

VII. — CATARRHE PRINTANIER

§ 20. SYMPTÔMES ET MARCHE. — Le catarrhe printanier (*Saemisch*) est une affection chronique, traînant pendant des années et produisant des altérations caractéristiques aussi bien dans la conjonctive du tarse que dans celle du bulbe. La conjonctive du tarse est couverte de papilles qui sont larges et aplaties, de telle manière que la surface de la conjonctive ressemble à un pavement grossier et irrégulier. Sur le tout, s'étend un voile délicat de teinte blanc bleuâtre, comme si l'on avait versé une mince couche de lait sur la surface de la conjonctive. Les altérations que l'on observe à la conjonctive du bulbe, bien que moins constantes, sont encore plus frappantes. En effet, du limbe, on voit s'élever, aux bords interne et externe de la cornée, des végétations en forme de nodosités brunâtres bosselées et dures, d'apparence gélatineuse. Ces nodosités empiètent, d'un côté, un peu sur la cornée transparente, de l'autre, plus loin encore, sur la conjonctive, et les vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage de ces nodosités sont dilatés. A la différence des efflorescences de la conjonctivite lymphatique, qui se détruisent promptement, ces nodosités ne s'ulcèrent jamais; elles sont au contraire très persistantes, au point que souvent elles résistent pendant des années sans modifications très sensibles.

Les renseignements fournis par les patients, ne sont pas moins caractéristiques que les altérations objectives. Ils racontent que, tant que dure l'hiver, les souffrances qu'ils ressentent du côté des yeux sont nulles ou à peine appréciables. Mais, dès qu'au printemps arrivent les premiers beaux jours, les yeux s'injectent et deviennent larmoyants. Les malades sont alors très incommodés par de la photophobie, mais surtout par un prurit continu des yeux. A mesure que le temps devient plus chaud, la gêne augmente. Au contraire, les patients se sentent soulagés, quand, par exemple, pendant l'été, il y a une série de jours pluvieux et frais. En automne, les sensations désagréables diminuent de nouveau et disparaissent entièrement pendant la saison froide, pour recommencer encore au printemps suivant. La différence dans l'état objectif pendant les diverses saisons est bien moins sensible qu'on ne le soupçonnerait à voir le changement notable de l'état subjectif du malade. La différence consiste principalement en ce que pendant l'hiver les yeux sont pâles, tandis qu'ils sont injectés pendant l'été; d'autre part, pendant l'hiver les végétations conjonctivales ne paraissent qu'un tant soit peu moins développées que pendant l'été.

Le catarrhe printanier est une affection assez rare. Il attaque de préférence le sexe masculin, surtout pendant l'enfance et la jeunesse. Les deux yeux sont presque toujours atteints simultanément. Les récurrences annuelles de cette affection se répètent d'habitude pendant une série de trois ou quatre ans et même plus longtemps encore, quelquefois pendant dix ou vingt ans, jusqu'à ce qu'enfin elles disparaissent sans laisser de traces très visibles. Eu égard à la terminaison de l'affection, le pronostic en est favorable, mais il est mauvais au point de vue de la durée, car nous ne connaissons encore aucun remède pour guérir la maladie, ni pour en prévenir les récurrences. La cause de cette affection est inconnue.

Le traitement, impuissant à guérir la maladie elle-même, doit se borner à adoucir les souffrances. On combat l'inflammation par les moyens employés contre le catarrhe aigu et chronique. On peut se servir, pour combattre le prurit, d'une solution de cocaïne à 20/0. En ce qui concerne les végétations, on peut les exciser, quand elles ont acquis un certain développement.

Le catarrhe printanier n'est pas un véritable catarrhe, comme semble l'indiquer pourtant le nom assez mal choisi qu'on lui a donné; c'est plutôt une affection *sui generis*. Cette maladie a été d'abord décrite par *Arit*, qui la regarda comme une variété particulière de la conjonctivite lymphatique (1846). Plus tard *Desmarres* la mentionne sous le nom de : hypertrophie périkérale. *V. Graefe* l'appelle un épaissement gélatiniforme du limbe; *Hirschberg*, enfin, *phlyctæna pallida*. *Saemisch*, le premier, fit remarquer les exacerbations caractéristiques de l'affection pendant la saison chaude, d'où il lui donna le nom de catarrhe printanier qui est celui sous lequel on le désigne aujourd'hui habituellement. *Horner* découvrit l'état particulier de la conjonctive du tarse et acheva ainsi la description de l'affection.

La cause de la maladie est inconnue. Peut-être s'agit-il ici encore d'un micro-organisme d'une espèce spéciale que jusqu'ici j'ai, avec bien d'autres, cherché en vain. Je vis, il y a quelques années, un garçon de dix ans qui présentait cette maladie à un degré particulièrement léger. L'œil droit seul était atteint et il portait, seulement au bord externe de la cornée au niveau du limbe, une petite nodosité, mais dont l'apparence était caractéristique. La conjonctive du tarse également n'était malade que sur un seul point, c'était celui qui venait en contact avec la nodosité, pendant l'occlusion des paupières. A cet endroit, une toute petite portion de la conjonctive était couverte de papilles larges et aplaties, sur lesquelles était étendue la couche mate, blanc bleuâtre. En présence de ce fait, on ne pouvait s'empêcher de penser que le point primitivement atteint, probablement celui du limbe, avait ensuite infecté le point de la conjonctive qui lui était opposé et avec lequel il était constamment en contact. Ce fait indiquerait bien que la cause efficiente de la maladie est un microorganisme.

Les papilles de la conjonctive du tarse sont dures, quelquefois même comme du cartilage. J'ai trouvé qu'elles sont constituées par une espèce de tissu conjonctif

aréolaire, avec dégénérescence particulière, d'apparence vitreuse, des cellules du tissu conjonctif et de celles des vaisseaux. L'épithélium qui couvre les papilles est épaissi ; c'est probablement la cause de la teinte blanc bleuâtre de leur revêtement externe, visible à l'œil nu et caractéristique de la maladie. Les végétations, au niveau du limbe, sont constituées par du tissu conjonctif, qui contient un grand nombre de cellules et de vaisseaux. Ici encore, l'épithélium, devenu très épais, pénètre par-ci par-là, sous forme de prolongements solides, dans la profondeur des tissus (*Horner, Vetsch*). Les végétations s'arrêtent nettement au bord de la cornée qui est saine. Parallèlement au bord de la nodosité, l'on voit dans la cornée une strie mince et grise, semblable à l'arc sénile et qui est séparée du bord de la nodosité par un mince liseré de cornée transparente.

Dans les cas les plus légers, les boutons manquent au limbe ; on n'observe plus alors que les altérations de la conjonctive du tarse. Ce sont donc les plus importantes au point de vue du diagnostic de la maladie. Dans les cas graves, au contraire, les végétations du limbe acquièrent un développement notable. Elles font même quelquefois le tour de la cornée, qui est alors renfermée dans un chémosis élevé et dur. J'ai vu deux cas où la cornée elle-même était envahie par le processus pathologique, sur une grande étendue. Le premier cas concernait un garçon de seize ans. Prenant son point d'origine dans le limbe épaissi, une couche panni-forme, mais pâle, à l'aspect gélatineux, privée de vaisseaux, s'était propagée sur la cornée. Malgré toutes les tentatives thérapeutiques, on ne parvint pas à arrêter les progrès de cette excroissance, au point que finalement toute la cornée en fut recouverte et resta opaque d'une manière permanente. Dans le second cas, il s'agissait d'un grec, âgé de trente ans, qui portait une excroissance analogue sur la cornée des deux yeux. Mais elle ne recouvrait pas toute la cornée ; sur chaque œil, il était resté libre un petit flot central qui correspondait à peu près à la largeur de la papille. D'après *Van Millingen*, il n'est pas rare d'observer des cas semblables à Constantinople, où l'affection paraît se présenter beaucoup plus fréquemment.

Le dernier cas est aussi intéressant, parce qu'il concerne un adulte, tandis que l'affection ne s'observe habituellement que dans le jeune âge. Les tout jeunes enfants en sont également exempts ; une seule fois, on a vu un enfant, âgé d'un an seulement, en être atteint.

Les excroissances du limbe sont de nature à faire confondre le catarrhe printanier avec la conjonctivite lymphatique ; tandis que les papilles de la conjonctive du tarse pourraient amener une confusion avec le trachome. Les végétations du limbe se distinguent des efflorescences de la conjonctivite lymphatique, non-seulement par leur apparence extérieure, mais surtout par leur invariabilité, alors même qu'on les observe pendant longtemps. Les hypertrophies papillaires se distinguent particulièrement par leur revêtement blanc bleuâtre qui manque dans le trachome papillaire. Un élément très important pour le diagnostic différentiel est l'anamnèse. Les renseignements absolument caractéristiques sur les récurrences annuelles au printemps permettent souvent d'établir le véritable diagnostic avant même d'avoir examiné l'œil. Cependant, n'oublions pas que, dans la fièvre de foin, on voit également survenir, d'ordinaire au printemps, une

récidive annuelle de la conjonctivite (voir page 47). Mais celle-ci est une conjonctivite aiguë, qui se termine au bout de quelques semaines, tandis que les symptômes du catarrhe printanier se prolongent pendant toute la durée de la saison chaude. C'est aussi pendant cette saison que les altérations objectives sont à leur apogée. Pendant l'hiver, l'œil devient pâle, les excroissances du limbe diminuent un peu ; de toutes petites végétations peuvent même disparaître entièrement ; mais les papilles de la conjonctive du tarse restent à peu près invariables.

Comme traitement du catarrhe printanier, ce qui m'a le mieux réussi pour diminuer la gêne de l'affection, c'est l'instillation d'une solution d'acide borique à 3 0/0 et l'application, suivant le conseil d'*Arlt*, de la pommade au précipité blanc à 1 — 2 0/0. Suivant la recommandation de *Van Millingen*, dans ces derniers temps, j'ai encore employé avec succès le vinaigre dilué (une goutte d'acide acétique dilué dans dix à vingt gouttes d'eau).

A cause de l'analogie avec le trachome, on a cherché à détruire les excroissances conjonctivales, par des cautérisations quotidiennes au moyen du crayon de sulfate de cuivre ; mais cette pratique n'a généralement pas réussi. Quelques auteurs recommandent, outre le traitement local, un traitement interne à l'arsenic (*Wecker, Horner*).

VIII. — CONJONCTIVITE EXANTHÉMATIQUE

§ 21. Le nom de conjonctivite exanthématique (1) est un nom commun à toutes les inflammations de la conjonctive qui accompagnent les exanthèmes de la peau.

Parmi les exanthèmes aigus, la rougeole est régulièrement compliquée de conjonctivite. Celle-ci apparaît, au début de l'affection (encore avant l'éruption de l'exanthème sur la peau), sous forme de catarrhe conjonctival aigu et disparaît d'ordinaire spontanément au bout de deux à trois semaines. — Dans la petite vérole, il n'est pas rare d'observer des pustules varioleuses sur la conjonctive, surtout sur la conjonctive du tarse dans le voisinage du bord libre. Les pustules varioleuses qui se développent sur la conjonctive du bulbe, près du limbe, deviennent dangereuses, parce qu'elles provoquent une kératite suppurée dans les parties voisines de la cornée (cette kératite suppurée ne doit pas être confondue avec les abcès cornéens qui, dans le cours de la variole, résultent d'une métastase) (voir § 38).

