genre ?

Ce n'est pas sans étonnement que nous avons rencontré sous la plume du professeur Panas¹, la phrase suivante :

« L'ulcération est très rare et s'observe seulement dans les cancroïdes purs. La masse épithéliale envahit alors la chambre antérieure, l'iris et le corps ciliaire. Cette particularité porte à croire qu'il s'agit de néoplasmes cavitaires ayant envahi le limbe après coup. »

D'après cet éminent pathologiste, les cancroïdes pourraient donc se développer d'abord dans l'intérieur de l'œil aux dépens du tractus uvéal, pour gagner le limbe et sortir à ce niveau. Il y a en effet, et nous en avons publié une observation² avec le professeur Badal, des épithéliomas cylindriques qui se développent aux dépens de la glande de l'humeur aqueuse ; mais ces tumeurs sont d'une structure très caractéristique et ne ressemblent en rien aux tumeurs épibulbaires.

Il est irrationnel, contraire aux lois les plus solides de l'anatomie pathologique, d'admettre, en présence de deux tumeurs épithéliales pavi-

¹ PANAS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 284.

² BADAL et LAGRANGE. Carcinome primitif des procès et du corps ciliaire. *Archives d'ophth.* 1892, p. 143.

menteuses lobulées, cancroïdales, l'une intra-oculaire, l'autre épibulbaire, que la seconde est l'émanation de la première ; il est au contraire conforme à toutes les observations connues de faire naître la tumeur primitive dans la conjonctive.

Dans notre cas, nous n'aurions pas trouvé le trait d'union des deux parties du néoplasme, que cette vue théorique nous eût paru suffisante pour affirmer que le mal avait marché de dehors en dedans ; mais puisque nous avons trouvé ce trait d'union, que nous avons suivi dans tous ses stades l'évolution du mal, on nous pardonnera d'appuyer sur la haute signification de ces détails.

Notre sixième observation (p. 143) est donc un exemple formel, indiscutable d'épithélioma bulbaire ayant pénétré à travers le limbe dans la cavité oculaire. Sans être positivement niée, cette propagation de la tumeur épibulbaire est, par la grande majorité des ophtalmologistes, considérée comme négligeable. Beaucoup même croient fermement que les tumeurs sortent de l'œil, mais n'y rentrent jamais.

Les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises, à la Société d'ophtalmologie de Paris, montrent bien l'état des esprits à ce sujet. Nous croyons inutile de reproduire ici les arguments donnés par ceux qui s'obstinent à méconnaître la facilité relative avec laquelle les tumeurs épibulbaires peuvent gagner l'intérieur de l'œil par la soudure scléro-cornéenne. Les considérations qui précèdent infirment cette opinion.

3. — Symptomatologie.

Au début, l'affection se présente quelquefois sous la forme d'une conjonctivite phlycténulaire avec de l'épisclérite chronique (Hermann Demme). A ce moment, il n'est pas rare que la lésion, méconnue, ne soit à plusieurs reprises cautérisée au fer rouge ou au nitrate d'argent. Avec ou sans cautérisation intempestive, la petite production morbide augmente peu à peu et prend ses caractères définitifs.

Le siège de l'épithélioma de la conjonctive bulbaire est variable. Panas estime qu'il est de beaucoup plus fréquent à la partie externe et que c'est là une analogie frappante entre cette tumeur et les dermoïdes congéni-

taux. Cela est vrai pour l'épithélioma du limbe ; mais lorsque le mal siège à quelque distance de la cornée, il est souvent placé en dedans de cette membrane, entre le limbe et la caroncule.

Dans les premiers temps, c'est sous la forme verruqueuse que la tumeur se présente (fig. 51 et 52) ; son volume est à peu près celui d'un petit pois, mais dans la suite il peut s'accroître beaucoup, au point que la tumeur écarte les paupières et apparaît dans leur intervalle comme une masse rouge, noircie par des hémorragies ou par la mélanose (fig. 53).

