

ou affaiblies ; c'est peut-être là le secret des succès nombreux des chirurgiens militaires belges, qui n'ont traité par ce moyen que de jeunes soldats bien portants, soumis à la discipline, et qui, d'ailleurs, n'étaient pas libres de fuir comme le confrère de province dont je viens de parler.

Pendant le traitement des granulations, il sera souvent nécessaire d'avoir recours à des moyens généraux en harmonie avec la constitution particulière des malades.

ARTICLE VI.

PANNUS.

Le pannus est ce gonflement, cet épaissement produit dans la portion bulbaire de la conjonctive, par le développement anormal des vaisseaux sanguins qui la parcourent ; des épanchements, des organisations consécutives de matière plastique l'accompagnent le plus souvent.

SYMPTÔMES. — On aperçoit sur la conjonctive scléroticale et sur la partie correspondante de la cornée, à la suite de conjonctivites granuleuses ou d'inflammations pustuleuses de l'œil, des vaisseaux variqueux dont le nombre est en rapport avec l'intensité de la maladie. Dans le degré le plus léger de cette affection, un seul pinceau vasculaire, comprenant le tiers plus ou moins de la cornée, constitue tout le mal. C'est une kératite vasculaire superficielle et partielle, rien de plus. Mais lorsque l'affection passe à un degré plus élevé, les vaisseaux se multiplient les uns près des autres, ils s'étendent comme un réseau sur la cornée ; la conjonctive kératique s'épaissit, devient granuleuse, et finit par intercepter bientôt la lumière. Il n'est pas rare alors de voir quelques épanchements dans l'épaisseur même des lamelles cornéennes.

Le pannus, surtout celui qui se montre à la suite d'ophtalmies chez les scrofuleux, est loin d'abolir toujours la vision ; le plus ordinairement, au contraire, elle est conservée à un degré variable. Dans cette espèce de pannus, que je désigne sous le nom de *pustuleux* parce qu'il se développe toujours à la suite de pustules, les vaisseaux sont disposés ordinairement d'une manière à peu près égale sur la cornée, aussi bien sur la partie inférieure que sur la partie supérieure, et ils laissent entre eux des espaces

transparents. Souvent, lorsque l'affection est essentiellement chronique, les vaisseaux s'anastomosent en arcade vers le centre de la cornée, tandis que leur base se perd dans le cul-de-sac conjonctival ; la muqueuse palpébrale n'offre point de granulations.

Le pannus qui survient pendant la période de chronicité des conjonctivites granuleuses et purulentes, pannus que je distingue sous le nom de *granuleux*, présente des caractères absolument différents. La moitié supérieure seulement de la cornée se vascularise et se recouvre quelquefois de granulations ; les vaisseaux s'arrêtent tous assez brusquement sur une ligne transversale, qui diviserait à peu près la cornée en deux moitiés ; toute la partie inférieure de cette membrane demeure longtemps transparente, et l'on n'y voit d'ordinaire aucun vaisseau ; ce n'est que plus tard qu'elle finit par être envahie par le mal. Cette variété de pannus est ordinairement occasionnée par le frottement répété de la partie supérieure de la cornée contre des granulations de la paupière correspondante, qui est épaissie et s'abaisse plus qu'à l'état normal. (Voy. *Granulations*, p. 138.)

En même temps que les vaisseaux se développent sur la cornée, la lumière devient plus difficile à supporter ; des larmes s'échappent des paupières lorsqu'on cherche à examiner l'œil ; un écoulement muqueux assez abondant adhère le matin aux cils sous forme de croûtes.

PRONOSTIC. — La gravité en varie selon le degré de la maladie, et aussi, ainsi que l'a fait remarquer Tyrrell, selon que le pannus est consécutif de l'ophtalmie granuleuse ou de l'inflammation chronique de la cornée chez les scrofuleux. Dans le premier cas, si l'on parvient à détruire les granulations, le pannus, s'il est récent, ne tardera pas à guérir ; dans le second, au contraire, la disparition en sera très difficile ; l'affection étant localisée dans la cornée, cette membrane se recouvrira souvent d'ulcérations. Il est des cas cependant dans lesquels le pannus qui se montre à la suite de l'ophtalmie chez des scrofuleux a disparu d'une manière complète, particulièrement lorsqu'il existait chez des enfants. Pour poser un pronostic convenable, on doit tenir compte des lésions de l'œil qui peuvent l'accompagner.