Parmi les exanthèmes chroniques, citons avant tout l'acné rosacé. Voici comment la conjonctive prend part à l'affection de la peau : au milieu de phénomènes irritatifs modérés, on voit naître sur le limbe une petite

(1) *Exanthema, de ἔνθεσις, ἡ ὄρα.*

nodosité. Cette nodosité disparaît au bout de quelques jours, et le petit ulcère qui en est la suite se guérit sans laisser de cicatrice apparente (*Art.*). Cette affection présente la plus grande analogie avec la forme typique simple de la conjonctivite lymphatique, avec laquelle elle partage d'ailleurs la propriété de récidiver fréquemment. C'est notamment le motif pour lequel elle devient pénible pour le patient. Un fait qui facilite singulièrement le diagnostic différentiel, c'est que la conjonctivite *ex acne* ne s'observe que chez les adultes qui sont en même temps atteints d'acné rosacé. Il est important d'établir le diagnostic exact, sinon on pourrait en vain chercher à prévenir les récurrences. En effet, ce résultat ne peut s'obtenir que par un traitement prolongé et approprié de la couperose elle-même. Quant à la conjonctivite, elle se guérit très promptement, par les insufflations de calomel.

La conjonctivite rubéolique revêt quelquefois une apparence blennorrhéique ou même diphtéritique (sans jamais devenir réellement une blennorrhée ou une diphtérie). Dans ces cas, la cornée elle-même est menacée. Dans quelques cas de rougeole, alors que le patient était déjà entré en convalescence et que la conjonctivite avait déjà beaucoup perdu de son intensité, j'ai observé l'inflammation et finalement la suppuration d'un grand nombre de glandes de *Meibomius*, tant à la paupière supérieure qu'à l'inférieure (*Orgelets Meibomiens*, voir § 109). Le contenu suppuré se vidait en partie par les orifices de ces glandes, en partie à la face interne de la paupière, après avoir perforé le tarse et la conjonctive.

Pemphigus de la conjonctive. — La conjonctive, rouge dans son ensemble, porte des points gris, isolés, privés d'épithélium. Ces points se cicatrisent lentement, tandis que la conjonctive sur laquelle ils reposent se rétracte. Pendant ce temps, de nouvelles taches de même espèce se développent. De cette manière, la rétraction cicatricielle de la conjonctive fait de nouveaux progrès très lents, il est vrai, mais constants (pendant des mois et même des années). Entre-temps, la conjonctive devient blanchâtre, opaque, sèche, lisse et tendue. D'abord les plis du cul-de-sac s'effacent, ensuite il se forme des plis qui, partant des paupières, se dirigent perpendiculairement sur le globe oculaire. La cornée aussi perd sa transparence et se dessèche superficiellement. Enfin, dans les cas graves, les paupières contractent adhérence avec le globe oculaire dans toute leur étendue, de sorte que la cornée est constamment couverte par les paupières et que l'œil est irrémédiablement aveugle (sympblepharon total). Le pronostic du pemphigus est donc très grave, d'autant plus que les deux yeux sont toujours atteints simultanément.

Le pemphigus de la conjonctive se rencontre le plus souvent accompagné d'éruptions de pemphigus vulgaire cutané. Si, à l'inverse de ce qui a lieu sur la peau, les vésicules, à peu d'exceptions près, font défaut sur la conjonctive, cette particularité s'explique par la structure anatomique de cette membrane. En effet, l'épithélium en est si délicat et si mou qu'il ne supporte pas, comme l'épiderme d'être soulevé par l'épanchement sur une grande étendue, mais il se déchire et s'élimine sous forme de lambeaux. De là viennent les plaies de la conjonctive, qui

se recouvrent aussitôt d'un enduit gris, comme c'est si fréquemment le cas dans les plaies des muqueuses. Cependant on rencontre aussi des cas de pemphigus de la conjonctive, en l'absence de toute affection semblable de la peau, mais où les muqueuses buccale et nasale en sont atteintes. Le pemphigus y revêt alors le même caractère que sur la conjonctive. Enfin, on voit des cas où la conjonctive offre les symptômes de l'affection que nous venons de décrire, sans que, sur le reste du corps, on observe des traces de pemphigus. Que ces cas, décrits d'abord par *v. Græfe*, sous le nom de phléisie essentielle, soient réellement des cas de pemphigus, c'est probable, mais nullement certain.

Le traitement de cette affection est impuissant à en enrayer la marche. Contre le pemphigus, on donne, à l'intérieur, l'arsenic; pour soulager le patient on instille dans l'œil des substances mucilagineuses comme dans la xérophtalmie (voir § 16). Pour remplacer les pertes de la conjonctive, on peut essayer la transplantation, dans le cul-de-sac conjonctival, de fragments empruntés à une autre muqueuse.

Lupus de la conjonctive. — Le lupus de la peau se propage quelquefois à la conjonctive en passant sur les bords palpébraux. Sur la conjonctive, le lupus prend l'aspect d'un ulcère dont le fond est couvert de granulations, dans lesquelles on trouve des bacilles de la tuberculose. C'est pourquoi le lupus de la conjonctive doit être considéré comme une affection tuberculeuse; nous renvoyons donc, pour plus de détails, à la tuberculose de la conjonctive (§ 23).

Dans d'autres exanthèmes encore, tels que les syphilides maculaires et papuleuses, dans le pityriasis, le psoriasis, l'herpès iris, dans la lèpre, etc., la conjonctive participe quelquefois à l'affection d'une manière toute caractéristique. Dans la lèpre, il se produit habituellement, dans le voisinage du bord cornéen, de petites nodosités qui plus tard prennent de l'extension et finissent par s'étendre aussi bien à la sclérotique sous-jacente qu'à la cornée elle-même. Les nodosités qui se développent sur la cornée ont souvent l'apparence d'un néoplasme. Elles s'accompagnent quelquefois d'iritis avec formation de nodules lépreux dans l'iris. Les nodosités qui se trouvent dans les différentes parties de l'œil tombent finalement en dégénérescence, et l'œil se perd.

Dégénérescence amyloïde de la conjonctive. — Cette rare affection n'a encore été observée jusqu'ici qu'en Russie et dans les pays limitrophes; elle a été d'abord décrite par *Stettingen* (de Dorpat). Dans cette affection, la conjonctive subit une dégénérescence particulière qui la rend cassante, jaunâtre, transparente comme de la cire et pauvre en vaisseaux. En outre, la membrane conjonctivale acquiert un épaissement si notable qu'elle présente des parties gonflées ressemblant à des néoplasmes. La maladie débute dans le cul-de-sac d'où elle gagne la conjonctive du bulbe et des paupières; plus tard et en dernier lieu, le tarse est également envahi par la dégénérescence.

Dans les cas de longue durée, on constate les symptômes suivants: le malade est incapable d'ouvrir l'œil couvert par les paupières qui ont la forme de deux grosses tumeurs informes. Si l'on écarte les paupières autant que possible, on voit la conjonctive à l'apparence cireuse qui, sous forme d'un bourrelet induré, s'élève circulairement autour de la cornée, encore transparente ou couverte d'un pannus. Entre les paupières et le globe oculaire, font saillie des bourrelets épais

qui appartiennent au cul-de-sac agrandi ; le repli semilunaire lui-même est souvent transformé en une masse volumineuse et informe.

Ces tumeurs sont si friables qu'elles se déchirent souvent déjà, rien que d'essayer d'écarter suffisamment les paupières pour les examiner. Ces déchirures ne sont néanmoins accompagnées que d'une hémorrhagie insignifiante. La marche de l'affection est chronique, puisqu'elle traîne pendant des années sans montrer de symptômes inflammatoires proprement dits, jusqu'à ce que finalement le patient perde l'usage de l'œil, parce qu'il lui est impossible d'ouvrir les paupières déformées.

L'examen microscopique a démontré que la dégénérescence de la conjonctive prend son origine dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. On trouve d'abord ce tissu pénétré de nombreuses cellules (hypertrophie adénoïde) ; ensuite, la muqueuse altérée subit d'abord la dégénérescence hyaline et finalement la dégénérescence amyloïde des éléments du tissu conjonctif (*Rehlmann*). Dans les cas douteux, la réaction chimique des substances amyloïdes assure l'exactitude du diagnostic. En dernier lieu, la muqueuse dégénérée peut se calcifier ou s'ossifier.

La maladie attaque les personnes à l'âge moyen de la vie, et les deux yeux sont habituellement atteints. Très souvent la dégénérescence amyloïde est précédée d'un trachome de la conjonctive. Ce trachome cependant ne doit pas être regardé comme la cause de la dégénérescence amyloïde, puisque celle-ci peut aussi s'observer sur des yeux antérieurement sains. La cause intime de la maladie est inconnue. Toujours est-il qu'elle constitue un processus pathologique purement local, car les individus atteints jouissent d'ailleurs d'une bonne santé, et aucun autre organe interne ne souffre de dégénérescence amyloïde. La dégénérescence amyloïde de la conjonctive n'a donc aucun rapport avec celle des organes internes.

Le traitement pharmaceutique est impuissant contre cette maladie. Il faut donc se borner à détruire les hypertrophies de la conjonctive, au point de permettre l'ouverture des paupières et de rendre ainsi la vision possible. Il n'est pas, du tout nécessaire, pas même utile, de détruire radicalement tous les tissus malades, car les tissus hypertrophiés non détruits se rétractent plus tard spontanément.

XI. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA CONJONCTIVE

Parmi les lésions traumatiques de la conjonctive, voici les plus fréquentes :

a) *Corps étrangers* dans le cul-de-sac conjonctival. Les petits corps étrangers tels que des grains de sable, de la poussière de charbon, de la cendre, qui, à l'occasion d'un voyage en chemin de fer, s'introduisent si souvent dans les yeux, les ailes de petits insectes, etc., tombent d'abord sur la surface du globe, d'où ils sont balayés par le clignotement de la paupière supérieure. Ils s'attachent alors habituellement à la face interne

de la paupière supérieure, non loin du bord palpébral libre, à l'endroit du sillon subtarsal, sillon peu profond, parallèle au bord palpébral où les corps étrangers s'arrêtent.

Ces corps étrangers produisent souvent des douleurs passablement intenses, qui siègent non dans la conjonctive qui est peu sensible, mais dans la cornée. En effet, entraînés dans les mouvements de la paupière, ces corps glissent sur la cornée et l'irritent. Aussi, tant que l'œil est fermé et en repos, aucune douleur ne se manifeste. En renversant la paupière, on réussit facilement à enlever le corps étranger.

D'autres fois de petits corps étrangers aigus pénètrent dans la conjonctive bulbaire et peuvent y séjourner longtemps. Des grains de poudre à canon peuvent s'enkystrer dans la conjonctive bulbaire d'une manière permanente, sans occasionner d'accidents inflammatoires ultérieurs ; on peut donc les laisser en place.

