

## CHAPITRE TROISIÈME

### CONJONCTIVE

#### § I. — Traumatismes.

Les plaies de la conjonctive palpébrale se confondent avec les plaies des paupières, puisque la conjonctive palpébrale adhère totalement au tarse. Les plaies de la conjonctive *bulbaire* nécessitent des sutures (soies fines) si elles sont étendues, et surtout si elles intéressent à la fois la conjonctive bulbaire et le cul-de-sac : une suture avec coaptation rigoureuse, faite le plus tôt possible après la lésion, empêche l'accolement anormal des surfaces cruentées et la tendance consécutive au symblépharon. On aura soin que les culs-de-sac et les plaies muqueuses, sous-muqueuses et orbitaires ne contiennent pas de corps étrangers, aussi variés que volumineux ; on retrouvera emprisonnés dans les végétations fongueuses des corps étrangers de toute sorte, tel que celui (bout de bois de 1 centimètre et demi) que nous retirâmes d'un cul-de-sac conjonctival où il gisait depuis plusieurs semaines, ignoré du malade et de son médecin. Le malade fortement cocaïnisé et la paupière retournée, on cherche, d'après le *procédé classique*, à explorer le cul-de-sac avec une *curette* à cataracte ou un simple cure-oreille, au besoin en accrochant le bord supérieur (devenu inférieur), du tarse avec une spatule ou un crochet mousse. Si la recherche demeure

infructueuse, avec persistance des symptômes de la présence d'un corps étranger, ou s'il s'agit d'objets pointus que la curette *enfonce* sous la muqueuse, nous préférons enrouler complètement la paupière (avec injection sous-cutanée de cocaïne à 1 pour 100) sur une pince spéciale ou avec la pince à fixation. Ce procédé ne peut guère laisser échapper le corps étranger, et en tous cas, il met en totalité le cul-de-sac à ciel ouvert. L'introduction d'un releveur à manche placé du côté de la peau et jouant le rôle d'un *retrousseur* et non d'un releveur, est également assez utile.

Les corps étrangers, introduits fortuitement ou volontairement dans le cul-de-sac conjonctival, sont tellement divers qu'il importe toujours de s'assurer par une exploration soignée de la cause de tout catarrhe *monoculaire*.

On vérifiera aussi si des corps étrangers (épines, grains de plomb, pointes d'aiguilles, verre, etc.), ne se sont pas introduits sous la *conjonctive bulbaire* et si d'autres n'ont pas en même temps pénétré dans l'intérieur du globe ou dans la sclérotique qui les tolère souvent assez bien.

#### § II. — Symblépharon.

La suite fréquente des brûlures graves de la conjonctive et de diverses affections généralisées, telles que le pemphigus, le trachome grave, est une adhérence cicatricielle de la paupière au globe avec disparition du cul-de-sac à ce niveau.

Un assez grand nombre de cas divers se présentent dans la pratique.

Parfois le symblépharon est *total* (xérosis, pemphigus); il n'y a alors aucune guérison possible du symblépharon.

On pourra même être amené à faire la tarsorrhaphie médiane pour protéger la cornée, si elle menace de s'ul-

BIBLIOTHECA  
FAC. DE MED. U.A.N.L.



cérer, ou, si la cornée est perdue et difforme, pour la masquer, si le malade ne se contente pas de son état, si le port d'un œil artificiel ou un tatouage de la partie centrale de la cornée cicatricielle, sont irréalisables.

*Évolution historique des méthodes et indications opératoires.* — Aussi bien pour le symblépharon total que pour les adhérences partielles, les anciens et un assez grand nombre de modernes n'ont pas avoué suffisamment l'ineurabilité fréquente du mal. Depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, les auteurs s'accordent à recommander la *division pure et simple* de l'adhérence, au bistouri boutonné ou non, de façon à rétablir un cul-de-sac en plein tissu cruenté, l'ectropion temporaire et l'intromission de charpie, de mèches, de lames de plomb, d'anneaux semblables à des pessaires, de coques de diverses substances, pour maintenir le sillon ainsi formé. Les anciens, souvent ambulants, se préoccupaient peut-être trop peu du succès définitif, mais nous savons aujourd'hui que le cul-de-sac cicatriciel se reforme avec plus de vigueur encore qu'avant la première opération. Aussi, surtout si le malade peut porter une pièce artificielle, assurément toujours bien petite, facile à briser par son peu de stabilité, et ne donnant que de faibles illusions esthétiques, devra-t-on, *lorsque le cas est opérable*, combiner toujours l'incision libératrice avec une *autoplastie*.