ÉTIOLOGIE. — L'ophtalmie, chez les scrofuleux, est une cause fréquente de pannus. Dans cette maladie, la cornée se recouvre le plus ordinairement de vaisseaux superficiels qui rampent tous

dans la conjonctive kératique (voy. *Kératite vasculaire*). Lorsque l'ophtalmie se développe sur une grande étendue de la membrane et qu'elle passe à l'état chronique, elle prend tous les caractères du pannus commençant. Ce n'est que lorsque les vaisseaux qui les constituent se multiplient les uns contre les autres que la maladie prend le nom de pannus. Je désigne cette variété sous le nom de *pannus pustuleux*, parce qu'il se développe constamment à la suite de kératites pustuleuses répétées.

Les granulations placées à la surface des paupières, et surtout de la supérieure, jouent un rôle très important dans la production d'une des variétés les plus communes du pannus. C'est le *pannus granuleux*.

Les conjonctivites de toute nature, lorsqu'elles se répètent souvent, sont une cause active de vascularisation de la cornée. La présence des cils sur le globe, comme dans le trichiasis et l'entropion, en irritant la cornée, produit l'irritation de la conjonctive à laquelle elle fait bientôt subir la dégénérescence dont nous nous occupons ; mais alors le pannus est partiel.

Quoique les différentes variétés décrites dans les ouvrages allemands, comme le *pannus vasculaire*, le *pannus membraneux* ou *tenuis*, le *pannus charnu* ou *crassus* et le *pannus sarcomateux*, ne constituent qu'autant de degrés dans le progrès d'une inflammation chronique, il faut cependant admettre que les deux dernières variétés diffèrent essentiellement de la première en ce que, tandis que le pannus vasculaire n'est qu'une kératite chronique sans épanchement notable, le pannus charnu et le sarcomateux présentent un état d'hypertrophie plus ou moins considérable. La fibrine s'organise, et la nouvelle série de vaisseaux étant douée d'une activité plus grande, résiste à presque tous les moyens de guérison autres que l'inoculation.

Quelques auteurs admettent que la syphilis joue un certain rôle dans la production du pannus ; je ne sache pas qu'aucune raison solide ait pu autoriser l'admission d'un *pannus syphilitique*. Si l'on a entendu par là désigner la vascularisation cornéenne qu'on voit après les conjonctives purulentes, rien de mieux ; cependant il eût été plus simple de ranger cette variété dans le pannus d'origine granuleuse.

Il faut encore compter parmi les causes du pannus les inflammations chroniques du sac lacrymal. J'ai observé assez souvent la vascularisation complète de la cornée avec notable épaissement

lorsqu'il y avait une obstruction capable d'arrêter le cours des larmes. J'en ai cité un exemple remarquable, vol. I, p. 378, sur une jeune fille qui avait entièrement perdu la vue d'un côté et qui fut guérie du pannus par l'ouverture du sac. On n'oubliera pas, cependant, que le sac peut devenir malade par suite de l'affection chronique de l'œil.

TRAITEMENT. — La première indication à remplir dans une maladie aussi rebelle, c'est d'en rechercher la cause. Si le pannus est produit par un trichiasis, par la présence de granulations ou par toute autre affection des paupières ou du globe, par une obstruction du sac, etc., on devra s'occuper de cette affection d'abord.

En même temps, les organes digestifs seront surveillés avec attention, car ce n'est que lorsque le malade sera dans les conditions générales les plus favorables qu'il sera permis d'employer les moyens convenables contre le pannus, et de compter sur une guérison radicale. Rien ne contribue plus à l'entretien du mal que cet état des voies digestives encore mal décrit et s'accompagnant souvent d'hémorroïdes, où, la plupart du temps, par suite de négligence dans le régime et d'habitudes peu conformes aux lois de l'hygiène, les fonctions de la digestion s'exercent avec lenteur et difficulté.

Enfin, si l'on a quelque raison de croire que le pannus soit entretenu par le séjour du malade dans une habitation ou un pays malsain, on conseillera le changement d'habitation ou de pays, au moins pendant la durée du traitement.

Le traitement du pannus doit varier nécessairement selon le degré et la nature de la maladie. Si l'œil présente un état de surexcitation qu'on doit attribuer au manque de soins nécessaires ou à leur mauvaise application, et non à la nature de la maladie, qui est généralement chronique, il sera bon de commencer par quelques dérivations sur le canal intestinal, et par l'application de sangsues ou de ventouses à la tempe.

Ces précautions prises, nous arrivons au traitement spécial du pannus.

La disparition des granulations doit particulièrement occuper l'attention du chirurgien. Tant qu'elles existeront, le pannus avancera ; et il persistera longtemps encore après que la muqueuse palpébrale en aura été débarrassée.

S'il reconnaît pour cause une inflammation de l'œil passée à

l'état chronique chez un sujet scrofuleux, on devra à la fois combattre la cause constitutionnelle et traiter la maladie comme une affection chronique.