Les corps étrangers plus grands ne peuvent être retenus dans le cul-de-sac conjonctival, que lorsqu'ils s'introduisent dans celui de la paupière supérieure. Restant là en repos, même pendant le clignotement, ils n'irritent pas la cornée et ne causent que peu de douleur. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'ils produisent les symptômes d'un catarrhe chronique.

b) *Les solutions de continuité* de la conjonctive se rencontrent souvent et sont fréquemment accompagnées de larges ecchymoses. Si les bords ne sont pas trop déchiquetés, on peut, au moyen d'une suture, réunir les lèvres de la plaie conjonctivale.

c) *Les brûlures et les corrosions* de la conjonctive sont assez fréquentes. Les brûlures sont produites par de l'eau chaude, ou des vapeurs, par les cendres chaudes (surtout des cendres de cigares), par de la poudre explosive, des flammes, du métal fondu, etc. Parmi les corrosions, qui peuvent être causées, aussi bien par les acides que par les alcalis, celles produites par la chaux sont les plus fréquentes. La chaux s'introduit habituellement dans l'œil sous forme de mortier.

L'effet de la brûlure est le même que celui de la corrosion : la conjonctive est détruite, transformée en escarre, aux endroits atteints. Ceux-ci ont l'aspect de taches grises ou blanches, au milieu des parties de la conjonctive non escarifiées, rouges et tuméfiées. Les escarres s'éliminent par suppuration, et les pertes de substance de la conjonctive qui en sont la conséquence, se couvrent de bourgeons et se guérissent, tandis que la conjonctive saine avoisinante est attirée par le travail de cicatrisation. La lésion se termine donc toujours par la formation d'une cicatrice. Celle-ci peut provoquer un rétrécissement du sac conjonctival et, si la lésion est très étendue, elle peut amener l'adhérence des paupières avec le bulbe (symblépharon).

Le pronostic des brûlures et des corrosions, au point de vue de la conservation de la vue, dépend en premier lieu de l'état de la cornée qui est toujours comprise dans la lésion, dès que celle-ci est quelque peu étendue. En second lieu, il faut prendre en considération l'étendue des pertes de substance de la conjonctive elle-même, pour autant que les adhérences ultérieures qui en résulteront pourront troubler les fonctions de l'œil.

Lorsqu'on est appelé peu de temps après l'accident, le traitement des corrosions consiste avant tout à extraire de l'œil tout ce qu'il pourrait encore contenir de substance corrosive. Les particules solides sont enlevées au moyen d'une compresse de toile ou saisies avec la pince, puis on lave le cul-de-sac à fond. A cet effet, on emploie, si la chose est possible, des solutions propres à neutraliser ou à rendre insoluble la substance corrosive et en arrêter ainsi la nocivité. Pour traiter les alcalis corrosifs, on ne se servira pas d'eau, mais de lait. Dans les brûlures par la chaux, on lave les yeux au moyen d'huile, puis on y instille une solution concentrée de sucre de canne qui forme avec la chaux un composé insoluble.

Dans le cours ultérieur d'une brûlure ou d'une corrosion, il s'agit de combattre l'inflammation consécutive par les compresses froides, l'atropine, le bandeau, etc. Après l'élimination des escarres, on doit s'attacher à rendre aussi petites que possible les adhérences qui pourraient en résulter. Dans ce but, on détache fréquemment les paupières du bulbe, pour empêcher les adhérences entre deux surfaces érodées, appliquées l'une sur l'autre. Si la perte de substance intéresse aussi le cul-de-sac, on ne peut éviter que celui-ci se comble par les adhérences reliant le globe à la paupière; plus tard, par une opération, on détruira ces adhérences autant qu'il est permis de le faire.

Quelquefois, on introduit à dessein dans les yeux, certains corps étrangers. Tels sont avant tout ces corps qu'on appelle « yeux d'écrevisse », *lapides cancerorum*. Ce sont des concrétions calcaires lisses qu'on trouve dans l'estomac de l'écrevisse. Ces concrétions jouissent dans le peuple d'une grande réputation pour expulser les corps étrangers de l'œil. On introduit l'œil d'écrevisse entre la paupière et le globe, puis on le glisse sur la cornée pour lui faire accrocher les corps étrangers qui s'y trouvent. Il arrive quelquefois que, pendant cette pratique, l'œil d'écrevisse s'échappe dans le cul-de-sac supérieur et y reste à l'insu du patient. On le trouve alors, après des mois ou même des années, enveloppé dans les excroissances de la conjonctive chroniquement enflammée. Dans le but de simuler une maladie des yeux, certaines personnes s'introduisent quelquefois volontairement dans l'œil des corps étrangers, tels que du sable, de la cendre, etc.; de cette façon, elles font naître un catarrhe conjonctival.

A la suite de l'introduction dans l'œil de substances irritantes, soit des vapeurs caustiques, soit des liquides qui ont sauté dans l'œil, il survient une conjonctivite

aiguë traumatique, qui se signale par une injection intense de la conjonctive, une forte photophobie, du larmolement et des douleurs, accompagnées, dans les cas graves, d'un gonflement œdémateux des paupières. Les mêmes symptômes se manifestent dans le cours de l'inflammation de la conjonctive provoquée par l'action d'une trop vive lumière, par exemple, par l'éblouissement que produit la neige (*Schneeblindheit*) ou la lumière électrique. Alors, dans les cas sérieux, à côté de l'inflammation de la conjonctive, on observe encore la contraction de la pupille, ainsi que des opacités et des érosions légères de la cornée. Comme l'érythème de la peau, produit par une insolation, ces phénomènes sont dus à l'action des rayons chimiques ultraviolets (*Widmark*). Ces cas de conjonctivite traumatique se guérissent d'ordinaire, sans autres suites, au bout de quelques jours, malgré les symptômes inquiétants par lesquels ils débutent.

X. — ULCÈRES DE LA CONJONCTIVE

§ 23. Parmi les processus pathologiques, qui conduisent à la formation d'ulcères, on doit surtout mentionner la *tuberculose* de la conjonctive. Les ulcères tuberculeux ont habituellement leur siège dans la conjonctive du tarse. A la simple inspection, la paupière malade paraît déjà épaissie. Mais, lorsqu'on renverse la paupière, on voit sur la surface conjonctivale, un ulcère couvert de granulations rouge grisâtre ou rouge jaunâtre sur un fond d'aspect lardacé. Dans la conjonctive, au pourtour de ces ulcères se trouvent souvent de petites nodosités grises (nodosités tuberculeuses). L'ulcère ne montre aucune tendance à se cicatriser; au contraire, il s'élargit sans cesse, mais très lentement. Il peut s'étendre jusque sur la conjonctive bulbaire et la cornée même se couvre quelquefois d'une espèce de pannus. Dans les cas très graves, l'ulcère ne se borne pas à la conjonctive seulement, mais il corrode encore la paupière dans toute son épaisseur, tellement que l'on remarque déjà extérieurement une plaie dans la paupière. De bonne heure, les glandes lymphatiques préauriculaires se gonflent, plus tard celles de la mâchoire inférieure et du cou se tuméfient à leur tour. — Le tableau symptomatique de cette affection est donc suffisamment caractéristique, cependant le diagnostic ne doit être considéré comme établi d'une manière certaine que, lorsqu'après avoir enlevé un fragment du tissu ulcéré, l'on y a découvert par les procédés ordinaires des bacilles tuberculeux.

La tuberculose de la conjonctive n'atteint le plus souvent qu'un œil. Le patient ne ressent pas de douleurs; mais il est incommodé par le gonflement de la paupière et la sécrétion purulente; plus tard, la vue s'affaiblit aussi, et le mal commence à inquiéter le patient. L'affection ne s'observe pour ainsi dire que chez les individus jeunes. Elle est extraordinairement

chronique, car elle traîne pendant de longues années. En outre, bien que guérie en apparence, elle montre beaucoup de tendance aux récidives et, en infectant le reste de l'organisme, elle peut faire succomber le patient à la tuberculose.

Quant au traitement, dans les cas où l'extirpation complète de tous les produits malades est encore possible, il consiste à exciser ou à curetter l'ulcère, ensuite à cautériser aussi largement que possible la plaie qui en résulte. On devra saupoudrer chaque jour cette plaie d'iodoforme porphyrisé, qui se montre particulièrement actif dans les processus tuberculeux.

La tuberculose et le lupus de la conjonctive doivent être considérés comme des affections de nature identique, en tant que tous les deux produisent des processus ulcéreux, provoqués et entretenus par la présence de bacilles tuberculeux. Et, en effet, les premiers cas d'ulcères tuberculeux de la conjonctive ont été décrits comme étant un lupus primitif de la conjonctive [c'est-à-dire sans lupus concomitant de la peau (*Artt*)]. Les deux processus ne se distinguent donc que par des différences extérieures qui concernent leur aspect et leur marche. Ainsi l'ulcère du lupus conjonctival se distingue généralement de l'ulcère tuberculeux parce qu'il débute par la peau d'où il se propage sur la conjonctive et qu'ensuite, comme le lupus cutané, il se cicatrise spontanément sur l'un de ses bords, tandis que, sur l'autre, il fait des progrès.

La tuberculose de la conjonctive peut être primitive ou secondaire. Elle est primitive lorsqu'au moment où l'affection de la conjonctive débute il n'y a pas de traces de tubercules dans le reste de l'organisme. Dans ce cas, la tuberculose conjonctivale constitue une affection purement locale, due sans aucun doute à une infection directe de la conjonctive. Par exemple, un grain de poussière chargé de bacilles pénètre dans le cul-de-sac conjonctival où, par ses angles aigus, il occasionne une petite lésion superficielle de la conjonctive qui s'infecte (d'après les expériences de *Valude*, quand l'épithélium est intact, les bacilles tuberculeux ne peuvent pas pénétrer dans la conjonctive). Ce qui plaide en faveur de cette espèce d'infection, c'est le fait que l'on voit si souvent les ulcères tuberculeux débiter sur la conjonctive palpébrale au niveau du sillon subtarsal, où les petits corps étrangers s'arrêtent de préférence. — Longtemps la tuberculose primitive peut rester localisée sur la conjonctive et même, par exception, elle peut guérir spontanément. La règle est cependant que, de cette membrane, la tuberculose se propage au reste de l'organisme. Celui-ci peut être envahi par la voie de la circulation lymphatique, alors les premiers organes atteints sont les ganglions lymphatiques voisins; ou bien la maladie peut se propager par continuité, lorsque les larmes chargées de bacilles portent d'abord l'infection sur les voies lacrymales et ensuite sur la muqueuse nasale. — On dit que la tuberculose conjonctivale est *secondaire* lorsque, dans les organes internes (surtout les poumons), on constate la présence évidente de la tuberculose, ou lorsque, du voisinage, celle-ci s'est propagée à la conjonctive. D'autre part, une tuberculose de la muqueuse nasale peut envahir la con-

jonctive en passant par l'intermédiaire des voies lacrymales. C'est ainsi que l'on trouve quelquefois simultanément atteints par la tuberculose la conjonctive, le sac lacrymal et la muqueuse nasale. Alors par les commémoratifs et un examen soigneux, on peut, en règle générale, établir si le mal a débuté sur la conjonctive ou dans le nez. Au point de vue du pronostic et du traitement, il est de la dernière importance de savoir si la tuberculose se localise sur la conjonctive ou non. Si oui, il faut s'attacher avec le dernier soin à extirper radicalement tous les produits malades. De cette manière, le patient peut être guéri de sa tuberculose d'une manière définitive. Dans le cas contraire, il n'y a pas à songer à une guérison complète.