Toutefois, quand, malgré un symblépharon très étendu, la cornée est intacte, on *s'abstiendra* ordinairement d'*autoplastie par lambeaux cutanés*. On provoquera quelquefois, sans cela par le contact de ce tissu rude et de ses sutures, de graves ulcérations cornéennes et l'état du malade sera considérablement aggravé du fait même de l'opération. On sera moins réservé avec la greffe muqueuse, mais on sait combien l'insuccès est fréquent avec elle.

D'autres fois au contraire l'adhérence est *partielle* ou même *en pont* : si elle ne gêne pas les mouvements du

globe d'une façon appréciable, il vaut mieux ne pas intervenir.

Quant à la pièce artificielle, on fera porter un œil d'émail avec une encoche qui se met *en selle* sur l'adhérence. Un de nos malades blessé par une explosion a bénéficié d'une prothèse de ce genre qui le satisfait pleinement. A peine un léger exhaussement du bord ciliaire indique-t-il le point d'où part l'adhérence.

Si l'adhérence est *très peu large*, mais si sa ligne d'implantation est très étendue, plusieurs procédés, non toujours suivis de succès, se disputent la préférence.

On attribue souvent à Himly, une idée chirurgicale à coup sûr bien plus ancienne (ligature et section lente des petites tumeurs pédiculées, etc.), celle de sectionner lentement l'adhérence par un fil qui l'embrasse.

Le fil de soie ou de métal, placé de diverses façons suivant les cas, pouvant même ressortir à travers la base de la paupière, semble peu sûr. Il reste cependant, à notre avis, indiqué dans le symblépharon *en pont*, et doit se borner alors à entourer le tractus conjonctival. La *section* suivie de suture simple des lèvres de la plaie est très sujette à la récurrence, si le symblépharon n'est pas très peu étendu, auquel cas elle nous a cependant réussi.

L'*autoplastie conjonctivale* se pratique : 1° avec suture favorisée par des *incisions libératrices* à une certaine distance, et mobilisation des deux ponts conjonctivaux; 2° avec *échange de lambeaux* suivant des règles identiques à celles de l'autoplastie palpébrale à pédicule, dont on modifie la forme des lambeaux, et dont un des types a été recommandé par Teale (fig. 55); 3° enfin par *greffe* de peau de grenouille, de conjonctive animale (chat, lapin), ou de *muqueuse* (lèvres, vagin, prépuce du même sujet si possible), soigneusement privées des microbes qui sont leurs hôtes habituels, greffes munies de sutures sur les bords et d'un ou deux points assez larges de suture dite

BIBLIOTHÈQUE  
FAC. DE MED. U.A.M.



en *matelas*, de façon à former l'adhérence profonde du nouveau cul-de-sac, en ressortant dans le sillon orbitaire inférieur sur la joue (suivant la technique qu'on a aussi recommandée pour l'ectropion muqueux). Tout cela, surtout le dernier procédé, a pu être tenté, avec un résultat immédiat ou tardif variable : mais, autant ces méthodes sont logiques en apparence, autant le résultat *immédiat* est satisfaisant, autant la désillusion tardive peut être grande. Comme pour une foule de ces opérations de chirurgie oculaire dans lesquelles le résultat définitif est tout, on devra assez rarement, et seulement dans les cas vraiment susceptibles d'une issue heureuse, entrer dans la voie opératoire.

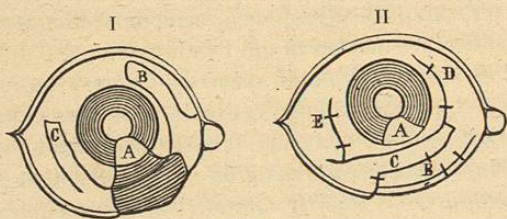


FIG. 55. — Autoplastie à lambeaux conjonctivaux. Procédé de Teale.

I. Incision. — II. Suture.

A Symblépharon. — BC Lambeaux découpés. — ED Suture.

Wolfe et Stellwag sont les premiers qui ont fait de ces transplantations muqueuses (1872). C'est d'ailleurs l'époque où la vogue de la greffe cutanée devait forcément amener à des tentatives de ce genre du côté des muqueuses.

Wecker a proposé d'employer les lambeaux excisés dans une périectomie conjonctivale.

Rappelons encore certains procédés anciens, qui présentaient des périls réels sans efficacité bien certaine.

Enfin Guérin avait conseillé de fendre verticalement la paupière de façon à ne suturer le colobome qu'après cicat-

trisation des brides, les paupières étant tenues renversées pendant ce temps(!).

Ammon enlevait le coin de paupière et la bride conjonctivale correspondante (voy. fig. 30), mais, outre le danger d'un colobome, il pourrait aussi y avoir récurrence d'une adhérence, malgré de minutieuses sutures.

