

jointe à celle de l'ablation de la tête du ptérygion, constitue le procédé *moderne*.

Pour suturer les lèvres de la plaie, il faut pouvoir réunir la conjonctive, sans trop de force, les fils coupant sans cela, et le chirurgien se trouvant au premier pansement en face d'une plaie où une vaste surface cruentée nécessite, dans de mauvaises conditions, une nouvelle suture. Dans les cas où on enlève beaucoup de conjonctive, on est donc amené à pratiquer des *incisions libératrices* avec dégagement en pont des parties conjonctivales voisines du ptérygion, des autoplasties et même des greffes conjonctivales ou muqueuses, dont la nature, la forme et la technique ne présentent rien de spécial. Elles s'appliquent du reste à des cas des plus mauvais, à des récidives, et elles peuvent souvent aggraver la situation, en touchant encore à la conjonctive saine, ou subir les insuccès presque inhérents à l'autoplastie conjonctivale, comme pour le symbléphon.

Procédé de choix. — Il consistera d'abord, après cocaïnisation à 1/20, dans l'ablation de la tête du ptérygion. Ici divers détails de technique, généralement omis ou considérés comme quantité négligeable, nous paraissent utiles à signaler. On a procédé à l'ablation à la pince et au bistouri, soit *d'avant en arrière*, soit *d'arrière en avant*. Dans les grands ptérygions à *tête large*, il est prudent d'aller de la cornée vers le ptérygion avec une pince ou un petit bistouri myrtiforme étroit, mais plus convexe que le couteau de Graefe. Par contre, nous procédons, après avoir soulevé en pont le ptérygion près du limbe, à l'ablation de sa tête, *par transfixion*, avec un couteau de Graefe, lorsque sa tête est exigüe et qu'il n'y a ainsi aucun danger de traverser la cornée, tout en faisant une ablation parfaite, car *elle dépasse les limites du mal*. On sait, en effet, qu'avec le procédé précédent, il reste au fond de la plaie cornéenne, tandis qu'elle est lisse avec le procédé par transfixion, des

débris d'aspect tendineux qu'il est fort difficile d'enlever même par le grattage à la curette qui déchiquette la cornée saine, de sorte qu'on en est réduit à la cautérisation ignée pour en venir à bout. Si par transfixion, *dans les cas où*, nous le répétons, *la forme du mal s'y prête*, on enlève tout d'un seul coup, cette cautérisation ignée devient inutile, puisqu'elle porterait en plein tissu sain et augmenterait la rétractilité du tissu cornéen cicatrisé.

Lorsqu'on a procédé au détachement de la tête, on termine par une excision losangique aux ciseaux de la partie exubérante du ptérygion, en pèchant *par défaut* plus que *par excès*, car une partie du ptérygion non coupé, qui est du tissu sain, se dégonflera et s'atrophiera. Dans quelques cas, le procédé par transfixion commencera au milieu du ptérygion et on fera en un seul temps, élégamment, en terminant par la cornée, avec la prudence la plus minutieuse, l'excision de tout ce qu'il y a à exciser.

Faut-il cautériser, lorsqu'on n'a pas procédé par transfixion, la partie cornéenne où adhérerait le mal? Il est entendu qu'on ne doit jamais cautériser la partie *épisclérale* de la plaie.

On a recommandé de *curetter seulement* l'emplacement de la pinguécula enlevée (Deschamps).

Mais, peut-être plus qu'avec la cautérisation ignée (qu'on fera avec le galvano ou le thermocautère, avec son extrémité *plate* et très fine, au besoin avec un stylet rougi), on peut avoir des récidives. Il y a quelquefois des récidives même pour des cas en apparence complètement opérés par les deux procédés. La cautérisation ignée sera préférée (Martin) : en tous cas elle doit être faite avec prudence et peu profonde.

Pour faire la suture, les éléments sont tout trouvés, si on a, avec le plus grand soin, évité d'enlever le *corps* du ptérygion, et surtout le repli semi-lunaire. Le ptérygion

lui-même va fermer la plaie qu'on lui a faite : la suture faite en commençant exactement *au ras du limbe* sera pratiquée, avec ou sans incision libératrice à une certaine distance de la section. Mais ici encore plusieurs points techniques sont à signaler.