En dehors des ulcères conjonctivaux dus à la tuberculose, on en observe encore dans les affections suivantes de la conjonctive :

a) Comme phénomène partiel d'une conjonctivite, par exemple, les petits ulcères qui proviennent des efflorescences de la conjonctivite lymphatique, ou ceux qui ont donné leur nom à la forme pustuleuse du catarrhe;

b) Les ulcères produits par l'élimination des parties nécrosées de la conjonctive, comme dans la diphtérie, ou dans les brûlures et les corrosions de la conjonctive. A celles-ci appartiennent les escarres artificielles provoquées par des cautérisations trop profondes;

c) Les ulcères naissant à la suite de certains exanthèmes, tels que ceux qui sont dus à une pustule varioleuse ou à la rupture d'une bulle de pemphigus conjonctival;

d) Au niveau de la conjonctive du tarse, on trouve très souvent une petite plaie au milieu de laquelle s'élève un bourgeon granuleux. Il s'agit ici d'un chalazion ouvert à la face interne de la conjonctive. En général, à travers ces granulations, il est possible de passer une sonde jusque dans la cavité du chalazion;

e) J'ai vu quelques cas d'ulcères situés sur la conjonctive du bulbe ou sur le repli semilunaire. Ces ulcères à marche aiguë étaient couverts d'une épaisse couche de pus. Assez douloureux, ils étaient accompagnés de symptômes inflammatoires intenses de la conjonctive, avec gonflement des paupières et des glandes lymphatiques préauriculaires. Il me paraît que l'infection était venue du dehors; peut-être fallait-il l'attribuer à la piqûre d'un insecte ou à l'action infectante d'un corps étranger;

f) Les ulcères qui résultent de la dégénérescence d'épithéliums conjonctivaux;

g) Les ulcères syphilitiques. Le plus souvent il s'agit de pertes de substance qui proviennent de la destruction d'une sclérose initiale. Ils ont généralement leur siège dans le voisinage du bord libre de la paupière, mais on les a aussi observés au niveau du cul-de-sac et même sur la conjonctive du globe oculaire. — Le transport de la syphilis paraît avoir lieu le plus souvent par des baisers et, chez les petits enfants, par suite de l'habitude qu'ont beaucoup de bonnes de se servir de leur salive pour décoller les paupières des enfants. On a observé quelques cas d'ulcères syphilitiques qui étaient produits par destruction de gomme de la conjonctive (*Hirschberg*). Les ulcères syphilitiques de la conjonctive sont très rares.

XI. — PTÉRYGION (1)

SYMPTÔMES ET MARCHE. — Le ptérygion est un repli triangulaire de la muqueuse, qui prend son point d'origine sur la conjonctive du bulbe, d'où il s'étend sur la cornée à son côté interne ou à son côté externe (fig. 24). Le sommet du triangle se trouve sur la cornée transparente, à laquelle il est adhérent. Sa base s'étend sur la conjonctive bulbaire, dans laquelle elle se continue sans limites bien nettes. La pointe c'est

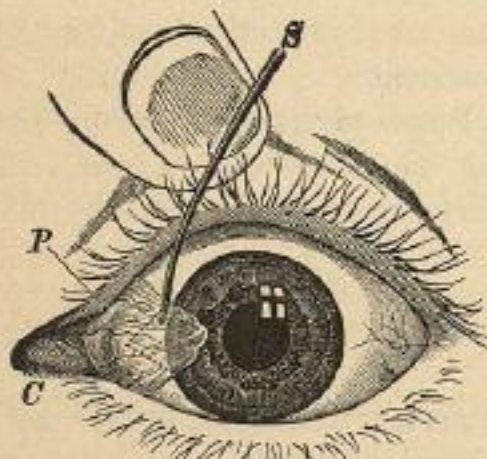


FIG. 24. — Pterygion. — Sous le bord du pterygion P, on a poussé une sonde S. La ligne ponctuée indique la direction de l'incision pour l'enlèvement du pterygion. C caroncule. Le repli semilunaire voisin est effacé et ne se voit plus. P point lacrymal supérieur.

la tête du ptérygion, la base en est le corps. La partie qui se trouve entre les deux et qui correspond au bord de la cornée est le « col » du ptérygion. A cet endroit, les limites en sont le plus nettes, puisque les bords sont repliés, tellement que sous ces bords on peut pousser une sonde (fig. 24, S) à une certaine profondeur.

Le ptérygion frais est succulent et riche en vaisseaux sanguins. Ceux-ci partent de la base et se dirigent en convergeant vers la pointe, donnant au ptérygion sa teinte rougeâtre. On lui a donné le nom de ptérygion, parce que, par sa forme et ses cannelures, il ressemble aux ailes de certains insectes (Hyménoptères). Le repli conjonctival qui constitue le ptérygion est très tendu de façon à produire un certain nombre de cannelures radiaires; dans les ptérygions qui ont leur siège sur l'angle interne de l'œil, on trouve souvent le repli semilunaire effacé et entraîné dans le corps du ptérygion même (fig. 24).

(1) πτερυξ, aile.

la tête du ptérygion, la base en est le corps. La partie qui se trouve entre les deux et qui correspond au bord de la cornée est le « col » du ptérygion. A cet endroit, les limites en sont le plus nettes, puisque les bords sont repliés, tellement que sous ces bords on peut pousser une sonde (fig. 24, S) à une certaine profondeur.

Le ptérygion frais est succulent et riche en vaisseaux sanguins. Ceux-ci partent de la base et se dirigent en convergeant vers la pointe, donnant au ptérygion sa teinte rougeâtre. On lui a donné le nom de ptérygion, parce que, par sa forme et ses cannelures, il

de développement du ptérygion, la période progressive et la période régressive : le ptérygion progressif est épais, très vascularisé et partant rouge; le ptérygion régressif, au contraire, est mince, pâle, presque privé de vaisseaux et d'aspect tendineux.

On ne rencontre le ptérygion que chez les personnes âgées. On le trouve le plus souvent au côté interne de la cornée et, quand il en existe déjà un de ce côté, il peut encore s'en développer un autre au côté externe. Les deux ptérygions se rencontrent quelquefois au centre de la cornée. L'on peut dire que presque jamais on n'a observé de ptérygion sur les bords supérieur et inférieur de la cornée; au contraire, il n'est pas rare de voir les deux yeux atteints en même temps de ptérygion, au point que certains patients en portent quelquefois quatre (un du côté externe et un du côté interne de chaque cornée).

Une des conséquences les plus fâcheuses du ptérygion, c'est la diminution de la vue. Celle-ci commence à se faire sentir, dès que la pointe du ptérygion atteint le champ pupillaire de la cornée. Les progrès de la diminution de la vue sont ensuite en rapport avec la propagation de la pointe du ptérygion vers le centre cornéen. En outre, dans le stade progressif le ptérygion est accompagné d'un état permanent d'irritation. Enfin la membrane rouge qui le constitue, engendre une difformité très apparente et elle peut occasionner une diminution de la motilité du globe oculaire. Lorsqu'il siège, par exemple, au côté interne de la cornée et que l'on dirige l'œil fortement en dehors, ce mouvement sera gêné par le ptérygion tendu. Il s'ensuit que le mouvement de latéralité de cet œil est moins étendu que celui de l'œil sain, et, par suite d'une fixation vicieuse, il peut se manifester une diplopie binoculaire.

En résumé un ptérygion stationnaire de petite dimension, et n'atteignant pas le champ pupillaire de la cornée, n'a pas d'inconvénients marqués pour celui qui le porte. Les ptérygions stationnaires très étendus ont pour effet de diminuer la vue et la motilité de l'œil.

ÉTIOLOGIE. — Le ptérygion n'est autre chose qu'un repli conjonctival entraîné et fixé sur la cornée. Le point de départ s'en trouve dans la pingucula. Le processus dégénératif, qui le constitue, progresse d'abord jusqu'au limbe et envahit ensuite graduellement la cornée elle-même. La pingucula se propage ainsi sur la cornée, tout en entraînant la conjonctive après elle. On reconnaît le processus dégénératif d'un ptérygion frais, parce qu'il porte à la pointe une mince zone grise, privée de vaisseaux, à l'aspect gélatineux, qui en représente le bord antérieur et se distingue très nettement de la cornée transparente. Puisque le ptérygion naît de la pingucula, on s'explique pourquoi on ne le rencontre que sur les bords interne et externe de la cornée. — De même que la pingucula est due aux

influences externes qui, dans l'étendue de la fente palpébrale, finissent au bout d'un certain nombre d'années par intéresser la conjonctive, le ptérygion, à plus forte raison, dépend de la même cause. Il s'ensuit qu'on ne le rencontre que chez les personnes âgées, surtout chez celles qui sont beaucoup exposées au vent et à la poussière. Tels sont: les campagnards, les cochers, les maçons, les tailleurs de pierres, etc. Dans les classes aisées, le ptérygion est une affection rare. La forme triangulaire du repli, son bord doublé, sa tension dans le sens horizontal s'expliquent parce que la conjonctive est entraînée de force sur la cornée.

TRAITEMENT. — Le ptérygion se traite par excision d'après la méthode d'*Artt.* Au moyen d'une pince à dents de souris, on saisit le ptérygion au col; à cet endroit son bord étant constitué par un repli conjonctival, il est possible de le soulever en partie. A partir du col, on dissèque soigneusement la tête couchée sur la cornée, en se tenant strictement dans les limites qui séparent le tissu du ptérygion de celui de la cornée. Lorsque toute la tête jusqu'au limbe est détachée de la cornée, on circonscrit ce lambeau en pratiquant deux incisions qui partent, l'une du bord supérieur, l'autre du bord inférieur du col pour se réunir en convergeant dans le corps du ptérygion (fig. 24, la ligne pointillée). De cette manière, on excise un lambeau en losange, comprenant la tête et une partie du corps, et l'on établit une plaie dont une moitié se trouve sur la cornée, et l'autre dans la conjonctive bulbaire. La plaie conjonctivale est fermée en réunissant, par une ou deux sutures, la lèvre inférieure à la lèvre supérieure. La plaie de la cornée se guérit, en se couvrant d'un tissu cicatriciel, qui produit une opacité permanente. Il est de la plus grande importance de bien réunir les lèvres de la plaie, surtout au niveau du limbe, sinon la conjonctive s'étend de nouveau sur la cornée et le ptérygion récidive.

L'excision est indiquée dans tous les cas de ptérygion progressif. Car, bien qu'il soit encore petit, il est impossible de prévoir s'il ne finira pas par couvrir le champ pupillaire de la cornée. Il vaut donc mieux garantir l'intégrité de la vue en pratiquant à temps l'ablation du ptérygion. Une fois, en effet, qu'il est arrivé jusqu'au centre de la cornée, de façon à gêner la vision, l'ablation diminuera la gêne, mais ne pourra entièrement rétablir la vue, puisque les points de la cornée qui ont été couverts par le ptérygion ne reprennent plus jamais entièrement leur transparence. Toutefois l'ablation a toujours pour résultat de faire disparaître les symptômes irritatifs concomitants, la diminution de la motilité oculaire et la difformité. — Quant au ptérygion stationnaire, l'ablation n'en est pas toujours indiquée; il faut s'en rapporter avant tout au désir du patient, qui veut être débarrassé de la difformité, etc.