Dans certains cas, la tumeur prend et garde longtemps la forme et la

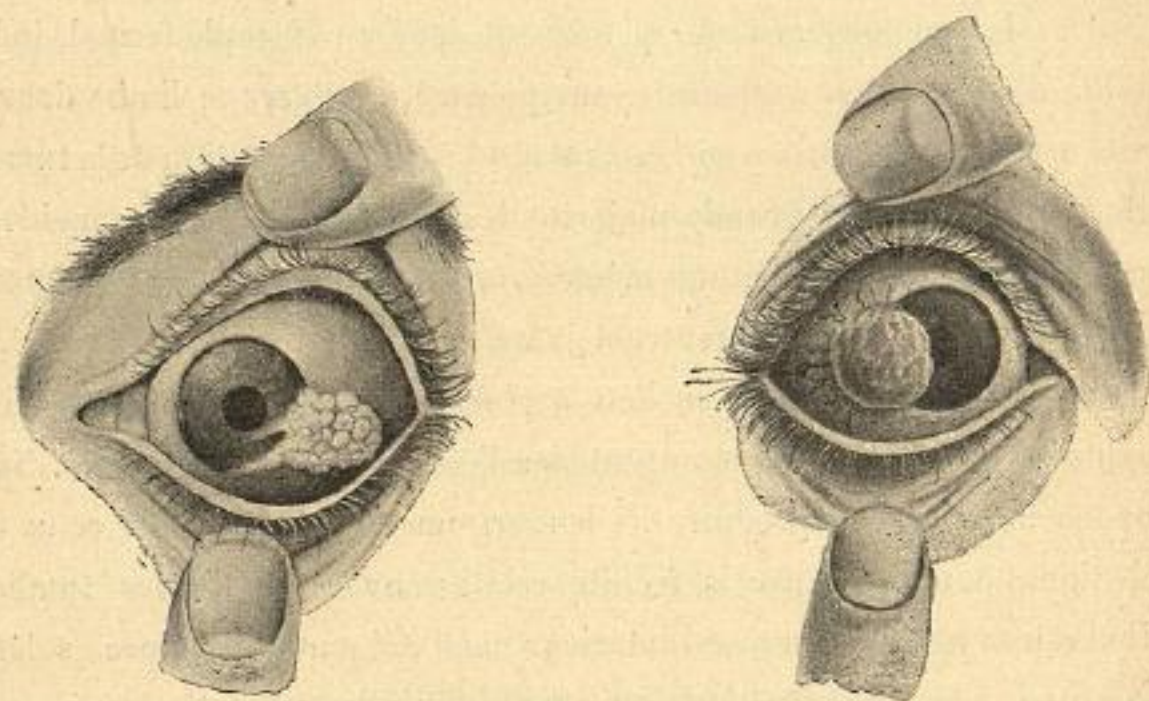


FIG. 51. — Épithélioma à forme papillaire du limbe scléro-cornéen.

FIG. 52. — Épithélioma de la conjonctive tenant au limbe par un pédicule étroit.

coloration des kystes dermoïdes et il y a lieu de bien se rendre compte des antécédents pour ne pas faire une erreur de diagnostic (Panas, Hermann Demme).

Lorsque l'épithélioma prend un grand développement, sa surface est toujours beaucoup plus large que sa base. Il est quelquefois comme pédiculé et très souvent la cornée, qui en est recouverte, n'a avec lui que des relations de contact ; il s'étale à la surface de la membrane transparente en détruisant seulement son épithélium (Guaita, Valude, Kopff). Cependant, dans les cas graves, ainsi qu'on l'a vu dans le paragraphe précédent, la cornée, dont les lamelles sont infiltrées par les cellules

épithéliales, est détruite par le néoplasme conjonctival dont les racines ont dès lors pénétré dans l'épaisseur de l'hémisphère antérieur de l'œil.

En présence d'un cas de ce genre, surtout lorsque les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires ne sont pas engorgés, il faut, avant d'en arriver à l'intervention, bien reconnaître la base du mal et chercher avec un stylet à limiter le point d'implantation.

La surface de la tumeur est d'habitude mamelonnée, rougeâtre, sanglante ; quelquefois cependant on y trouve comme une substance



FIG. 53. — Épithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire n'ayant avec la cornée que des points de contact. (KOPFF.)

crayeuse, qui recouvre quelquefois la cornée sans lui adhérer ; par le grattage, cette membrane peut reprendre sa transparence (Warlomont). Guépin, chez un de ses malades, put ainsi enlever, sans dégât, des plaques écailleuses assez épaisses.

La tumeur est habituellement unique, mais quelquefois des bosselures distinctes peuvent être placées autour d'elle (Manz).

Les hémorragies, vraiment dignes de ce nom, sont rares à la surface des tumeurs épithéliales ; aucun auteur ne signale ce symptôme comme ayant donné lieu à quelque accident fâcheux. Les mouvements des pau-

pières, les attouchements divers, toutes les causes d'irritation extérieure entraînent, à la surface, de petits épanchements sanguins dont la couleur