Dieffenbach n'avait pas craint de disséquer la peau de la paupière et de la replier, une fois les cils rasés, sur elle-même, de façon à mettre sa face externe en contact avec la surface malade par un ectropion artificiel qu'on détruisait après cicatrisation de la plaie oculaire. Ce procédé pouvait certainement avoir des conséquences plus mauvaises ou aussi mauvaises que le symblépharon lui-même.

Ce n'est que pour une adhérence assez étendue et épaisse, qu'on pensera à une *greffe cutanée* destinée à empêcher l'incision libératrice de se refermer et de reproduire l'ankylose de l'œil. Ces opérations sont, croyons-nous, toujours dangereuses, si la cornée permet encore une vision même partielle. Il est permis par contre de les tenter, si l'œil est perdu pour la vision, impropre au tatouage et si le symblépharon est le seul obstacle *au port d'une pièce artificielle* quelconque, même d'une forme tout à fait adaptée au cas particulier. Dans ce cas, l'œil n'a rien à perdre, et il est à espérer que le cul-de-sac cutané se maintiendra en partie et pourra supporter la pièce.

Cette greffe, à pédicule ou sans pédicule, est une des innombrables variétés de la blépharoplastie, mais appliquée ici *au côté conjonctival de la paupière*. Seule l'indication est nouvelle. Ces greffes cutanées ont été d'abord pratiquées par Post (1875), Taylor et variées depuis de diverses manières (Harlan, Samelsohn), avec ou sans pédicule. Quand il y a un pédicule, on le fait passer sous une ouverture taillée à un niveau approprié de la base de la paupière.

Voici la technique générale pour modifier le symblé-



pharon : 1<sup>o</sup> de l'angle interne; 2<sup>o</sup> de l'angle externe; 3<sup>o</sup> des culs-de-sac.

1<sup>o</sup> *Angle interne.* — C'est le moins accessible à une cure quelconque : tout lambeau pédiculé cutané a pour grave inconvénient de combler le cul-de-sac interne par un disgracieux bourrelet (voir un cas de Denonvilliers, et bien d'autres) : quant à une greffe muqueuse, elle est difficile à fixer, le point de suture moyen perforant le milieu du lambeau dont il est chargé d'assurer l'adhérence profonde, ne pouvant ici être placé, tandis qu'il est possible de le faire au niveau du cul-de-sac inférieur ou supérieur. Dans nombre de cas de ce genre, on fera mieux de ne pas intervenir.

2<sup>o</sup> *Angle externe.* — Pour l'angle externe, si la greffe animale ou *muqueuse* (on suturera les bords du lambeau avec la soie et on fera dans le point correspondant au cul-de-sac externe un point large et perforant avec un fil muni d'une aiguille à chaque extrémité et qui ressort au niveau du bord adhérent de la paupière) échoue, on pourra quelquefois penser à une greffe cutanée pratiquée de la même manière, et, en cas d'échec, à une autoplastie à pédicule, dont les formes varieront, mais rappellent pour l'angle externe la canthoplastie avec interposition de lambeau cutané comme procédé général. On n'interviendra que sous les réserves signalées plus haut et quand on aura la certitude de ne risquer aucune aggravation dans l'état antérieur.

3<sup>o</sup> *Culs-de-sac.* — On s'inspirera des mêmes procédés en ce qui concerne les culs-de-sac inférieur et supérieur. Mais on évitera la greffe cutanée, tant que la cornée est intacte, et on sera très réservé dans l'autoplastie à pédicule qui, en plus de l'insuccès possible et d'une ulcération cornéenne, entraîne de nouvelles déformations palpébrales.

C'est une triste chirurgie que celle du symblépharon étendu. Le symblépharon tant soit peu développé ne guérit

que rarement d'une façon définitive, quel que soit le procédé employé, et l'on se rappellera qu'une intervention sans base solide pourra aggraver l'état du malade aussi bien au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel. On sera moins réservé quand l'œil est réduit à l'état de moignon, mais incapable, sans une opération, de porter une pièce prothétique, quelle qu'en soit la forme spéciale, à encoche ou autre. A titre *prophylactique*, on traitera antiseptiquement les brûlures conjonctivales, avec onctions constantes de pommades iodoformées, en mobilisant les adhérences et en évitant le plus possible le bandeau oculusif; de cette façon, on diminuera la suppuration, les contacts dangereux, et par suite la profondeur et la densité de la cicatrice. Rien ne prouve que l'emploi des coques de verre et l'ectropion temporaire (soit par sutures cutanées, soit par bandelettes agglutinatives) aient un effet réel. Il en est de même de l'introduction de mèches dans le cul-de-sac et tous ces moyens, pouvant ulcérer mécaniquement la cornée, devront être bien surveillés.