Les anciens auteurs distinguent un pterygium crassum (vasculosum, carnosum, sarcomatosum) et un pterygium tenue (membranaceum). Le premier correspond au ptérygion progressif, le second au ptérygion regressif. Ces désignations n'indiquent donc pas des ptérygions d'espèce différente, mais bien des stades différents d'un même ptérygion. — Histologiquement, le ptérygion est identique à la conjonctive bulbaire, dont il ne constitue qu'un repli. Il est essentiellement formé par du tissu conjonctif fibrillaire qui est couvert jusqu'à la pointe par l'épithélium de la conjonctive. Dans le tissu du ptérygion, on trouve des endroits qui montrent le processus dégénératif de la pinguicula. Là où le ptérygion recouvre la cornée par places, la membrane de *Bowman* est détruite; les lamelles cornéennes superficielles même sont de-ci de-là remplacées par du tissu appartenant au ptérygion. Ainsi s'explique pourquoi, après l'excision du ptérygion, la cornée ne reprend plus sa transparence normale.

C'est à *Artt.* que nous devons un procédé opératoire du ptérygion, qui est très souvent suivi de succès; c'est lui, en effet, qui le premier a démontré la nécessité de réunir les lèvres de la plaie produite par l'ablation du ptérygion. Avant lui, on se contentait simplement de l'exciser; mais cette opération était si souvent suivie de récidive que, chez beaucoup de praticiens, elle avait perdu tout crédit. — La réunion des lèvres de la plaie par la suture devient difficile ou même impossible quand il s'agit de ptérygions très larges. Alors, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie, on pratique des incisions libératrices dans la conjonctive voisine. Dans les boutonnières produites par les incisions libératrices, on peut introduire la tête du ptérygion et l'y fixer par une suture, au lieu de l'exciser. Pour les patients timorés, qui ont peur du couteau, *Szokalski* a exposé une méthode d'étranglement du ptérygion.

Pseudoptérygion (ptérygion cicatriciel). — On observe quelquefois, à la suite de certains processus inflammatoires, des adhérences de replis conjonctivaux sur la cornée, qui présentent l'aspect d'un vrai ptérygion. Supposons, par exemple, une blennorrhée aiguë de la conjonctive, accompagnée de chémosis et d'un large ulcère périphérique de la cornée. Le bourrelet chémotique conjonctival repose sur la surface ulcéreuse et contracte adhérence avec elle. Après la terminaison de l'inflammation, le gonflement conjonctival diminue, le bourrelet chémotique disparaît; mais, à l'endroit où il a contracté adhérence avec la cornée, la conjonctive reste définitivement fixée. On voit alors un repli triangulaire, formé par la conjonctive, passant sur le limbe, s'avancer sur la cornée et y adhérer. Au niveau du limbe, on peut habituellement passer une sonde fine sous ce repli, preuve qu'il n'est adhérent que par la pointe et non dans toute son étendue.

Voici par quels signes le pseudoptérygion se distingue du ptérygion vrai. Dans le premier, la conjonctive se fixe sur un point déterminé de la cornée, où elle demeure sans subir ultérieurement ni progrès, ni recul. Dans le ptérygion vrai, au contraire, la conjonctive ne cesse de s'avancer lentement sur la cornée; il est doué d'un stade de progression; aussi le pseudoptérygion, par son origine et sa manière d'être, se rapproche plutôt du symblépharon que du ptérygion lui-même.

Les pseudoptérygions ne s'observent pas seulement après les blennorrhées aiguës, mais encore après la diphtérie, les brûlures, les corrosions, les prolapsus de

l'iris, l'ablation de néoplasmes, etc. Il est évident qu'on peut le rencontrer, non seulement sur les côtés interne et externe, mais encore sur n'importe quel côté de la cornée. Les pseudoptérygions qui résultent d'une blennorrhée aiguë se trouvent de préférence vers le haut, ceux qui proviennent de brûlures et autres lésions semblables se trouvent le plus fréquemment sur les parties inférieures de la cornée (dans l'étendue de la fente palpébrale).

Les petits pseudoptérygions peuvent être abandonnés à eux-mêmes sans inconvénient. Quant aux grands, on en fait d'ordinaire l'ablation, suivant le procédé de l'opération du vrai ptérygion, et l'on réunit les lèvres de la plaie au moyen d'une suture. Dans les cas où le pseudoptérygion n'est pas adhérent à la surface du bulbe au niveau du limbe, on peut renoncer à l'ablation et à la suture; il suffit simplement de détacher de la cornée la pointe du pseudoptérygion pour le voir se retirer d'abord, puis se flétrir et disparaître.

Il arrive quelquefois qu'un vieux pannus, qui s'est transformé déjà en tissu conjonctif, n'est relié à la cornée que par un tissu cellulaire lâche. Alors il jouit d'une certaine mobilité, de façon qu'on peut le faire glisser, ainsi que la conjonctive du bulbe, sur les couches sous-jacentes. Cet état peut en imposer pour un ptérygion.

XII. — SYMBLÉPHARON

§ 25. SYMPTÔMES. — Sous le nom de symblépharon (1), on désigne l'adhérence cicatricielle de la conjonctive palpébrale avec celle du globe. En cherchant à écarter la paupière de l'œil, on voit des brides, se dirigeant d'un ou plusieurs points de la surface interne de la paupière vers la surface du globe oculaire, se tendre et empêcher le mouvement complet de la paupière. Ces brides ont le plus souvent l'aspect tendineux, plus rarement elles sont charnues et peuvent s'insérer non seulement sur la conjonctive bulbaire mais encore sur la surface de la cornée même. Lorsque les adhérences entre les deux surfaces conjonctivales se trouvent vers la périphérie, au niveau du cul-de-sac, on désigne cet état sous le nom de symblépharon *postérieur*. Si, au contraire, les adhérences ne vont pas si loin de façon que les brides cicatricielles se tendent entre les paupières et le globe oculaire, en laissant une place pour passer une sonde le long du cul-de-sac, on dit qu'il existe un symblépharon *antérieur*. Cette distinction repose sur des raisons pratiques, parce que le symblépharon antérieur s'opère facilement, tandis que le symblépharon postérieur n'est que difficilement ou point du tout susceptible d'être opéré. Lorsque les paupières sont adhérentes au globe dans toute leur étendue, il y a symblépharon *total*; cet état s'observe rarement.

(1) σύν et βλεφαρον, paupière.

ÉTIOLOGIE. — Le symblépharon prend naissance, lorsque deux surfaces érodées, l'une de la conjonctive de la paupière, l'autre de celle du globe oculaire, se trouvant adossées l'une à l'autre, finissent par contracter adhérence. L'adhérence surviendra nécessairement, lorsque les deux surfaces érodées s'étendent jusque dans le cul-de-sac et s'y rejoignent. En effet deux surfaces dénudées qui viennent à se réunir sous un angle aigu commencent toujours à se cicatrifier au niveau de cet angle. Les plaies de la conjonctive sont produites par des brûlures, des corrosions, de la diphthérie, des opérations, des ulcères de tout genre, etc.

Dans un sens un peu différent, on se sert de l'expression symblépharon, pour désigner un raccourcissement de la conjonctive, qui résulte d'une rétraction graduelle de son tissu, comme, par exemple, après le trachome (voir page 74). Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une adhérence entre deux surfaces érodées de la conjonctive, mais d'une diminution graduelle du cul-de-sac conjonctival. D'abord, les plis du cul-de-sac s'effacent et la conjonctive passe sans transition de la paupière sur le globe (fig. 19, B, f₁), aussi se prend-elle en plis transversaux lorsqu'on écarte la paupière. Dans les cas avancés, le cul-de-sac conjonctival est réduit à une simple gouttière très peu profonde, située entre le bulbe oculaire et la paupière. Comme le raccourcissement de la surface de la conjonctive, à la suite de rétraction, se traduit toujours en premier lieu par la disparition du cul-de-sac, tous ces cas appartiennent au symblépharon postérieur. Cette espèce de symblépharon s'observe surtout après le trachome et dans les cas rares de pemphigus de la conjonctive.

De tous légers symblépharons n'amènent aucune conséquence bien fâcheuse. Lorsque les adhérences sont plus étendues, elles gênent les mouvements de l'œil et, comme à la suite d'un ptérygion, une diplopie pourrait en être la conséquence. D'autre part, comme ces mouvements exercent du tiraillement sur les adhérences, l'œil s'en trouve constamment irrité. Quand les adhérences siègent dans la fente palpébrale, elles produisent de la difformité et, lorsqu'elles s'insèrent sur la cornée, elles peuvent altérer la vision. Dans les cas d'adhérences très étendues, les paupières sont si peu mobiles que l'occlusion complète en est devenue impossible et qu'il existe un lagophthalmos, avec toutes ses suites fâcheuses pour la cornée. Il va sans dire d'ailleurs que le symblépharon total amène aussi la cécité complète, du moins il ne reste plus que la perception lumineuse quantitative.

TRAITEMENT. — Le traitement relève de la chirurgie. On guérit facilement les cas de symblépharon *antérieur*. On incise soigneusement l'adhérence entre la paupière et le bulbe oculaire, de façon à n'intéresser ni la sclérotique ni le tarse. Lorsque la paupière est détachée, il s'agit de

prévenir les adhérences ultérieures des plaies fraîches et d'obtenir que chacune d'elles se cicatrise pour son compte. Dans ce but, il faut séparer fréquemment la paupière du globe oculaire et, entre les deux, on place une compresse imprégnée d'huile ou enduite d'un onguent.

Pour opérer le symblépharon *postérieur*, on commence aussi par détacher les adhérences jusqu'au cul-de-sac. Si l'on se contentait de cette seule manœuvre, la réunion de ces plaies fraîches ne tarderait pas à se refaire, à commencer par le cul-de-sac où elles se continuent l'une dans l'autre. Pour prévenir ce résultat, l'une des deux plaies doit être couverte de conjonctive, de manière que la surface dénudée vienne s'adosser à celle qui est revêtue d'épithélium. On recouvre de préférence la plaie du globe parce que la conjonctive bulbaire est très mobile, tandis que celle des paupières est solidement fixée au tarse. On détache donc la conjonctive bulbaire de chaque côté de la plaie, sur laquelle on l'entraîne ensuite, pour l'y fixer au moyen de sutures. Pour réussir, il faut particulièrement soigner l'adaptation des lèvres de la plaie au niveau du cul-de-sac. Si, après la séparation des adhérences, la plaie de la conjonctive bulbaire est tellement étendue qu'on ne dispose pas d'assez de conjonctive pour la recouvrir, les adhérences se reproduiront inévitablement. Il s'ensuit naturellement que les symblépharons postérieurs très étendus et, par conséquent à plus forte raison, le symblépharon total, sont incurables. Il faut en dire autant du symblépharon, né d'une rétraction graduelle de la conjonctive.

On opère quelquefois le symblépharon, même dans les cas où l'œil est aveugle et atrophié, dans le but de rendre possible une prothèse oculaire.