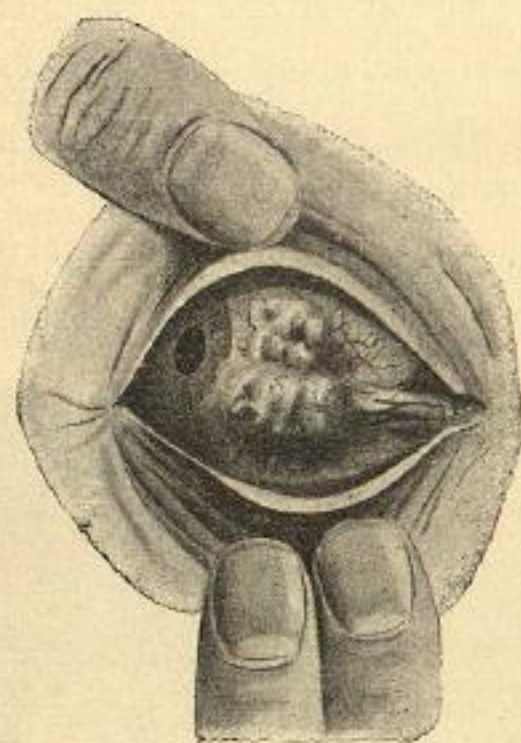


FIG. 54. — Épithélioma ulcéré de la conjonctive bulbaire.

noire tranche sur le fond rouge, framboisé, quelquefois papilliforme de la tumeur; mais cet écoulement sanguin est rarement abondant. Une sécrétion séro-purulente résulte souvent aussi des irritations précédentes (fig. 54).

On sait que les affections épithéliales retentissent facilement sur les ganglions voisins.

Galezowski, Bousquet ont constaté cet engorgement ganglionnaire, noté également dans l'une de nos observations; Pasquale Sgrosso le signale aussi plusieurs fois. Nous croyons volontiers que les recherches

n'ont pas toujours été suffisamment faites du côté des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires; mais il n'en est pas moins certain que l'engorgement ganglionnaire est rare. Ce fait jette un grand jour sur l'absence de récurrence après l'extirpation complète du mal.

§ 4. — Diagnostic.

Au début, l'épithélioma de la conjonctive bulbaire est souvent confondu avec la conjonctivite phlycténulaire. Il suffira cependant de pratiquer un examen attentif de l'œil pour reconnaître la présence d'une tumeur sous l'ulcération et ne pas rester longtemps dans un doute ou une erreur très préjudiciable au malade. La conjonctivite phlycténulaire est accompagnée d'un cortège inflammatoire plus accusé; les phlyctènes sont en général multiples, et quand elles se reproduisent, ce n'est pas à la même place. L'épithélioma ulcéré ne s'amende pas spontanément; à mesure que l'ulcération s'élargit, la tumeur fait saillie davantage;

les bords surmontent l'ulcération dont l'aspect fendillé, sanieux et l'indolence sont les caractères ordinaires.

Quand on constate sur la conjonctive une tumeur non ulcérée, on peut avoir affaire à un épithélioma, à une pinguecula, à un papillome, à la tumeur décrite par Parinaud sous le nom de *dermo-épithéliome*.

La *pinguecula* est facilement reconnaissable à son pannicule graisseux, le *papillome* à son aspect papillaire et verruqueux. Cette tumeur est d'ailleurs, en réalité, formée en grande partie par du tissu épithélial;

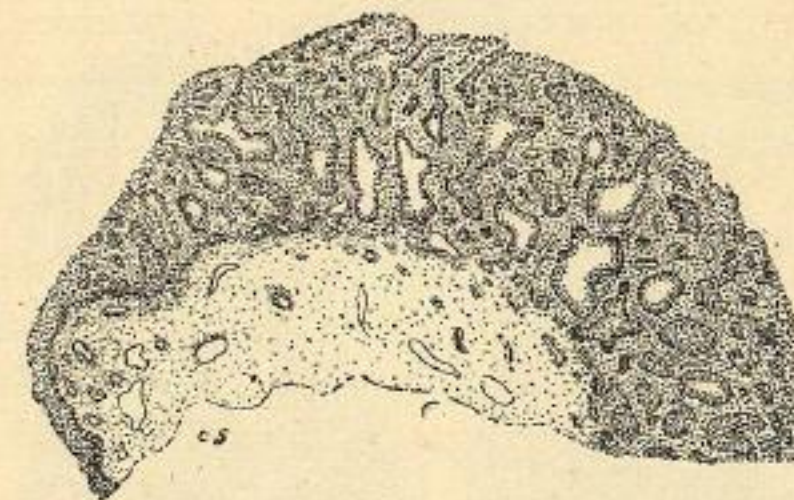


FIG. 55. — Dermo-épithéliome, masses épithéliales tantôt pleines, tantôt creusées de cavités centrales, séparées par un stroma conjonctif riche en vaisseaux sanguins. (PARINAUD.)

mais le tissu conjonctif domine et il est rare, encore que le fait soit possible, de le voir dégénérer en véritable épithélioma.