Si le sac est malade on l'ouvrira, et, en même temps, on fera un traitement général en harmonie avec la constitution.

Si l'affection est légère, que les vaisseaux soient peu nombreux, on attaquera le pannus comme la kératite vasculaire superficielle et chronique, c'est-à-dire par l'usage de pommades excitantes, telles que celles de nitrate d'argent ou de précipité rouge, appliquées le soir entre les paupières, quelquefois par les scarifications. On surveillera avec soin l'effet de ces moyens, et lorsqu'on reconnaîtra un léger degré d'excitation dans la partie malade, on aura recours à des collyres astringents faibles. Les insufflations de calomel et de tuthie préparée donneront aux vaisseaux cette excitation nécessaire.

Lorsque le pannus est plus développé et qu'il présente une certaine épaisseur, la cautérisation périkératique superficielle avec le crayon de nitrate d'argent et de potasse sera très utile, surtout si on l'applique avec ménagement et à des intervalles convenables; on pourra remplacer ce crayon par une solution concentrée (à parties égales) de caustique lunaire, qu'on portera avec ménagement sur le pannus au moyen d'un pinceau, mais seulement à la circonférence de la cornée.

Il est rare, si l'on y met la patience convenable, qu'on n'obtienne pas par ces moyens la disparition complète de la maladie, surtout quand elle reconnaît pour cause des granulations qu'on aura préalablement détruites.

Quelques moyens plus énergiques encore ont été recommandés : nous les passerons en revue :

1° *Cautérisation*. Le professeur Sanson recommandait dans le pannus de pratiquer autour de la cornée une cautérisation annulaire. Il avait imaginé à cet effet un instrument particulier, qu'on n'emploie que rarement aujourd'hui ; on le remplace avec avantage par le crayon ordinaire, qu'on promène par sa pointe au delà de la cornée, sur les vaisseaux de la conjonctive palpébrale. Ce moyen réussit assez souvent à améliorer le pannus, mais provoque aussi quelquefois des rechutes d'ophtalmie aiguë.

2° *Excision des vaisseaux*. Scarpa voulait qu'on soulevât les troncs principaux du pannus au moyen de pincettes, et qu'on en

excisât une partie en dehors de la cornée avec des ciseaux courbes. Cette opération, douloureuse et d'une exécution assez difficile, n'est pas toujours suivie de bons résultats. Je l'ai exécutée bien des fois, et je n'ai point été plus heureux que ceux à qui je l'ai vu pratiquer. On ne doit compter en général sur une amélioration réelle qu'autant qu'on aura combattu la cause du pannus et enlevé en dehors de la cornée, à 4 millimètres au plus de cette membrane, une portion annulaire de la conjonctive, large au moins de 2 à 3 millimètres.

3° *Scarifications*. On les pratique ou sur la conjonctive scléroticale, ou sur la circonférence de la cornée même, pour diviser les vaisseaux qui y rampent. Ce moyen, préconisé de tout temps, aide au traitement, mais on n'y saurait mettre une grande confiance si l'on ne traite en même temps les granulations et l'état général. Ces deux conditions remplies, les scarifications sont un des moyens les plus énergiques et les plus rapides que je connaisse.

4° *Inoculation*. Nous avons vu plus haut que si, en dehors du traitement chirurgical, on réveille l'inflammation par des moyens convenables, le pannus disparaît. C'est en se basant sur ce fait d'observation pratique que le professeur Jæger, de Vienne, a proposé, en 1812, dans les cas de pannus grave et passé à l'état charnu ou sarcomateux, l'inoculation du virus provenant d'une ophtalmie purulente (1). Cette méthode, longtemps laissée en oubli, a été expérimentée par M. Piringer, en Allemagne, et en Belgique, par MM. Fallot et Hairion, dont le dernier a promis

(1) M. Rognetta, s'en rapportant probablement à une communication du docteur Hamilton (voy. *Lond. Edinburgh Monthly Journal*, juillet 1843), attribue à tort cette expérience au docteur Walker de Glasgow, en 1816. La phrase qui sert d'appui aux prétentions de ce dernier est celle-ci : « L'emploi de toutes les autres méthodes préconisées ne m'ayant point réussi, j'ai cherché à provoquer dans l'œil atteint de cette dernière variété (un état vasculaire lent et insidieux de la conjonctive cornéenne) l'action excitante de ce qu'on appelle une ophtalmie purulente. » Il est évident, par cette dernière ligne, que le docteur Walker, qui ne s'est pas exprimé dans des termes très précis, a employé, pour atteindre le but qu'il se proposait, un excitant chimique quelconque et non pas l'inoculation d'un virus organique. S'il avait songé à recourir à ce dernier moyen et que le succès eût couronné son expérience, il n'aurait certainement pas manqué de le dire clairement. Je cite au reste ses expressions textuelles : « Disappointed by every method hitherto recommended, I endeavoured to make the eye affected with this latter variety (a slow and insidious vascularity of the cornea) assume the inflamed action of what is called purulent ophthalmia. »

un travail sur ce sujet (1), et par moi une dizaine de fois dans ces sept dernières années.