Pour arriver à pouvoir opérer des symblépharons postérieurs avec des adhérences étendues, on a imaginé diverses méthodes. Comme pour l'opération de la syndactylie, *Himly*, le premier, a traversé l'adhérence, le long du cul-de-sac, par un fil de plomb. En laissant le fil en place pendant longtemps, le canal dans lequel il passe se revêt d'épithélium (comme il se fait pour le petit canal du lobe de l'oreille, chez les personnes qui portent des pendants). De cette façon, le symblépharon postérieur est transformé en symblépharon antérieur que l'on peut opérer alors par une simple séparation des adhérences. D'autres ont essayé de recouvrir la large plaie bulbaire résultant de la séparation du symblépharon, par de la conjonctive bulbaire, rendue mobile au moyen d'incisions libératrices. D'autres ont taillé dans la conjonctive un lambeau pédiculé, pour l'appliquer sur la plaie (*Teale, Knapp*). Il y en a même (*Stellwag, Wolfe*) qui ont greffé sur la plaie, et cela avec succès, des fragments non pédiculés de muqueuse pris sur d'autres points (de la conjonctive prise sur un autre œil, de la muqueuse des lèvres, de la bouche, du vagin, ainsi que de la muqueuse d'animaux). Enfin, il y a même des opérateurs qui ont remplacé la perte de substance par de la peau, soit sous forme de petites greffes, soit sous forme de lambeaux pédiculés, que l'on amène au globe par une fenêtre pratiquée dans la paupière (*Kuhnt, Snellen*). Il faut dire pourtant qu'en

général dans les adhérences très étendues toutes ces méthodes n'ont pas beaucoup de succès à inscrire à leur actif, parce qu'à la suite de la rétraction conjonctivale consécutive le symblépharon récidive habituellement.

XIII. — XÉROSIS

§ 26. SYMPTÔMES. — On désigne sous le nom de xérosis (1) de la conjonctive, une altération de cette membrane qui consiste en ce que la surface en est sèche et ne se mouille pas par les larmes. Au niveau des points xérotiques, la surface de la conjonctive est sèche, grasseuse, luisante, de teinte blanchâtre et semble d'aspect épidermique, ou bien est couverte d'une écume desséchée. La conjonctive est plus épaisse à cet endroit, moins extensible et se prend en plis raides. Les larmes coulent sur les points malades, sans les mouiller. Une altération analogue s'observe aussi à la cornée dont la surface est mate, terne et d'aspect sec, tandis que le parenchyme de la cornée a en même temps perdu sa transparence (xérosis cornéen).

ÉTIOLOGIE. — Les cas où l'on trouve le xérosis, se divisent en deux groupes. Dans le premier groupe, le xérosis est le résultat d'une affection locale de l'œil; dans le second, il constitue une complication d'une affection générale.

Le xérosis, suite d'une *affection locale*, s'observe :

a) Dans la *dégénérescence cicatricielle* de la conjonctive. On l'observe le plus fréquemment comme terminaison du trachome, plus rarement après la diphtérie, le pemphigus, les brûlures, etc. Il débute par plaques, mais, finalement, il peut s'étendre sur toute l'étendue de la conjonctive et de la cornée. Dans ce dernier cas, la vue disparaît parce que la cornée xérotique est opaque. Cette forme de xérosis est incurable.

b) Quand la conjonctive est *incomplètement recouverte* et se trouve ainsi constamment en contact avec l'air, il peut aussi se développer un xérosis. Cet état s'observe dans l'ectropion et dans le lagophtalmos (occlusion incomplète des paupières). Dans le premier cas, c'est la partie mise à nu de la conjonctive du tarse; dans le second cas, au contraire, c'est la partie de la conjonctive sclérale et de la cornée qui correspond à la zone de la fente palpébrale, qui est couverte d'un épithélium d'aspect épidermique, épaissi et desséché. C'est cet épithélium d'ailleurs qui préserve contre le dessèchement les couches profondes de la conjonctive. Pour ces cas, il n'y a de remède que lorsqu'il est possible (par un procédé opératoire) de rendre à la conjonctive mise à nu et à la cornée leur abri normal.

(1) ξηρός, sec.

Le xérosis qui s'observe dans le cours d'une affection générale se présente sous deux formes, l'une légère et l'autre grave.

a) La forme *légère* accompagne l'héméralopie (cécité nocturne). En même temps que ce trouble particulier de la vue (voir § 105), on trouve, sur les bords interne et externe de la conjonctive bulbaire, des plaques triangulaires qui sont couvertes d'une écume fine et desséchée et qui ne se mouillent pas par les larmes (*Bitot*). C'est une maladie des adultes.

b) La forme *grave* accompagne la kératomalacie (voir § 40). Ici encore le xérosis débute sur la conjonctive au niveau de la fente palpébrale, mais s'étend plus tard sur la cornée qui se détruit par suppuration. C'est une maladie des enfants, qui meurent alors souvent au milieu des symptômes d'une affection générale. On suppose que la forme légère et la forme grave ne constituent que deux degrés différents d'une même maladie, dont la nature intime nous est encore inconnue. Le xérosis, qui, dans ces cas, atteint la conjonctive et la cornée, saines auparavant, doit être considéré comme la suite d'une dystrophie produite par la maladie générale. Comme symptômes de cette maladie, le xérosis présente pour nous une certaine importance, mais il n'en a guère par lui-même. C'est donc surtout contre l'affection générale que le traitement doit être dirigé.

C'est *Cohn* qui le premier a établi la distinction entre le xérosis dépendant d'une cause locale et celui qui résulte d'une affection générale. Cette division correspond à peu près à la division ordinaire en xérosis parenchymateux et en xérosis épithélial. Dans le xérosis local, la muqueuse est malade jusque dans ses couches profondes (xérosis parenchymateux), tandis que dans le xérosis dépendant d'une dystrophie générale les altérations ne concernent que l'épithélium (xérosis épithélial). Quelques auteurs distinguent encore le xérosis partiel (ou glabre) du xérosis total (ou squameux).

Les altérations anatomiques qui constituent l'essence du xérosis ont principalement l'épithélium pour siège. L'épithélium est en effet épaissi et, par suite, blanchâtre, opaque et d'aspect épidermique. De plus, il a acquis une nature grasseuse qui fait que les larmes ne le mouillent plus. C'est là la cause de son aspect sec particulier. Lorsque l'on enlève par le lavage au savon la graisse des parties malades, celles-ci se laissent de nouveau mouiller par les larmes (*Leber*). L'état grasseux est partiellement causé par une couche de produits sébacés sécrétés par les glandes de *Meibomius* et enduisant l'épithélium épaissi. Mais, en outre, les cellules épithéliales elles-mêmes subissent la dégénérescence grasseuse, tellement qu'on les trouve remplies d'une infinité de très fines gouttelettes de graisse.

Kuschbert et *Neisser* ont décrit un microorganisme propre au xérosis: le bacille du xérosis. Ces bacilles s'attachent en grand nombre, sous forme de petits bâtonnets, à la surface des cellules épithéliales. Il est douteux que ce bacille soit réellement caractéristique du xérosis car, en dehors de cette affection, on l'a rencontré encore dans la sécrétion conjonctivale. Dans tous les cas, il ne doit pas être

considéré comme la cause efficiente proprement dite de la maladie. Il faut croire plutôt que le bacille, introduit dans la conjonctive par l'air, trouve un milieu de culture favorable dans l'épithélium altéré dans sa nutrition.

Quel rôle joue la sécrétion lacrymale dans le xérosis? D'abord, ce n'est pas par défaut de sécrétion lacrymale que la conjonctive se dessèche, ainsi qu'on l'a cru autrefois. Car, au début de l'affection, tant que la conjonctive n'est xérotique que par petites plaques, on remarque souvent même une augmentation de la sécrétion lacrymale. D'autre part, jamais on n'a vu survenir le xérosis de la conjonctive après l'extirpation de la glande lacrymale. La cause intime de la sécheresse de la conjonctive tient plutôt à cette circonstance que les larmes ne mouillent pas la conjonctive. Néanmoins, il est certain que, dans le cas d'un xérosis avancé, la sécrétion lacrymale diminue et se tarit même entièrement. Dans un cas de xérophtalmos, *Arlt* a trouvé les canaux excréteurs de la glande lacrymale obstrués par une forte rétraction de la conjonctive; la glande lacrymale elle-même était réduite au tiers de son volume normal et transformée en une sorte de tissu graisseux. Même dans le xérosis qui accompagne la kératomalacie, l'absence de sécrétion lacrymale est remarquable; il s'agit ici probablement d'un trouble nerveux, notamment de l'absence de la sécrétion lacrymale réflexe résultant de l'affaiblissement de la nutrition générale.

XIV. — SUFFUSION DE SANG ET DE SÉRUM DANS LA CONJONCTIVE

§ 27. Ce n'est que sur la conjonctive bulbaire et au niveau du cul-de-sac que l'on observe de l'œdème et des ecchymoses. A ces endroits, en effet, la conjonctive n'est fixée au tissu sous-jacent que par un tissu lâche et peut, par conséquent, être soulevée par du liquide, sur une grande étendue. A la conjonctive du tarse, on n'observe rien de semblable, parce qu'elle est trop intimement unie au cartilage sous-jacent.

A la conjonctive bulbaire, on observe des œdèmes tant inflammatoires (œdema calidum), dépendant de l'inflammation du globe oculaire ou des organes avoisinants, que non inflammatoires (œdema frigidum), résultant d'une simple transsudation de sérosité.

Puisque l'œdème ne constitue généralement qu'un symptôme d'une autre affection, c'est contre celle-ci que le traitement doit être dirigé. S'il était nécessaire de traiter l'œdème lui-même, le moyen le meilleur serait le bandeau compressif et, si l'œdème était très turgescant, il faudrait recourir à la scarification de la conjonctive.

La suffusion de sang sous la conjonctive bulbaire est désignée sous le nom d'*ecchymose sous-conjonctivale*. Elle se présente sous forme d'une tache d'étendue variable, colorée en rouge vif ou en rouge noir; quelquefois la conjonctive scléroticale tout entière ne forme qu'une seule ecchymose.

L'ecchymose se distingue facilement de l'injection inflammatoire de la conjonctive, par sa teinte uniformément rouge, qui ne permet pas de reconnaître un réseau vasculaire, ensuite par ses limites plus nettes, relativement aux parties de la conjonctive non ecchymosées, habituellement pâles et tout à fait normales.

On observe des ecchymoses conjonctivales, après les lésions traumatiques et les opérations sur la conjonctive (notamment après l'opération du strabisme), ensuite dans les inflammations conjonctivales violentes, surtout dans l'ophtalmie catarrhale. On observe fréquemment des ecchymoses spontanées, chez les vieillards dont la conjonctive est d'ailleurs saine, mais dont les parois vasculaires sont devenues fragiles. La rupture des vaisseaux est souvent occasionnée par un violent effort corporel, ou par la toux, l'éternuement, le vomissement, par un effort, etc. Chez les enfants, on observe aussi quelquefois des ecchymoses spontanées, surtout après la coqueluche. Il faut attribuer une signification symptomatique spéciale aux ecchymoses qui surviennent soi-disant spontanément, peu de temps après une lésion du crâne. Il s'agit ici d'une fracture de la base du crâne, où le sang extravasé a fusé dans l'orbite, jusque sous la conjonctive (voir § 133).

Les ecchymoses conjonctivales se résorbent au bout de quelques jours ou de quelques semaines, sans laisser de suites fâcheuses; elles ne demandent d'ailleurs quasi aucun traitement. C'est pour tranquilliser le patient plutôt que pour obtenir une résorption plus prompte que le médecin a l'habitude de prescrire des compresses d'eau blanche.