Le *dermo-épithéliome* de Parinaud¹ est peut-être une tumeur dermoïde, peut-être un épithéliome bénin (Kalt)². Dans tous les cas, ses caractères sont les suivants: la couleur rouge jaunâtre, l'aspect demi-translucide, quelquefois lobulé, le siège près du bord externe de la cornée, la tendance à se développer en nappe et à envahir la cornée sur une assez grande étendue de son bord, l'absence d'ulcérations profondes, la mobilité sur la sclérotique et enfin le jeune âge du sujet.

Ce dernier caractère est le meilleur; l'épithélioma appartient aux adultes ou aux personnes âgées, il a été très rarement constaté chez des enfants.

¹ PARINAUD. Dermo-épithéliome de l'œil. *Arch. d'opt.*, 1834, p. 849.

² KALT. Sur une tumeur bénigne de la conjonctive bulbaire. *Archives d'ophtalmologie*, 1889, p. 158.

D'ailleurs, il nous paraît à la fois inutile et impossible de tracer un diagnostic précis entre l'épithélioma bénin et l'épithélioma malin. C'est presque un abus de langage que d'accoler l'épithète *bénin* après le mot épithélioma. La transformation d'une pareille lésion est à la merci du moindre incident. L'une et l'autre variétés d'épithélioma appartiennent à la même famille et si nous rencontrons jamais chez un de nos malades le dermo-épithéliome de Parinaud, nous l'opérerons *hic et nunc* en

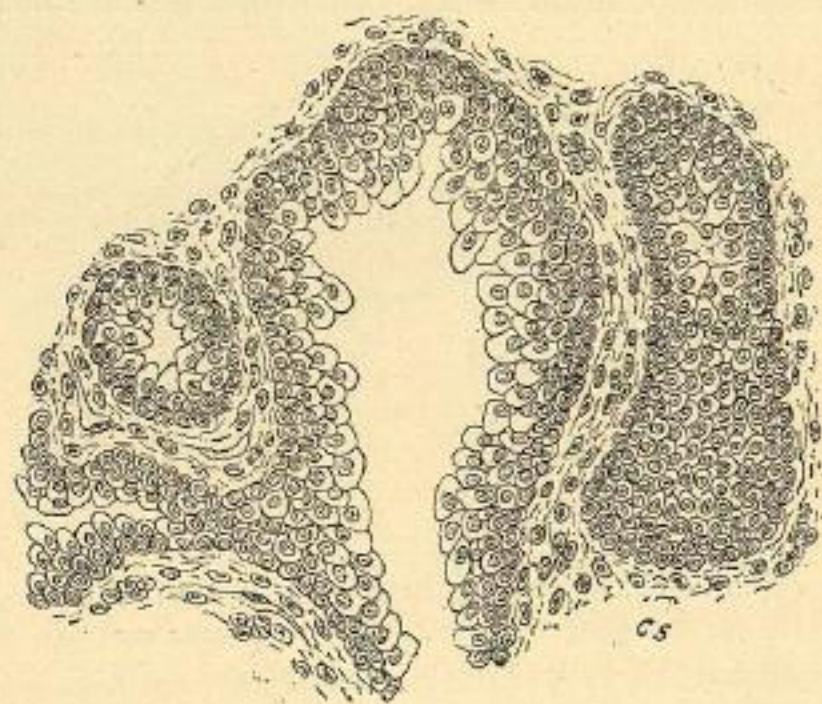


FIG. 56. — Dermo-épithéliome. Cavités centrales bordées par plusieurs couches d'épithélium composé de grosses cellules à gros noyaux et à protoplasma muqueux. (PARINAUD.)

dépassant les limites du mal, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Parinaud, se basant sur les caractères que nous avons rappelés considère ce genre de tumeurs comme une affection congénitale; mais Kalt, dans le cas évidemment analogue qu'il a étudié, n'a rien trouvé qui rappelle la structure des dermoïdes et range sa tumeur dans la classe des épithéliomas. Panas¹ interprétant cette observation de Kalt, recueillie dans son service, dit même que ce fait permet de supposer que le dermo-épithéliome de Parinaud *peut devenir malin*.

Les tumeurs dermoïdes ont pour particularité essentielle de coïncider avec d'autres vices de développement de la région : lagophthal-

¹ PANAS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 290.

mos, coloboma, kyste du sourcil, déformation de la région; elles siègent à la partie externe de la cornée. A leur surface on voit, à la loupe, des cryptes d'où s'échappent des poils; enfin, elles remontent à la naissance et sont toujours observées dans le jeune âge.

Mais ce n'est pas tout; souvent le diagnostic épithélioma est évident: une tumeur sanieuse, fissurée, grosse comme une noix, recouvre la totalité de l'hémisphère antérieur de l'œil; la vision est abolie, l'œil paraît lui-même avoir disparu; il faut alors s'enquérir des limites exactes de l'implantation; souvent, on constatera que le point de départ de la tumeur est relativement peu étendu, que le néoplasme empiète légèrement sur la cornée et qu'il est presque pédiculé malgré son développement rapide et son incontestable gravité.