### § III. — Conjonctivites.

Le traitement des infections conjonctivales ne se borne pas toujours à l'application de topiques, il comporte souvent des *saignées locales* par scarifications et piqûres, des *cautérisations* ignées ou électriques, des *excisions* partielles, des *injections* sous-conjonctivales, des *raclages*, enfin des *expressions* de tissus infiltrés et d'autres manœuvres de petite ou grande chirurgie qui secondent puissamment l'effet des topiques.

*Conjonctivite purulente.* — Les *scarifications* avec un couteau mousse (le couteau de Stilling est préférable) sont applicables, dans certains cas, à l'ophtalmie blennorragique des adultes (on les évitera), les nouveau-nés où



L'hémorragie a été mortelle, dans quelques observations. Divers hémostatiques (gélatine) pourraient éviter de pareils désastres. On ne fera les scarifications qu'APRÈS LA CAUTÉRISATION au nitrate : sinon il en résulte quelquefois des infiltrations lardacées du tissu escharifié et de notables aggravations de l'état de la cornée. On se gardera des scarifications dans la conjonctivite à fausses membranes.

**Conjonctivite folliculaire.** — Lorsque la conjonctivite folliculaire traîne en longueur, malgré le traitement topique et général, on devra atteindre chirurgicalement les follicules, foyers où l'infection se cantonne. Sauf quelques follicules si gros et si saillants que le mieux est de les exciser avec les ciseaux, on évitera toute perte de substance et on se bornera à quelques scarifications et piqûres avec le faisceau d'aiguilles à tatouage, comme on l'a recommandé dans la conjonctivite granuleuse (Mariano, Armaignac).

Cette petite intervention se fait facilement à la cocaïne et elle se pratiquera surtout, de temps à autre, au niveau du cul-de-sac inférieur, ordinairement le plus touché ; si l'on soupçonne que le cul-de-sac supérieur est aussi assez fortement intéressé, ce qui arrive et passe inaperçu, si l'on se borne à retourner la paupière inférieure, on retournera le cul-de-sac supérieur avec une pince appropriée, pour agir sur le siège caché du mal.

L'hémorragie qu'entraînent ces légères excisions, scarifications et piqûres, est d'un bon effet pour décongestionner les tissus et évacuer les produits infectés. Aussi ces petites interventions secondent-elles l'emploi des topiques médicamenteux. Si même elles restaient insuffisantes, de très légères cautérisations ignées sur les follicules exubérants pourraient les accompagner, à condition d'être suffisamment espacées pour éviter toute bride et tout rétrécissement cicatriciel des culs-de-sac.

**Végétations printanières.** — Dans les cas très dé-

veloppés, l'excision et la cautérisation ignée des végétations limbaires et tarsiennes est indiquée ; malheureusement la récurrence est fréquente, parce qu'on n'enlève pas la racine même du mal. On a même parlé d'enlever le tarse en tout ou en partie et ce serait souvent l'intervention la plus logique, si l'expérience n'était encore incomplète sur ce sujet. Dans les récurrences après une excision et une cautérisation profondes, les scarifications répétées, combinées au traitement local et général, restent utiles. L'électrolyse a été aussi recommandée.

**Pustules, tuberculose, lèpre.** — Nous ne parlerons que pour mémoire des cautérisations ignées et chimiques, des péritomies limbaires partielles dans les pustules rebelles et la kératite à bandelette, des raclages, des cautérisations ignées dans la tuberculose, et la lèpre conjonctivale. Elle n'ont pas de technique compliquée.

**Trachome.** — Dans la conjonctivite granuleuse, nombre de malades guérissent sans l'emploi de grandes opérations. Les cas que le nitrate, le sulfate de cuivre et l'ichtyol, unis aux scarifications, aux cautérisations, arrivent à guérir, sont fréquents, et, dans ces cas, on conserve le plus possible l'intégrité de la conjonctive.

**Expression.** — On a souvent remarqué l'intérêt qu'il y avait, dans quelques cas, à faire éclater et à crever les granulations caséuses que les scarifications ne vident pas aussi bien. Les anciens chirurgiens faisaient cette manœuvre avec les ongles. Knapp préfère avec raison une pince-étrier à paupières, dont les branches de l'étrier sont munies de rouleaux mobiles. On aura soin de retourner la paupière supérieure et de saisir alors le tarse renversé et le cul-de-sac entre les branches de la pince, puis on la roule dans diverses directions. On évitera de faire cette opération en mettant une des branches sur la peau de la paupière. L'opération, bien qu'un peu douloureuse, se fait et se répète à la cocaïne. Elle est utile, dans les cas très infiltrés et à

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. V. ANT.



foyers interstitiels caséux, mais surtout *pour seconder l'effet des topiques*.

On fera auparavant quelques scarifications qui facilitent son action.