L'œdème inflammatoire de la conjonctive accompagne les affections inflammatoires les plus diverses, telles que : l'inflammation des paupières (érysipèle, orgelet), du bord orbitaire (périostite), du sac lacrymal (dacryocystite), de la conjonctive (surtout la blennorrhée aiguë), du globe oculaire (kératite suppurée, iridocyclite, choréïdite suppurative et panophtalmite), ensuite les inflammations des tissus rétro-bulbaires (ténonite, phlegmon de l'orbite). L'œdème inflammatoire, ainsi que les épanchements de sérum et de sang, se produisent surtout fréquemment chez les personnes âgées, dont la conjonctive est particulièrement extensible et lâchement fixée, à tel point que l'œdème s'observe ici quelquefois à l'occasion d'un catarrhe léger. Généralement c'est au niveau de la fente palpébrale que l'œdème est le plus développé, parce qu'à cet endroit la pression des paupières n'existe pas. Il n'est pas même rare de voir dans la fente palpébrale un repli de la conjonctive œdématisée engagé entre les paupières.

La cause de l'œdème non inflammatoire se trouve dans une hydrémie, ou une stase sanguine. L'œdème hydrémique s'observe quelquefois comme symptôme de l'albuminurie. Alors il revient plusieurs fois pour disparaître chaque fois rapidement (œdème fugace). Une espèce particulière d'œdème c'est l'œdème de

filtration de la conjonctive bulbaire. On l'observe après une opération ou une lésion traumatique, ensuite desquelles le segment antérieur de la sclérotique a été perforé. Il est dû à ce que, entre les lèvres de la plaie incomplètement fermée, s'échappe l'humeur aqueuse, qui fuse sous la conjonctive. Lorsque la cicatrisation est terminée, l'œdème disparaît habituellement, mais, dès qu'il reste un petit pertuis dans la sclérotique, l'œdème persiste. C'est ce qu'on appelle une cicatrice cystoïde (fig. 41). — L'œdème de filtration a son siège, soit au niveau de l'ouverture fistuleuse, soit dans un point déclive de la conjonctive bulbaire, parce que, obéissant à la pesanteur, la sérosité descend.

Il n'est pas rare d'observer dans la conjonctivite sclérale de petites vésicules limpides, disposées comme les perles d'un collier ou en forme de bourrelets allongés en boudins. Il s'agit ici de vaisseaux lymphatiques dilatés et remplis d'une sérosité claire; ce sont des *lymphectasies*. On les voit aussi bien dans le cours d'une inflammation conjonctivale que sur une conjonctive parfaitement saine.

Les *ecchymoses* conjonctivales, si peu dangereuses qu'elles soient, effrayent les patients par leur brusque apparition. L'inquiétude des patients est surtout vive, lorsque, dans les premiers jours de son apparition, ce qui est fréquemment le cas, l'ecchymose prend encore de l'extension. La pinguicula se dessine particulièrement bien sur le fond rouge de l'ecchymose sous forme d'une tache claire, blanchâtre ou jaune. Au niveau de la cornée, l'ecchymose rouge est limitée par un mince liseré gris. C'est le bord interne du limbe conjonctival, trop solidement fixé à la cornée pour permettre au sang de le soulever. Dans les yeux à iris bleu, celui-ci prend souvent, au point qui correspond à l'ecchymose, une teinte verte. Cette coloration est due à la présence, entre les lamelles cornéennes, d'une mince couche de sang (en couche mince, le sang paraît vert) derrière laquelle l'iris paraît vert.

La présence de l'air sous la conjonctive bulbaire (emphysème) s'observe quelquefois en même temps que sous la peau des paupières ou dans le tissu orbitaire (voir § 113).

XV. — TUMEURS DE LA CONJONCTIVE

On rencontre dans la conjonctive des tumeurs tant bénignes que malignes. La tumeur *bénigne* la plus importante est le *dermoïde*.

C'est une tumeur lisse, de consistance dure, qui siège à cheval sur la conjonctive et sur la cornée à laquelle elle est solidement fixée. Le plus fréquemment on la rencontre sur le bord externe (temporal) de la cornée. Le dermoïde est blanc ou rougeâtre, à l'aspect épidermique et très souvent sec. Il est quelquefois couvert de fins poils follets, ou même de poils plus longs.

L'examen histologique démontre que la structure du dermoïde est la même que celle de la peau. Il est constitué par un stroma du tissu conjonctif, revêtu d'un épiderme qui contient des follicules pileux, des glandes

sébacées et sudoripares. Le dermoïde forme ainsi un îlot cutané implanté à la surface du globe oculaire.

Les tumeurs dermoïdes sont toujours congénitales et coexistent souvent avec d'autres anomalies congénitales telles que : des colobomes des paupières, ou des appendices cutanés d'aspect verruqueux devant les oreilles. Quel-

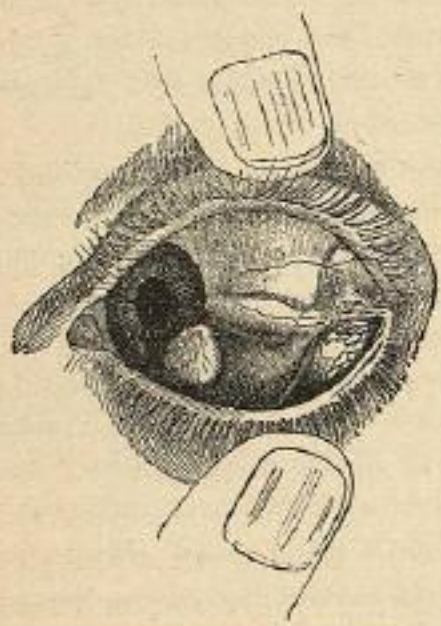


FIG. 25. — *Dermoïde cornéen et lipome sous-conjonctival* chez une jeune fille de treize ans. — Le dermoïde siège au bord inféro-externe de la cornée, reposant en partie sur la cornée, mais plus sur la sclérotique. Pour voir le lipome, on doit faire tourner l'œil fortement en dedans. Le lipome a une forme un peu différente de la normale : en effet, il est divisé en deux lobes et se prolonge jusqu'au bord externe de la cornée. Il est partout recouvert de la conjonctive ferme, analogue à la peau, qui pourtant laisse voir par transparence la couleur jaune de la graisse sous-jacente.

fois, les tumeurs dermoïdes peuvent acquérir par la suite un grand développement.

D'après *Remak*, elles résultent, comme leurs analogues, les kystes dermoïdes, d'une inflexion fœtale du feuillet externe du blastoderme. *Van Duyse*, au contraire, pense qu'elles doivent leur origine à une adhérence du sac amniotique avec la surface du globe. L'adhérence s'étirerait plus tard sous forme d'un filament et finirait par se rompre, mais le point d'implantation sur l'œil persiste et donne naissance à la tumeur dermoïde.

Les dermoïdes ont pour inconvénient de produire une difformité fort apparente. Lorsqu'ils sont grands, et surtout quand ils sont couverts de poils, ils irritent l'œil mécaniquement et gênent en outre la vue, pour autant qu'ils atteignent le champ pupillaire de la cornée. On les fait disparaître par une simple excision qui se pratique en détachant, avec tous les soins voulus, la tumeur de la conjonctive et de la cornée sous-jacentes.

Ensuite, on attire la conjonctive avoisinante et on en couvre la plaie aussi exactement que possible. La partie de la cornée qui fut le siège de la tumeur reste opaque pour toujours. Si l'on n'a pas enlevé exactement toute la tumeur, elle peut partiellement se reproduire.

Comme tumeurs malignes de la conjonctive, on observe l'épithéliome et le sarcome. Ces tumeurs naissent ordinairement sur le limbe conjonctival, d'où elles se propagent sur la conjonctive, ainsi que sur la cornée.

L'épithéliome constitue une tumeur lisse, non pigmentée, à large base. Elle se localise pendant longtemps dans les couches superficielles de la conjonctive et de la cornée, sur laquelle elle se développe souvent à la façon d'un pannus. L'épithéliome a beaucoup de tendance à s'ulcérer superficiellement.

Les sarcomes, qui naissent sur le limbe, sont d'ordinaire pigmentés (mélanosarcomes). A l'inverse de l'épithéliome, le sarcome se développe de préférence en hauteur et il n'est retenu aux tissus sous-jacents que par une base étroite. Le sarcome est donc une tumeur noirâtre très proéminente, en forme de champignon, souvent couchée sur la cornée, dont elle couvre une grande partie. En soulevant la tumeur, on constate que la cornée sous-jacente est en majeure partie normale.

L'épithéliome, aussi bien que le sarcome, sont des affections de l'âge mûr, et, quand on ne les enlève pas, ils ne cessent de prendre du développement. Le sarcome notamment peut acquérir un volume colossal. Le patient finit par succomber à l'épuisement ou aux métastases qui se développent dans les organes internes. Il faut donc extirper ces tumeurs aussi promptement et aussi radicalement que possible. Tant qu'elles sont petites et superficielles, rien n'empêche qu'on les enlève tout en conservant le globe oculaire. On détruit la tumeur aussi bien que possible, en partie au moyen du bistouri, en partie par la curette tranchante, et l'on en cautérise la base largement au fer rouge. S'il n'est plus possible d'enlever radicalement la tumeur par ce procédé, il faut énucléer l'œil en même temps, alors même qu'il fonctionne encore.

On observe encore, bien que rarement, les tumeurs bénignes suivantes :

Le lipome sous-conjonctival. — C'est une tumeur qui siège sur la partie supéro-externe du globe oculaire, entre le muscle droit externe et le droit supérieur et qui paraît jaune, vue par transparence à travers la conjonctive. La forme en est triangulaire, la base nettement limitée est dirigée du côté de la cornée, tandis que les deux côtés du triangle dirigés en dehors se confondent insensiblement avec le tissu graisseux de l'orbite. Tant que la tumeur est petite, elle reste d'ordinaire cachée sous l'angle externe des paupières, et peut n'être observée qu'en faisant tourner l'œil fortement en dedans (fig. 25). Si le lipome a pris un grand développement, à la simple inspection, il devient apparent dans la fente palpébrale, où il produit une difformité; c'est son seul inconvénient. L'examen microscopique démontre que le lipome est constitué par des lobules graisseux. La conjonctive qui le recouvre est épaissie, d'aspect cutané; ce qui rapproche cette tumeur du dermoïde. Le lipome, en effet, autant que le dermoïde, est une affection congénitale, mais il prend quelquefois un grand développement vers l'âge de la puberté. Si, à cause de la difformité qu'il produit, le patient désire voir enlever son lipome, on incise la conjonctive au niveau de la tumeur et on extrait simplement les masses lipomateuses visibles dans la fente palpébrale; l'ablation radicale de tous les tissus graisseux est inutile.