Si la cornée est encore transparente, on peut apprécier l'état de la chambre antérieure et de l'iris, et les constatations qu'on y fera devront tenir une grande place dans le choix du traitement.

Après ce diagnostic concernant des affections appartenant à la clinique courante, il convient de citer, pour être complet, quelques cas exceptionnels, le lymphadénome, le nævus et la hernie de l'iris.

Le *lymphadénome* de la conjonctive est une affection absolument rare, sur laquelle nous ne connaissons que deux publications, celle de Gorecki et celle de Du Castel.

GORECKI¹ a rapporté l'observation d'une malade qui portait sur l'œil gauche, entre la caroncule et le tiers interne de la cornée, une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, indolente, lisse, très vasculaire, peu adhérente aux parties sous-jacentes, semblable enfin à un ptérygion charnu. L'examen histologique démontra à Latteux qu'on avait affaire à un lymphadénome quelque peu mélangé d'éléments sarcomateux. Huit mois après, il n'y avait pas eu de récurrence.

DU CASTEL² a présenté à la Société de dermatologie un malade qui est entré à l'hôpital en septembre 1893 pour une petite tumeur située au

¹ GORECKI. *Société d'ophtalmologie de Paris*, déc. 1892.

² DU CASTEL. Lymphadénome de la conjonctive. *franco médicale*, 1894, p. 56.

niveau de la coque oculaire de l'œil gauche. Cette tumeur avait le volume de deux grains de chènevis. En six semaines elle s'était accrue au point d'occuper toute la longueur de la paupière inférieure derrière laquelle elle était placée. Ce malade a, en même temps, une hypertrophie splénique ;

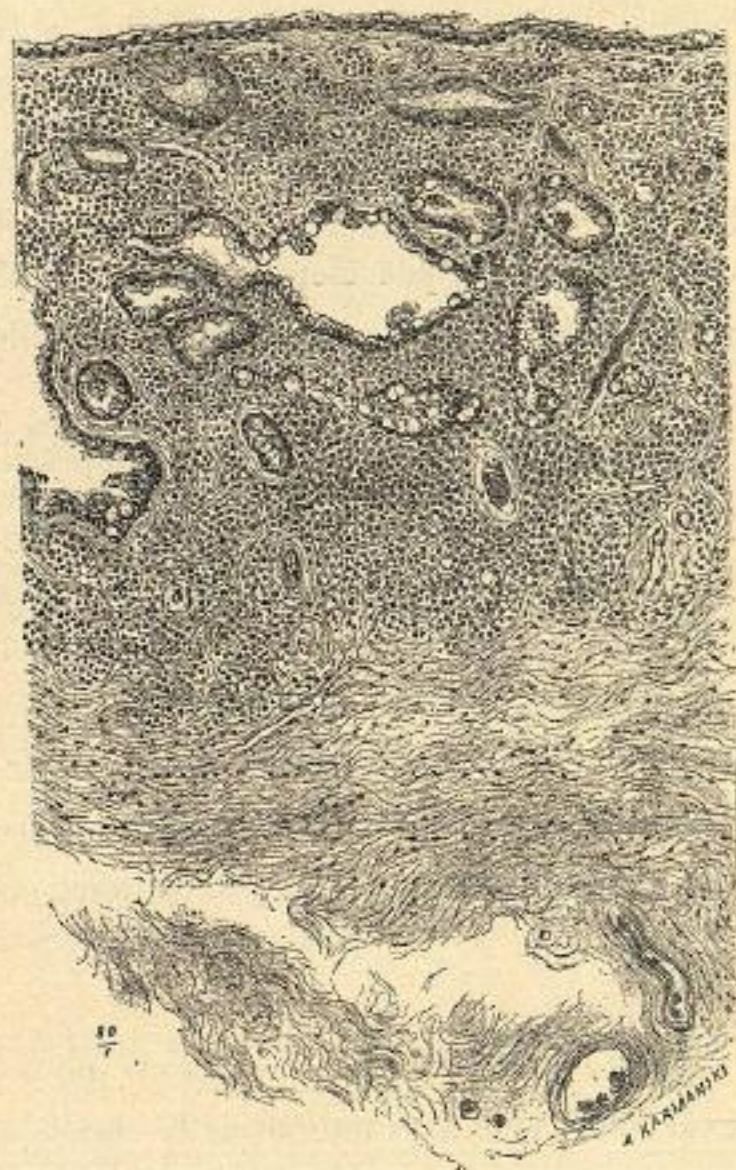


FIG. 57. — Nævus congénital du limbe en voie de transformation maligne; on y aperçoit des cavités kystiques de différentes grandeurs avec le revêtement épithélial en voie de dégénérescence. Autour d'elles, riche infiltration de cellules lymphoïdes. (PANAS.)

les ganglions sous-maxillaires forment de chaque côté une masse volumineuse ; il y a de la leucocythémie ; la tumeur est bilobée, indolente, transparente.