*Scarifications, piquage.* — Les scarifications, le piquage, l'électrolyse (Lindsay Johnson, Malgat, de Wecker), ont aussi leur utilité dans certaines formes de trachome; leur action est de plusieurs ordres: elles écoulent un sang et des produits morbides manifestement infectés, elles provoquent un afflux de sang nouveau et un phagocytisme utile, elles favorisent l'action des topiques dans le tissu *intra-granuleux*: on pourrait ajouter qu'elles ont une action cicatricielle et sclérosante délicate qui entre en ligne de compte.

On les laissera saigner *le plus longtemps possible*, au lieu d'appliquer de suite l'eau très froide ou l'eau très chaude et les hémostatiques liquides, et sans laisser trop tôt retomber la paupière supérieure qu'on malaxe. On les fera plus ou moins serrées, obliques dans la plupart des cas, quelquefois presque *transversales*, pour éviter l'arrachement de tractus muqueux (avant le brossage par exemple).

On appliquait autrefois des *sangsues* sur la conjonctive et même sur le globe, non sans danger.

Lorsque nous craignons que la scarification ne nous donne pas assez de sang, nous la faisons précéder d'un massage conjonctival avec un tampon mouillé ou la poudre d'acide borique. La muqueuse turgide donne alors, surtout si dans les cas extrêmes on pratique l'enroulement de la paupière, une hémorragie infiniment plus marquée et dont l'effet est plus accentué. Il faut se rappeler en effet qu'on obtient peu, tout en fatiguant beaucoup le malade si on se borne à quelques scarifications au niveau du tarse retourné et sans autre préparation.

*Cautérisation ignée.* — La *cautérisation ignée*, usitée déjà par les Grecs, les Romains et les Arabes, devra être réservée à quelques granulations isolées, sous peine de

destruction muqueuse rétractile trop étendue et d'aggravation de la tendance au trichiasis et au symblépharon.

*Grefte.* — La substitution systématique d'une greffe muqueuse au tissu granuleux (van Millingen, Sapejko) ou l'inversion du tarse (tarsostrophie de Bitzos) nous paraissent peu recommandables et souvent inutiles.

*Massage.* — Le massage, datant des anciens (Severus), fait avec l'index et la poudre d'acide borique sur la conjonctive de la paupière *bien retournée* et souvent même enroulée sur la pince, est un *excellent moyen* dans les cas où il existe des rugosités granuleuses, peu sécrétantes et peu infiltrées. Nous *terminons* cette manœuvre en scarifiant les tissus qui se dégorgent alors plus facilement et donnent plus de sang, et, après une irrigation destinée à enlever l'excès de poudre, nous instillons du sublimé à 1/1000. Le massage et les scarifications seront répétés tous les deux jours: on *s'abstiendra* du *sulfate de cuivre* le jour où on a massé et scarifié, mais on en mettra les jours suivants.

Il existe enfin des cas où une infiltration lardacée occupe les tarses et les culs-de-sac, transformés en une série de bourrelets volumineux.

Les traitements topiques et les scarifications n'ont souvent alors qu'un effet insuffisant. Il en est de même de la cautérisation ignée et électrolytique.

On doit en venir quelquefois à des interventions plus larges.

*Excision du cul-de-sac.* — Employée par Benedict, Himly Saunders et Lutens<sup>1</sup>, systématisée par Galezowski, l'excision des granulations et celle du cul-de-sac granuleux doivent être réservées à des cas rares. Mais, lorsqu'il y a d'énormes rangées de granulations dans le cul-de-sac supé-

1. Carron du Villards, *Guide prat. pour l'ét. des mal. des yeux*, t. II, 1847.



rieur, on est autorisé à enlever à la pince et aux ciseaux une étroite bande du tissu du cul-de-sac supérieur, en évitant d'aller trop profondément et d'intéresser le tarse et le releveur. Pour le cul-de-sac inférieur, on se bornera généralement à des scarifications. Aucune suture n'est nécessaire.

*Raclage et brossage.* — Les anciens, les Arabes et les chirurgiens du moyen âge pratiquaient le raclage avec divers instruments (blépharoxyston, etc.).

Woolhouse reprit le frottage avec une brosse.

Le hersage avec une sorte de brosse ou de râpe métallique fut recommandé dans notre siècle surtout par Borelli.

Toutes ces interventions ont considérablement bénéficié de l'emploi des anesthésiques et du mode de retournement des paupières supérieures fait (Sattler, Abadie, Darier) avec une pince (fig. 56) de diverses formes.

Les scarifications et le brossage doivent être exécutés sur toute l'étendue de la muqueuse malade, aussi bien en dedans (caronculé et repli semi-lunaire) et en bas qu'en haut.