Le catgut a été souvent recommandé et nous l'avons nous-même employé avec des résultats suffisants : d'autre part, nous avons également assisté plusieurs fois à la résorption *trop rapide* du catgut. Aussi avons-nous été amené à lui préférer la soie fine : le n° 00 est approprié à cette suture. Sans faire le procès complet du catgut (détestable quand il y a trop de tiraillement, car il n'offre aucune résistance dans ses faibles numéros, et il est, dans ses numéros plus forts, des plus mauvais comme matériel de suture), si, chez les enfants, il a pu paraître indiqué pour ne pas nécessiter d'ablation ultérieure, quel que soit son mode de préparation, la soie lui est en général supérieure et expose moins à un accident.

Enfin nous prenons avec chaque point de suture (2 à 3), commençant et finissant par le rebord conjonctival de la plaie, un peu de *tissu épiscléral* (fig. 60). Cette prise solide et sans nul danger nous paraît assurer la *fixité* profonde de la suture, ce qui est important aussi bien pour le résultat immédiat que pour le résultat ultérieur. On

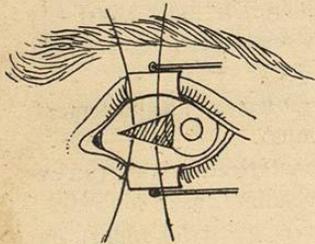


FIG. 60. — Suture conjunctivo-épiscérale après ablation du pterygion (A. Terson).

laissera les fils *longtemps en place*, 7 à 8 jours au moins, après les avoir *modérément serrés*, de façon à ne les enlever que lorsque la plaie cornéenne sera plus ou moins complètement recouverte d'un épithélium protecteur.

On rejettera les procédés qui ne touchent pas à la tête du pterygion, ceux qui se bornent à le cacher sans enlever

la partie envahissante, à la distendre ou à greffer un fragment disgracieux au niveau de la partie enlevée. Si on se rappelle que l'excision doit être prudente, on ne trouvera pas grand bénéfice à en laisser flotter l'extrémité sans la couper, car elle est inutile ou dangereuse. C'est l'abaissement, mieux vaut l'extraction.

On évitera les grandes ablations de conjonctive et surtout la cautérisation de la partie conjonctivale. Plusieurs malades sont venus nous consulter après avoir été opérés ailleurs de pterygion et présentant un symblépharon *incurable*, occupant tout l'angle interne. Bien qu'on ne voie jamais que les mauvais cas des autres, il est permis d'affirmer qu'il y a eu un excès de cautérisation ou d'ablation.

Les *scarifications*, la *cautérisation*, seules, sont insuffisantes ou dangereuses. Le traitement par les topiques est en général inefficace.

La récurrence nécessiterait le plus souvent la même intervention que la première fois.

La *pinguécule*, dès qu'elle devient volumineuse ou qu'elle touche le limbe, est justiciable d'opération, car elle est très généralement (Horner, Fuchs) la vraie cause du pterygion.

Les *ptérygoïdes* cicatriciels, causés au contraire par des ulcères cornéens ou des destructions conjonctivales, ne seraient opérés qu'en cas de nécessité absolue : ils sont exposés à toutes les incertitudes des autoplasties conjonctivales dans le symblépharon.

Pterygion stationnaire. — Dans la variété absolument stationnaire, la cornée n'est jamais intéressée. On n'enlèvera donc que la partie exubérante, lorsqu'elle vient, comme on le voit souvent, *pendre* sur le bord palpébral qui la pince à chaque clignement. On ne touchera à cette lésion peu accentuée que si le malade, même dans un but esthétique, réclame avec insistance l'opération. On se bornera à suturer les bords de la plaie avec ou sans incision et dégagement

libérateur, et *on ne touchera jamais à la cornée*, qui ne risque rien ici.

On résistera aux sollicitations des malades lorsque, l'opération n'étant suivie d'aucune récurrence, il reste plus tard un peu de vascularisation anormale à la base de l'ancien ptérygion. Tout au plus quelques légères pointes de feu blanchiraient cette lésion qui n'a rien d'inquiétant.

En somme, si l'on choisit exactement les cas, en se pénétrant de l'indication thérapeutique et de l'examen soigneux de la marche du mal, on arrive à obtenir de bons résultats, dans une maladie qui semble bien peu de chose, mais qui est fort apparente, dans laquelle il est facile de faire trop ou pas assez, et où toute intervention excessive ajoute à l'aspect disgracieux un trouble visuel (diplopie) que les ténotomies, les avancements de l'antagoniste et autres opérations musculaires peuvent, dans les cas où on pourrait exceptionnellement y penser, laisser sans guérison totale.