La rareté du lymphadénome conjonctival met le clinicien à l'abri d'une erreur de diagnostic qu'il pourra éviter en interrogeant soigneusement l'état général qui, comme celui du malade de Du Castel, sera leucocy-

thémique et présentera, en de multiples endroits de son organisme, des engorgements ganglionnaires.

Le sarcome mélanique de la conjonctive peut encore être confondu avec le *nævus*, cela d'autant mieux que le *nævus* peut lui-même dégénérer en sarcome (p. 130, fig. 57 et 58), sous l'influence d'une irritation continue ou d'un traumatisme¹. Les commémoratifs, l'aspect particulier du néo-

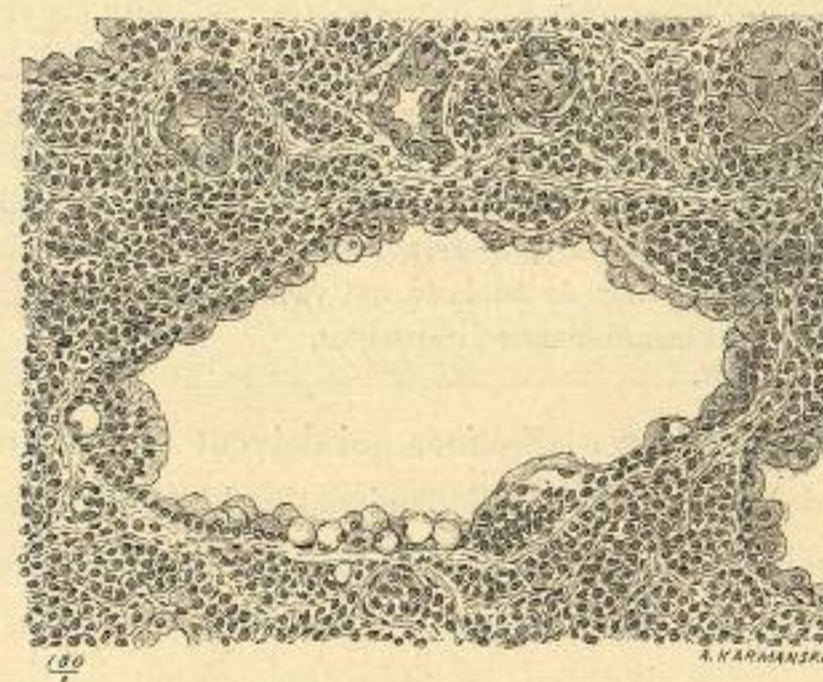


FIG. 58. — Nævus congénital du limbe en voie de transformation maligne. Cavité kystique, infiltration lymphoïde et stroma conjonctif interposé vus à un fort grossissement. (PANAS.)

plasme, son siège dans l'ouverture palpébrale aideraient au diagnostic qui pourra d'ailleurs être erroné sans grand préjudice pour le malade.

Enfin, il est encore possible de confondre le sarcome mélanique de la conjonctive avec certaines *hernies de l'iris*, ainsi que le démontre l'observation ci-jointe qui par l'erreur de diagnostic qu'elle fait connaître contient un utile enseignement.

Hernies du grand cercle de l'iris simulant des tumeurs mélaniques. — Un homme de 32 ans, employé aux chemins de fer d'Orléans, vient consulter à l'hôpital Saint-André le 26 septembre 1888, pour des petites tumeurs noires placées au niveau du limbe et qui n'altèrent en rien son acuité visuelle. Au premier examen nous constatons aisément la présence, dans la région du limbe de l'œil gauche, de deux masses noirâtres, grosses chacune comme un grain de millet. Elles occupent, l'une l'extrémité

¹ WINTERSTEINER. *Société ophthalmo.*, d'Heidelberg, 1893.

interne du diamètre horizontal de la cornée, l'autre est un peu en dedans de l'extrémité supérieure du diamètre vertical. Ces petites masses molles, indolentes, sont recouvertes par la conjonctive, très amincie à leur niveau; elles se sont développées spontanément sans que le malade s'en aperçoive, sans qu'il ait présenté d'inflammation oculaire ni de phénomène douloureux d'aucune sorte, sans traumatisme antérieur.

L'acuité visuelle des deux yeux égale l'unité, et le malade ne vient nous consulter que parce qu'on a attiré son attention sur la présence de ces masses noirâtres qui ne lui causent et ne lui ont jamais causé la moindre gêne.