Le frottage avec un tampon ou une éponge ont également été employés. Un curettage léger et un brossage avec une brosse à dents (les pinceaux métalliques sont quelquefois utiles) et du sublimé à 1/1000 sont faits, sans une trop

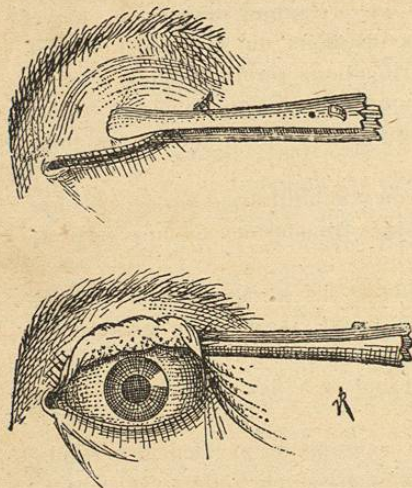


FIG. 56. — Enroulement des paupières.

grande violence pour éviter le symblépharon, sans cela possible. Dans certains cas, la canthoplastie est utile comme temps préparatoire.

Sauf dans un certain nombre de cas où l'indocilité et l'extrême sensibilité du sujet empêcheraient certainement de faire complètement l'opération, la cocaïne suffit, à condition de pratiquer d'assez nombreuses instillations à 1/20 et des injections à 1 pour 100 *sous la peau* des paupières. Au niveau du cul-de-sac, les injections déforment considérablement la région et masquent le terrain sur lequel on doit opérer; de plus elles sont impossibles dans le tarse. Avec l'injection sous-cutanée et les instillations, l'anesthésie est le plus souvent suffisante.

Des pansements humides et des désinfections soigneuses (pommade iodoformée, irrigations) sont pratiqués les jours suivants.

On évitera, sauf énorme prolifération granuleuse, le grattage en masse de la cornée panneuse qui risque d'exagérer les leucomes et les ulcérations. Une large périectomie, combinée à l'incision *transversale* et *longitudinale* des *vaisseaux cornéens* (Deval), suffira, dans les cas où les opérations sur la conjonctive palpébrale n'auraient pas entraîné une vive amélioration du pannus.

Dans les cas peu sécrétants, mais très infiltrés et lardacés, l'opération du brossage rend des services remarquables, mais elle n'est applicable qu'à ces cas-là, sous peine d'être dangereuse ou inefficace. Comme l'a dit justement Darier, il serait aussi exagéré de vouloir traiter chirurgicalement toutes les conjonctivites granuleuses qu'il serait rationnel de vouloir rejeter toute intervention armée dans les cas ayant résisté aux traitements médicaux. Nous ajouterons que le massage facilite beaucoup l'action des topiques, en particulier du sulfate de cuivre, qui, si utile qu'il soit, est lent et ne doit pas être prôné comme l'unique traitement du trachome.



Le brossage (qui ne mérite ni l'excès d'honneur, ni l'indignité où on l'a souvent placé) et très exceptionnellement l'excision du cul-de-sac, sont indiscutablement utiles dans les trachomes lardacés et charnus. Mais il est de toute nécessité de reprendre quelques jours après et de continuer jusqu'à guérison tous les topiques utiles contre le trachome, en particulier le sulfate de cuivre et l'ichtyol. Sans cela, les récidives seraient fréquentes et les améliorations moins sensibles.

Lorsque le pannus épais ne s'est pas atténué ou n'a pas complètement disparu peu à peu après les interventions précédentes, il est indiqué de cautériser les vaisseaux du limbe, lorsqu'ils sont très isolés, avec le fer rouge. Mais lorsqu'il y a un réseau assez épais, la cautérisation ignée reste souvent insuffisante et il ne faut pas hésiter à pratiquer la circoncision péricornéenne.

*Péritomie.* — Cette opération est des plus anciennes, on la trouve déjà dans Guy de Chauliac qui la tenait des Arabes qui ne l'avaient peut-être pas inventée. On l'employait aussi au XVIII<sup>e</sup> siècle. On ne sait pourquoi elle est continuellement attribuée à Furnari qui, vers le milieu de ce siècle, l'a de nouveau vantée, en y joignant le raclage et même la cautérisation au nitrate de la partie cruentée, manœuvre à éviter et pouvant donner des escarres sclérales graves.