Avant l'opération de la cataracte, les replis du ptérygion constituent un certain danger d'infection par les amas microbiens qui s'y trouvent inclus. D'ailleurs un ptérygion se produit surtout sur des yeux irrités. Si l'on réussit quelquefois cependant en sa présence, comme on l'a dit (Trousseau) et comme nous l'avons vu, il est plus raisonnable et plus prudent d'opérer la lésion quelque temps à l'avance. Il y a là une bonne précaution qu'on ne négligera qu'en présence de très petits ptérygions : on évitera d'y placer la pince à fixer pendant l'opération de la cataracte, et on pincera au-dessus ou au-dessous : la laxité du ptérygion permet des mouvements trop étendus à l'œil, et le col du ptérygion se *déchire* facilement quand on pousse le couteau dans les mouvements de ponction, de contre-ponction et de transfixion de la cornée, d'où une très mauvaise incision cornéenne.

§ V. — Xérosis.

Les moyens palliatifs médicamenteux doivent être seulement employés. La tarsorrhaphie n'a qu'un effet absolument limité au temps où on la laisse en place. De plus le *trichiasis* la contre-indique quelquefois. Les opérations du symblépharon sont ici plus indiquées, quelquefois pour la prothèse.

§ VI. — Dégénérescence amyloïde.

Cette lésion pourra être traitée par le curettage des parties malades.

§ VII. — Tumeurs.

Kystes. Ostéomes. — L'ablation sera faite, avec suture, en gardant le plus possible de conjonctive. Il en sera de même de toutes les autres tumeurs *benignes*.

Angiomes. — Suivant leur volume, ils seront traités par l'électrolyse ou la cautérisation ignée (s'ils sont punctiformes). L'électrolyse négative est le procédé de choix.

La cautérisation ignée large et l'ablation sont dangereuses, toutes les fois que la tumeur est un peu vaste.

Les injections interstitielles (chlorure de zinc, liqueur de Piazza) présentent une incertitude plus grande que les méthodes précédentes.

Tumeurs congénitales. — Là aussi on interviendra surtout si le malade *désire* être débarrassé de sa lésion apparente et diverse : tantôt il s'agit du dermoïde cornéen inféro-externe classique, d'autres fois il y a le lipo-dermoïde sous-conjonctival en croissant externe, en demi-croissant,

ou une bride unissant un dermoïde cornéen au lipo-dermoïde sous-conjonctival externe. On sera d'autant plus réservé (sauf pour le dermoïde cornéen à enlever et à curetter) que les ablations peuvent ne plus laisser assez de conjonctive pour recouvrir la plaie, que la lésion est essentiellement bénigne et que ce qui reste après une ablation prudente finit par s'atrophier. Quant au lipome sous-conjonctival, si fréquent chez la femme, où nous l'avons presque toujours vu et où nous l'avons plusieurs fois opéré, là aussi on n'interviendra pas à la légère. On sacrifiera cependant, si elle est très épaisse, une petite bande de conjonctive et on retirera *ce qu'il faut de graisse* pour qu'en rapprochant les lèvres de la plaie, la lésion disparaisse immédiatement. On évitera donc d'aller trop loin vers l'orbite et de trop tirer, pour commencer, sur les pelotons adipeux : on enlèvera au contraire fragment par fragment, sans aucune règle préalable, l'opération étant d'ordre esthétique et variant d'étendue et de forme avec chaque cas particulier.

L'antisepsie des instruments, des sutures, et de toutes les conditions opératoires (nettoyage de la plaie, désinfection des dacryocystites, blépharites, etc.) s'impose d'autant plus qu'avant la période antiseptique, on a rapporté des cas de *double phlegmon* de l'orbite à la suite de cette opération (Fano). Ce sont des désastres qui doivent être rappelés pour rendre rares les opérations de complaisance dans les cas légers. On évitera de pousser trop loin l'ablation dans les lésions étendues, ou de la priver des précautions les plus minutieuses.