L'éclairage oblique et l'examen ophtalmoscopique ne nous permettent de constater rien de particulier; le réflexe pupillaire est conservé et la pupille se présente avec sa physiologie ordinaire.

Nous crûmes qu'il s'agissait, chez ce malade, de tumeurs mélaniques au début de leur évolution et nous lui proposâmes, séance tenante, l'ablation qui fut acceptée.

Grande fut notre surprise, pendant cette opération, en constatant qu'il s'agissait tout simplement chez ce malade de *hernies iriennes* formées aux dépens du grand cercle de l'iris. Ces hernies s'étaient développées sans cause apparente; on pouvait les comparer aux hernies abdominales, dites de faiblesse, qui viennent chez les vieillards dont les parois abdominales sont insuffisamment résistantes,

Telles sont les diverses affections qui doivent être différenciées des sarcomes et des épithéliomas de la conjonctive bulbaire; il ne nous reste plus maintenant qu'à étudier leur pronostic et leur traitement.

§ 5. — Pronostic.

L'épithélioma de la conjonctive bulbaire est une affection relativement grave, les récidives abondent dans les statistiques et elles seraient encore plus nombreuses si les malades étaient plus souvent suivis.

Quel fond peut-on faire sur la guérison définitive, lorsque l'opérateur publie son observation quelques jours après la guérison de la plaie? Il faut bien avoir le courage de le reconnaître, la grande majorité des cas connus sont passibles de ce reproche majeur.

L'épithélioma en apparence le plus bénin, avec globes épidermiques, tendance marquée de presque toutes les cellules à la dégénérescence cornée, s'infiltré dans les lames les plus profondes de la conjonctive. Dans notre première observation personnelle (p. 134), l'excision aux ciseaux, en apparence très complète, avait été faite en plein tissu morbide et si le malade a guéri définitivement, c'est que le raclage de la sclérotique qui a terminé l'opération a supprimé les cellules épithéliales laissées

sur cette membrane. Encore ne savons-nous pas si réellement la guérison s'est maintenue, car le malade n'a été suivi que quelques semaines. Toutefois, il est probable qu'en cas de récidive il se serait de nouveau présenté à l'hôpital.

Elle est donc téméraire l'opinion de ceux qui croient l'épithélioma incapable de gagner les parties profondes, et nous pensons que les partisans de ce pronostic optimiste s'exposent à des déboires et à des regrets.

Que le lecteur considère les cas assez nombreux de récidive signalés dans l'historique de la question (p. 112 et suiv.): il remarquera le fait de Chisholm dans lequel le chirurgien, après avoir enlevé la tumeur trois fois, dut enfin enlever l'œil; il notera aussi que dans les cas de Noyes et Schneider, favorables à l'extirpation simple, le malade n'a pas été suivi du tout.

Il remarquera encore un grand nombre de faits dans lesquels l'affection affecte un caractère grave; ceux de Sichel, Demme, Bousquet, Courserant, Parisotti, Holmes, Remak, Galezowski, Basevi, Caspar, Knapp, Brailey, Sgrosso, Panas, Dubois de Lavigerie, etc., etc.

Au point de vue du pronostic il faut tenir grand compte de l'adhérence du néoplasme aux parties profondes; si, en prenant la tumeur avec les doigts, on peut facilement la mobiliser, surtout si elle n'adhère pas à la région du limbe, le pronostic est assez favorable et l'ablation du seul néoplasme peut suffire; les tumeurs largement adhérentes, celles qui tiennent surtout à la marge de la cornée sont, au contraire, beaucoup plus graves. L'analyse détaillée des nombreux faits qui font la substance de ce travail nous laisse cette sensation fort nette que bien peu de tumeurs placées dans ces dernières conditions sont radicalement enlevées par l'ablation simple, sans amputation de l'hémisphère antérieur ou sans énucléation. Il est en pareille matière plus facile de sentir que de prouver, car pour mille raisons les faits raccourcis, incomplets, non suivis, se prêtent mal à la démonstration.

Cependant il n'est pas douteux que l'épithélioma du limbe scléro-cornéen ne soit, dans le plus grand nombre des cas, une affection susceptible de guérir par une opération respectant le globe oculaire. Trousseau¹ a

¹ TROUSSEAU. *Arch. d'ophtalmologie*, 1896, p. 625.

publié six observations de guérison définitive d'épithéliomes conjonctivaux à la suite d'opérations strictement limitées au mal. Ce chiffre pourrait être facilement grossi et nous sommes bien de l'avis de l'auteur lorsqu'il nous dit que le pronostic post-opératoire de ces épithéliomas, surtout de ceux qu'on peut opérer avant qu'ils n'aient envahi les tissus profonds et les ganglions, n'est pas fatalement mauvais.