On fera d'abord des instillations à 1/20, puis une injection sous-conjonctivale tout autour de la cornée, avec de la cocaïne à 1 pour 100. Cette injection rend très supportable cette intervention, sans cela redoutée des malades au point de nécessiter le chloroforme. Puis, après avoir attendu 5 à 6 minutes, on enlève jusqu'au *limbe* 2 à 3 millimètres de conjonctive, en décoiffant un peu le globe avec les ciseaux allant jusque dans le tissu sous-conjonctival. Pour éviter le décoiffement trop complet qui a lieu, si on enlève tout autour de la cornée une bande circulaire de conjonc-

tive, nous laissons en un ou deux endroits (fig. 57, *a*, *b*) un très petit pont de conjonctive intact et qui suffit à empêcher un recul trop grand de la conjonctive sectionnée. En tous cas, on doit arriver *jusqu'à la cornée*, car on sait que le limbe est pourvu d'une *double* vascularisation sur laquelle il faut agir. Dans des cas légers, la section simple, sans ablation de conjonctive, a pu suffire, c'est la simple *peritomie*; l'autre opération constituant une *syndectomie* ou *periectomie*. Une cicatrice invasculaire blanchâtre, de la teinte de la vieille faïence, suit, après quelques semaines, cette opération qui guérit admirablement, malgré son aspect si brutal.

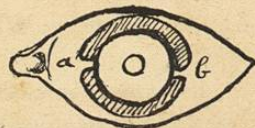


FIG. 57. — Péritomie.  
*a*, *b*, ponts de conjonctive conservée.

La périetomie est un moyen précieux dans beaucoup de cas, pour les pannus de toute nature et pour les taies vascularisées. Elle constitue, en la réduisant à l'incision, un bon moyen de saignée locale. Certains ulcères cornéens peuvent en bénéficier (Pellier, Prouff), mais on ne la fera jamais à la période aiguë des vascularisations cornéennes dans la kératite parenchymateuse. Cette « section des vaisseaux variqueux » de la conjonctive et de la cornée, comme on l'appelait autrefois, doit donc être réservée aux cas où l'intransparence de la cornée est *stationnaire* et résiste à tous les autres moyens. Enfin l'effet n'est jamais immédiat, et demande, bien que très réel, des semaines et des mois à se produire : toutefois nous en avons obtenu des résultats excellents dans des pannus datant de 10 à 12 ans, aussi bien après les kératites, que dans le trachome.

On se rappellera que dans les cas de *granulations sèches* et de *pannus très épais et invétéré*, l'emploi du jéquirity (de Wecker) éclaircira quelquefois mieux la cornée que les interventions chirurgicales les plus énergiques.



## § IV. — Pinguécula et ptérygion.

Il y a trois grandes catégories de ptérygions : ceux qui sont rapidement envahissants, et qui ont une marche réellement *maligne* : ceux qui, sans être stationnaires, ont une croissance extrêmement lente : enfin il existe une variété de dégénérescence conjonctivale en *nappe*, qui *n'empiète jamais sur la cornée*, qui est une sorte de *ptérygion à rebours*, dont la base correspond à la cornée, tandis que dans les deux variétés précédentes, la *pointe* envahit la cornée. Nous nous sommes attachés particulièrement à différencier cette variété, souvent confondue avec les deux autres, mais qui en est profondément différente et nécessite rarement du reste, malgré l'extrême fréquence de la maladie, un traitement chirurgical. Ce n'est donc pas essentiellement sur l'étendue du ptérygion, sur sa forme et son volume, que doit se baser le traitement chirurgical. C'est sur l'évolution critique et sur l'exposé des nombreux procédés auxquels on a eu recours pour lutter contre le ptérygion, sans faire la différence des variétés de ptérygion et du traitement qui leur est applicable. Nous chercherons d'abord quelles sont les indications à remplir, suivant la variété du mal, et il nous apparaîtra ensuite clairement quel doit être le procédé *de choix* et jusqu'à quel point les auteurs ont rempli l'indication thérapeutique dans chaque cas.

ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES. — Les anciens ne paraissent guère s'être préoccupés de poser des indications précises et détaillées à ce sujet. Celse et à sa suite les chirurgiens du moyen âge attiraient le ptérygion avec un crochet ou un fil et le sectionnaient ; la plaie était laissée sans suture et fréquemment touchée avec des caus-

tiques chimiques qu'on employait d'ailleurs quelquefois seuls contre le ptérygion.

La cautérisation de tout l'emplacement et l'absence de suture devaient entraîner des récidives et des cicatrices rétractiles avec possibilité de diplopie.

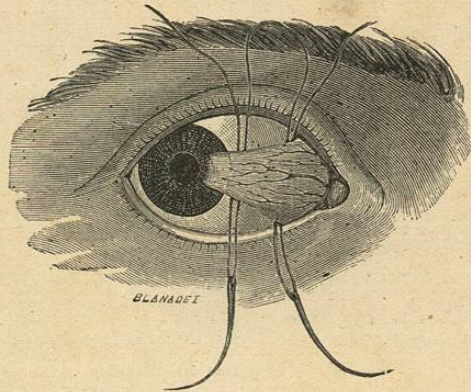


FIG. 58. — Ligature du ptérygion.