Tumeurs malignes. — On supprimera pour la plupart des tumeurs malignes, l'*autoplastie* et la *suture conjonctivale* qui emploie de la conjonctive utile, et *masque les récidives*. Il en est ainsi pour certaines tumeurs palpébrales et après l'exentération orbitaire. C'est un principe qui gagne à être généralisé à la conjonctive. Les tumeurs malignes seront excisées, curettées et subiront une profonde et large

cautérisation ignée : chacun de ces temps opératoires correspond à une indication formelle tirée du siège et de la nature de la tumeur et pour notre part nous avons *toujours* exécuté ainsi l'opération dans plusieurs cas que nous suivons depuis des années, et chez lesquels nous avons détruit la tumeur en conservant la vision. Exceptionnellement, la cautérisation ignée intensive laisse quelquefois la récidive se produire *plusieurs années après* des résultats absolument complets en apparence et qualifiés de guérison. Même parmi les cas d'essence maligne, au point de vue histologique, il y en a, si large que soit l'opération ignée, de *plus ou moins prédisposés aux récidives*. Le cas le plus malin que nous ayons vu est greffé sur un nævus qui existait à la naissance, et où l'*hérédité cancéreuse* existait chez le malade : il s'agissait cependant d'un *très petit* épithélioma mélanique.

Les cas où la conjonctive se prend sur une très vaste étendue sont désastreux, car les ablations ou cautérisations nombreuses entraînent des cicatrices conjonctivales et palpébrales : le malade s'en plaint d'autant plus que son œil y voit toujours bien (diplopie).

Il y a aussi des cas monstrueux, bien banals d'ailleurs et signalés en tous temps, où d'énormes masses recouvrent la cornée et la conjonctive ambiante. La récidive est possible, après l'ablation la plus complète, mais comme pour les très vastes épithéliomas palpébraux ayant envahi le globe (ce qui revient au même que lorsqu'un épithélioma du globe envahit les paupières), on est, s'il y a récidive, en présence d'une énucléation à faire avec exentération orbitaire et sacrifice plus ou moins total des paupières, en admettant que le cas, pour divers motifs, ne soit même pas inopérable.

Très exceptionnellement enfin, il y a des épithéliomas à *tendance perforante* du côté de l'angle de filtration : mais ils seront d'autant plus exceptionnels qu'on interviendra

de bonne heure. Aussi l'énucléation ne doit pas s'imposer pour commencer, et tous les opérateurs ont à leur actif des cas, où l'épithélioma, enlevé et cautérisé très largement dès le début, n'a plus jamais montré de tendance ni à la récurrence sur place, ni à la propagation, ni à la perforation sclérale.

Ce qu'il faut, c'est opérer de bonne heure et complètement. Pour les cas qui arrivent trop tard, on agira suivant la matière et la forme de la lésion : mais c'est bien plus l'extension sur la conjonctive que la progression dans l'œil qui constitue le danger et les cas les plus difficiles restent bien ceux où avec un globe intact, il y a une très large plaque conjonctivale épithéliomateuse récidivant en surface. L'énucléation n'empêchera certainement pas ici la lésion de récidiver, puisque c'est la conjonctive qui est en jeu, et qu'on s'efforcera d'ailleurs d'enlever largement, en respectant l'œil, dans la mesure du possible. Là aussi, il faudra s'inspirer de chaque indication particulière et se rappeler que l'énucléation ne peut entrer en ligne de compte que pour les cas récidivant sur le même point en profondeur, résistant aux moyens les plus énergiques et que cette énucléation devra toujours être accompagnée d'une telle ablation de conjonctive que le port d'une pièce artificielle sera ordinairement difficile.

En tous cas, le pronostic de l'épithélioma (qui toutefois n'est certainement pas identique dans tous les cas de même aspect histologique et qui n'est pas d'une façon absolue en rapport avec l'opération, ce qui serait par trop simple) est meilleur que celui du sarcome. Il en est d'ailleurs ainsi pour l'épithélioma des paupières. Les récurrences sur des points voisins conduisent à des interventions considérables (ablation des paupières et exentération de l'orbite) auxquelles les métastases ganglionnaires ou viscérales succèdent quelquefois : les ganglions ou les viscères peuvent avoir déjà, comme pour les métastases du sarcome intra-oculaire, le

germe sans lésion apparente au point de vue clinique. C'est dire que l'examen histologique, du reste indécis dans les cas anciens et volumineux où l'élément épithélial et l'élément cellulaire embryonnaire se confondent, est utile même au point de vue du pronostic, le sarcome restant plus grave que l'épithélioma. On pourra aussi penser à la recherche du glycogène (Brault).