Les ganglions sont rarement intéressés, mais la région du limbe l'est plus souvent; nous avons suffisamment établi que là était le danger, mais nous sommes tout disposé à reconnaître que ce danger est bien loin d'être constant.

Il en est, en somme, de la conjonctive comme de la peau; sur la peau on rencontre une variété d'épithéliome dite *plate* (Thiersch), qui s'accroît très lentement, n'attaque que la couche superficielle du derme et représente la forme la plus bénigne de l'affection; mais on rencontre aussi sur la peau des épithéliomas qui s'infiltrèrent rapidement dans les parties profondes. Il faut savoir faire une place à toutes les formes, aux formes bénignes comme aux formes malignes, en faire le diagnostic et y conformer sa thérapeutique.

§ 6. — Traitement.

Contre les formes légères d'épithélioma on a préconisé les *attouchements au sublimé* et même les injections sous-conjonctivales de sublimé à 1 p. 1000 (Martini¹).

Darier conseille, lorsque le malade pusillanime redoute le thermo-caulère, la cautérisation quotidienne avec une solution concentrée de *bleu de méthyle*, et lorsque le néoplasme est volumineux il a recours à des injections interstitielles de cette substance. Abadie et Meyer vantent également les résultats de ce traitement.

Nous n'avons que des éloges à faire du bleu de méthyle dans le traitement de l'épithélioma, et nous l'employons communément pour les épithéliomas légers de la paupière et de la face; mais en ce qui concerne l'épithélioma conjonctival, nous le considérons comme d'une application difficile

¹ MARTINI. *Congrès international de Rome*, 1894.

pour le malade qui ne peut lui-même faire aisément son pansement.

Fage¹ pense que le traitement du néoplasme ne doit viser que l'ablation de la tumeur seule, avec raclage des couches sclérales sur lesquelles la tumeur s'implante et cautérisation au fer rouge. Toutes les récidives doivent être traitées de la même façon, à moins que la cornée ne soit notablement déformée avec infiltration des couches profondes. Dans ce cas l'amputation de l'hémisphère antérieur devient indiquée; l'énucléation s'impose seulement quand la chambre antérieure et l'iris sont envahis.

Cette opinion, développée par Fage à la Société d'ophtalmologie de Paris, est la même que nous avons quelque temps avant exposée dans l'un de nos travaux sur la question.

Nous pensons, en effet, qu'en présence d'un épithélioma de la conjonctive il faut, sans hésiter, songer à sa destruction immédiate et totale. Aussi petite que soit la lésion, il faudra toujours l'exciser en dépassant très largement les limites du mal. Cette excision sera faite au bistouri ou aux ciseaux et toujours suivie d'une cautérisation des parties écrutées, cautérisation allant jusqu'aux lames externes de la sclérotique inclusivement et, s'il y a lieu, jusqu'au-dessous de la membrane de Bowman, au risque de laisser dans la cornée une opacification partielle définitive.

Nous repoussons absolument la pratique récemment encore recommandée par Pasquale Sgrosso² qui consiste à réparer la perte de substance de la conjonctive excisée. Il vaut mieux cautériser le point d'implantation et surveiller la réparation lente de la plaie opératoire.

Si la cornée est déformée, bosselée, c'est qu'elle est infiltrée par les cellules épithéliales; dans ce cas, nous ne voyons d'autre traitement raisonnable que l'amputation de l'hémisphère antérieur au moins, et pour peu qu'avec cette opération la sécurité ne paraisse pas complète, l'énucléation, car le traitement ne saurait être trop radical.

A plus forte raison, et ceci d'ailleurs n'est discuté par personne,

¹ FAGE. Pronostic et traitement de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. *Société d'opht. de Paris*, p. 126, 1893.

² PASQUALE SGROSSO. *Annali di Ottalm.*, 1892, fasc. 1.

l'énucléation s'impose lorsque la chambre antérieure est remplie par le néoplasme, lorsque l'iris est malade.

Si les ganglions préauriculaire et sous-maxillaires sont engorgés, leur ablation est aussi nécessaire que l'ablation de l'œil. Nécessaire aussi sera l'exentération de l'orbite lorsqu'on craindra la diffusion des éléments épithéliaux dans les tissus péri-oculaires.

LIVRE II

TUMEURS DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE

Dans cette partie de notre ouvrage, nous allons étudier les tumeurs de la coque oculaire, tumeurs qui se confondent dans une large mesure avec celles de la conjonctive bulbaire, mais qui, cependant, méritent un examen séparé, autant par leur structure particulière que par leurs symptômes.

Nous diviserons ce livre II en deux chapitres : le premier sera consacré aux néoplasmes de la cornée, le second à ceux de la sclérotique.