Plus près de nous, on a cherché à atrophier le ptérygion *par ligature* (Szokalski, fig. 58) et l'on répète souvent encore que ce procédé simple pourrait se justifier chez des patients pusillanimes : outre qu'il ne faut être guère plus courageux, même sans cocaïne, pour admettre des aiguilles et des fils sur sa conjonctive, qu'une pince et des ciseaux, ce procédé ne pouvait se maintenir : car avec lui la *tête* du ptérygion, seul danger permanent pour la cornée, la masse du ptérygion lui-même et enfin l'aspect disgracieux qui préoccupe assez certains malades pour les conduire à l'opérateur, tout cela subsistait. Pas plus que la ligature des canaux de la glande lacrymale due également à Szokalski, la ligature du ptérygion ne devait être un procédé de choix.

Bien que Scarpa ait conseillé de ne plus enlever comme autrefois le ptérygion tout entier, frappé sans doute qu'il



était des rétractions conjonctivales cicatricielles pires que le mal primitif, et persuadé à juste titre qu'il vaut mieux avoir encore trop de conjonctive que pas assez, Desmarres proposa de *transplanter* le ptérygion (*déviaton*) sans en enlever (fig. 59).

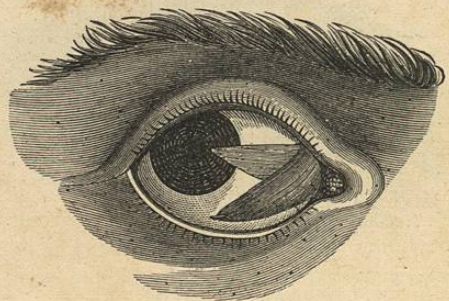


FIG. 59. — Déviation du ptérygion.

Knapp a même recommandé de faire une transplantation en haut et en bas, *bifide*, en *fourche*. Il s'agit en somme d'un diminutif des autoplasties par échange de lambeaux. Maurel a inséré la pointe du ptérygion désinséré *sous un pont de tissu conjonctival* (fixation sous-conjonctivale). D'autres auteurs se sont bornés à le détacher en laissant sa base intacte (Arlt) et à le laisser pendre et s'atrophier plus ou moins (Pagenstecher).

Galezowski fixe le sommet du ptérygion au fond de la plaie (*enroulement*). D'autres auteurs ont même ajouté de la conjonctive au ptérygion, et l'ont *distendu* en le barrant à son milieu par une petite autoplastie conjonctivale à pédicule (Gayet). Mais la *tête* du ptérygion, qui est la partie dangereuse, subsiste et peut continuer sa marche envahissante. L'aspect esthétique reste d'ailleurs compromis, même si l'état est stationnaire.

Enfin on a été jusqu'à greffer (Holtz) sur la plaie du voisinage de la cornée un lambeau épidermique emprunté à la face postérieure du pavillon de l'oreille. C'est remplacer une difformité par une autre difformité sans que le bénéfice en soit bien réel, et ce procédé ne paraît pouvoir entrer à la rigueur en ligne de compte qu'en cas de récurrence. Il en est de même pour les greffes de muqueuses éloignées.

L'*indication fondamentale* pour le ptérygion envahissant, rouge, gonflé, absorbant le repli semi-lunaire, ou même de marche plus timide, a été de viser d'abord à la *tête* du ptérygion.

Nous trouvons cette indication dans des auteurs relativement modernes; auparavant on craignait de toucher la tête cornéenne du ptérygion et on recommandait même d'en laisser une petite partie (Dionis). Richter se bornait au contraire à enlever l'extrémité cornéenne du ptérygion, ce qui montre l'importance justifiée qu'il attachait à cette indication.

L'indication définitive était trouvée; que l'on détruise la tête du ptérygion, en la cautérisant, en l'enlevant, en la curettant, l'idée est la même, et, dans les petits *ptérygions*, où la conjonctive saine, légèrement attirée, joue le rôle de comparse et reprend vite son rôle effacé dès que le chef de file n'existe plus, cette *destruction peut suffire à atrophier le ptérygion*. L'indication est donc tout à fait *opposée* à celle de la thérapeutique ancienne où on s'est simplement préoccupé de la partie accessoire, la queue du ptérygion.

La deuxième *indication* formelle était de réunir les bords *de la plaie*: la suture s'imposait ici plus que jamais, comme pour toute plaie chirurgicale dans les tissus cruentés, pour éviter le bourgeonnement si fréquent du tissu sous-conjonctival, le plastron cicatriciel consécutif et l'attraction de la conjonctive ambiante, ajoutant l'effet désastreux du pseudo-ptérygion cicatriciel (ptérygoïde) à celui du ptérygion vrai. Coccius a rempli le premier cette indication, qui,