Les kystes de la conjonctive présentent ordinairement l'aspect de petites vésicules remplies d'une sérosité limpide comme de l'eau. La plupart d'entre eux, surtout ceux qui se trouvent sur la conjonctive bulbaire, proviennent de vaisseaux lymphatiques élargis (voir page 129). Dans le cul-de-sac, on rencontre des kystes

qui doivent leur origine aux glandes conjonctivales de *Krause*, enfin on observe dans la conjonctive des kystes résultant d'un traumatisme. Des kystes sous-conjonctivaux plus grands sont dus à des cysticerques. On les observe principalement chez les enfants et chez les personnes jeunes. En ce point la conjonctive est parcourue par des vaisseaux dilatés et proéminents sous forme d'une tumeur oblongue. Sous la conjonctive, on sent le kyste d'ordinaire mobile sur les tissus sous-jacents, quelquefois cependant il adhère fortement à la sclérotique ou à l'un ou l'autre muscle de l'œil. Quand le kyste a des parois minces, on peut y voir la tête du ver sous forme d'un point blanchâtre. Il n'est pas difficile d'extirper le cysticerque; on n'a qu'à inciser la conjonctive et à énucléer le kyste qui le contient. Ce kyste est constitué par la vésicule kystique, renfermée dans une capsule de tissu conjonctif qui s'est développée autour de l'animalcule.

Sous le nom de *polypes* de la conjonctive, on désigne des excroissances molles, rarement dures, pédiculées, qui siègent sur la conjonctive et dont la surface unie est tapissée par la muqueuse. Ils partent le plus souvent du cul-de-sac ou de la conjonctive palpébrale. Généralement ils sont si petits qu'on ne les découvre qu'en renversant la paupière; parfois, au contraire, ils deviennent si volumineux qu'ils proéminent entre les paupières. Lorsque les polypes sont plus grands, en raison des lésions mécaniques qui les atteignent, leur surface est très souvent ulcérée. Les polypes sont en réalité de petits fibromes qui soulèvent la conjonctive sous forme d'une bourse. Le traitement consiste à les exciser et ensuite à en cautériser la base au moyen de la pierre infernale.

On confond très fréquemment les *papillomes* de la conjonctive avec les polypes, mais ils s'en distinguent en ce que leur surface n'est pas lisse, mais d'aspect papillaire, c'est-à-dire ressemblant à une framboise ou à un chou-fleur. Ils sont pédiculés, ou siègent par une large base sur une grande étendue de la conjonctive. Ils occupent le plus souvent la région de la caroncule, mais ils peuvent également naître sur d'autres points de la conjonctive. Quelquefois on observe plusieurs papillomes simultanément sur différents points de cette membrane. On doit les extirper radicalement, car ils ont beaucoup de tendance à récidiver.

Une troisième forme de tumeurs qui ont de la ressemblance extérieure avec les polypes conjonctivaux sont les *tumeurs granuleuses*. Ce sont, comme les polypes, de petites tumeurs en forme de champignons et pédiculées. Cependant ils ne sont pas, comme les polypes, revêtus de la conjonctive; ils consistent au contraire en un simple tissu granuleux. Ils se développent sur les points où la conjonctive a subi une perte de substance, soit à la suite d'un ulcère (même à la suite de larges efflorescences dans la conjonctivite lymphatique), soit après des traumatismes ou des opérations (le plus souvent après la ténotomie, à l'endroit de la plaie conjonctivale et après une énucléation, au fond du sac conjonctival). On les observe souvent à l'endroit où un chalazion a perforé la conjonctive palpébrale, sous forme d'un bourgeon granuleux. Lorsqu'elles persistent longtemps, la rétraction cicatricielle de la conjonctive circonvoisine les étrangle à leur base et elles finissent par tomber spontanément, si on ne les a déjà enlevées.

Les trois espèces de tumeurs, qui viennent d'être citées, contiennent très souvent de nombreux vaisseaux dilatés, au point que quelques cas isolés de polypes

très vascularisés ont été décrits comme de simples angiomes pédiculés de la conjonctive. Il est donc aisé à comprendre qu'ils donnent facilement lieu à des hémorragies répétées surtout quand, par places, ils sont ulcérés, et quand ils sont atteints de lésions mécaniques, par exemple en frottant l'œil. C'est ainsi qu'il faut expliquer un grand nombre de légendes de personnes qui auraient pleuré des larmes de sang.

Les *angiomes* de la conjonctive se développent, en règle générale, primitivement dans les paupières et envahissent ultérieurement peu à peu la conjonctive. Il est rare d'observer dans la conjonctive — le plus souvent dans la région de l'angle interne de l'œil — des angiomes primaires. D'ordinaire ils sont congénitaux et prennent plus tard de l'extension. Pour le traitement, voir les angiomes des paupières, § 133.

En ce qui concerne les tumeurs *malignes*, appelées épithéliome et sarcome, il faut distinguer entre celles qui naissent dans les tissus avoisinants spécialement les paupières et qui de là se propagent sur la conjonctive, et celles qui, siégeant dès le début sur la conjonctive même, doivent être considérées comme des tumeurs conjonctivales primaires. Celles-ci naissent le plus souvent sur le limbe conjonctival. La prédilection que montre l'épithéliome de naître à la limite qui sépare la conjonctive de la cornée, ne représente-t-elle pas un fait analogue à celui que l'on observe pour l'épithéliome d'autres parties du corps? Effectivement l'épithéliome se développe de préférence aux points où une variété d'épithélium se continue dans une autre, par exemple, à la limite entre la peau et une muqueuse (anus, lèvres, bords palpébraux, etc.). Un autre élément qui explique le développement de l'épithéliome sur le limbe est la nature spéciale de l'épithélium à cet endroit. En effet, on y trouve quelquefois, même sur des yeux sains, des hypertrophies épithéliales cylindriques s'enfonçant dans les tissus profonds.

Les sarcomes de la conjonctive sont ordinairement pigmentés. On sait que les sarcomes mélaniques se développent dans les endroits où, à l'état normal, il existe déjà du pigment dans les tissus. Il s'ensuit qu'on les observe sur la conjonctive palpébrale et surtout sur le limbe, deux régions de la conjonctive qui, à l'état physiologique, contiennent du pigment. Chez les personnes brunes surtout, le limbe est quelquefois tellement pigmenté que, même à l'œil nu, on le voit uniformément coloré en brun ou couvert de taches brunes foncées, isolées. Au reste, on rencontre encore parfois sur d'autres endroits de la conjonctive tant bulbaire que palpébrale des points pigmentés qui peuvent donner lieu plus tard au développement d'un mélanosarcome.

L'ablation radicale de l'épithéliome et du sarcome bulbaires, avec conservation de l'œil, devient impossible, quand ces tumeurs ont pris une telle extension que, pour les opérer, il faut sacrifier trop de conjonctive. En effet, l'opération serait suivie d'une cicatrice tellement large, produisant un tel tiraillement et une telle immobilité du globe, qu'il perdrait quand même ses fonctions, de sorte qu'il vaut mieux extirper l'organe d'emblée. Le globe oculaire devra encore être sacrifié, quand la tumeur en a envahi les tissus profonds, ce qui a spécialement lieu le long des vaisseaux ciliaires antérieurs. On ne découvre souvent cette complication qu'après avoir enlevé les tumeurs superficielles; quelquefois même, elle passe

inaperçue. Dans le dernier cas, peu après une ablation, en apparence radicale, on voit survenir une récurrence à l'endroit où siégeait la tumeur. L'histoire suivante est propre à faire voir la malignité de ces sortes de tumeurs qui, au début, sont en apparence si petites :

En 1879, entra à la Clinique ophthalmologique d'Artt une femme de cinquante-sept ans, porteuse d'un mélanosarcome au globe oculaire droit. La tumeur avait eu pour origine un petit point rouge qui existait depuis nombre d'années et qui avait commencé à prendre du développement dans les derniers temps. La tumeur qui avait alors acquis le volume d'un gros pois avait une teinte rouge brunâtre. Elle siégeait sur la conjonctive au bord externe de la cornée. La base de la tumeur dépassait légèrement le limbe et s'étendait sur la cornée, sans atteindre cependant le champ pupillaire, de sorte que l'acuité visuelle était entièrement normale. J'extirpai la tumeur, en divisant la conjonctive à une certaine distance du bord de la tumeur, puis en séparant celle-ci aussi soigneusement que possible de sa base. La plaie opératoire qui intéressait la conjonctive pour la plus grande partie, et la cornée sur une moindre étendue, fut traitée par le curetage, puis les lèvres de la plaie conjonctivale furent suturées. La cicatrisation se fit par première intention et la malade conserva provisoirement la santé. Mais, en mai 1886, c'est-à-dire sept ans plus tard, la patiente revint à la consultation. Elle portait maintenant un autre mélanosarcome épibulbaire sur l'œil droit, mais situé cette fois dans le limbe, sur le bord interne de la cornée, et représentant une tumeur brune de la grosseur d'une demi-lentille. La cicatrice mince du bord cornéen externe, reste de la première tumeur, n'avait subi aucun changement; de même, le limbe aux bords cornéens supérieur et inférieur était entièrement normal. Il était, par conséquent, impossible de considérer le mélanosarcome, qui était maintenant situé sur le bord interne de la cornée, comme une récurrence de la tumeur qui avait existé sept ans auparavant sur le bord externe de la cornée. C'était donc bien à la prédisposition inhérente au limbe de donner naissance à des tumeurs qu'il fallait attribuer qu'après l'ablation d'une tumeur en un point du limbe il s'en produisait une autre sur un autre point. (On peut en dire autant d'un cas que j'ai observé où un épithéliome s'était développé d'une manière indépendante aux deux yeux en même temps, de chaque côté, sur le bord interne de la cornée.) La petite tumeur fut enlevée et l'endroit où elle avait siégé cautérisé superficiellement par le galvano-cautère. Mais alors les récurrences ne tardèrent pas à se suivre rapidement. Déjà, quatre mois plus tard, en septembre 1886, la femme revint avec une récurrence au bord inférieur de la cornée. Quatre mois après l'extirpation de cette dernière tumeur, deux autres néoplasmes plus petits se rencontrèrent sur le côté inféro-interne de la cornée, situés à une certaine distance de son bord. Pour être certain d'extirper tous les tissus malades, je résolus cette fois d'énucléer l'œil, bien que l'acuité visuelle n'en fût pas encore abolie. En dépit de cette précaution, au bout de sept mois déjà, on put voir sur le fond de l'orbite une nodosité dure. La femme hésita à en laisser pratiquer l'ablation et ne revint à la clinique que cinq mois plus tard. Entre temps, les glandes préauriculaires, sous-maxillaires et précervicales s'étaient développées et l'on pouvait facilement les percevoir par la palpation. Quoiqu'on

soumit, cette fois, la malade à une opération radicale consistant dans l'extirpation complète de l'orbite et l'extirpation de toutes les glandes qu'on put découvrir, néanmoins, au bout de quelques mois, on trouva de nouveau des glandes tuméfiées. La femme a succombé depuis (en février 1890) à l'extension de la tumeur aux organes internes.

Mentionnons encore, comme tumeurs très rares de la conjonctive, les fibromes, les ostéomes et les myxomes.

Le repli semilunaire et la caroncule lacrymale s'enflamment avec la conjonctive, il n'est donc pas nécessaire de faire une description spéciale des inflammations de ces parties. Quelquefois les poils que la caroncule porte habituellement deviennent tellement longs qu'ils finissent par irriter l'œil; dans ce cas, il faut les épiler. Les néoplasmes de la caroncule portent le vieux nom d'encanthis (1); les néoplasmes bénins, les simples hypertrophies polypeuses ou papillaires de la caroncule sont désignés sous le nom d'encanthis bénin; les néoplasmes de mauvaise nature, sous le nom d'encanthis malin.

(1) ἐν et κρυός, angle oculaire.