M. Arthur Stout, de New-York, rapporte que toujours l'inflammation excitée par l'inoculation est moins violente dans un œil atteint de pannus que dans un œil sain (2), et qu'elle peut être facilement combattue par les applications froides et les saignées générales. Cela n'est exact que dans une certaine mesure. Selon cet auteur, une cinquantaine d'individus traités à Vienne par M. Jæger, et autant à Gratz par M. Piringer, auraient recouvré complètement la vue. Cette inoculation a été répétée depuis avec des résultats différents dans divers pays, et en particulier en Italie, en Belgique et en Angleterre (3). Sur mes dix cas, dont deux étaient compliqués d'un commencement de staphylôme, et dans lesquels je ne devais rien obtenir de satisfaisant, je compte six succès; deux cas ne guérissent pas, très probablement parce que je n'ai pas donné à la maladie le temps de se développer assez haut, en l'arrêtant par un traitement trop rapide. Chez un onzième malade que je traite en ce moment, l'inflammation s'est arrêtée aussi, et pourtant j'avais employé le pus d'une blennorrhagie urétrale des plus aiguës datant du cinquième jour.

Est-il besoin d'ajouter que l'inoculation d'une maladie aussi terrible que l'ophthalmie purulente ne doit être tentée, même dans les cas les plus désespérés, qu'avec la plus extrême réserve, et alors seulement que tous les autres moyens ont complètement échoué.

Cependant, après le témoignage d'oculistes aussi distingués que Jæger et Piringer, témoignage appuyé par mes propres expériences, on ne peut plus nier l'efficacité de cette méthode, ni lui refuser une place parmi les moyens thérapeutiques. Nous allons ainsi en donner un court résumé en passant tour à tour en revue, d'après le mémoire du docteur Stout et nos propres observations, les indications préalables et principales sur l'application de l'inoculation, la manière de la faire, les diverses phases que parcourt l'inflammation ainsi produite dans l'œil malade, et le traitement à suivre pendant sa durée.

(1) *De l'ophthalmie gonorrhéique*, par Frédéric Hairion, 1846, pag. 6.

(2) Voyez le mémoire de M. Stout « *The Contagion of ophthalmo-blennorrhæa and the treatment of Pannus by inoculation.* » New-York, 1842.

(3) Pour les détails d'un beau résultat de ce traitement, voir un cas traité par le docteur Dudgeon, *Annales d'oculistique* de M. Cunier, t. XIII, mai 1845.

A. *Indications.* — Le pannus doit être ou charnu ou sarcomateux.

Il doit, arrivé à son plus haut degré, couvrir entièrement la cornée.

Il n'est pas toujours nécessaire d'inoculer les deux yeux, par ce fait remarquable que l'inoculation de l'un, quand les deux sont atteints de pannus, se propage presque infailliblement à l'autre; mais cela n'a pas lieu quand cet autre est resté sain, et que des soins particuliers sont pris pour empêcher une inoculation directe et accidentelle.

B. *Manière de faire l'inoculation.* — L'écoulement transparent par lequel une conjonctivite débute, comme celui de la même maladie passée à l'état chronique, est inerte. Bien que toute sécrétion, jaune ou blanche, dans l'ophthalmie purulente, puisse être contagieuse, prise pendant l'acuité de l'inflammation, celle de l'ophthalmie gonorrhéique possède cette qualité au plus haut degré, et produit les inoculations les plus violentes.

La matière la plus favorable pour l'opération est celle de l'ophthalmie des nouveaux-nés, recueillie pendant l'état aigu et dans un cas où la maladie parcourt ses phases sans présenter de symptômes très violents. Cependant, celle dont les effets me paraissent le plus sûrs est celle que l'on prend directement à l'urètre atteint de blennorrhagie. Sur mon dernier malade, l'inoculation ainsi faite a très bien réussi.

On recueille la sécrétion sur un petit pinceau ou sur une éponge, ou mieux encore dans une plume taillée en gouttière, et on la transporte le plus tôt possible à l'œil qu'on se propose d'inoculer en la déposant dans le repli de la conjonctive de la paupière inférieure. Cela fait, on ferme l'œil avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Appliquée à la peau des paupières, elle reste sans effet; mais il suffit qu'elle atteigne la muqueuse des bords tarséens pour agir.

La sécrétion conserve ses propriétés inocultrices pendant à peu près soixante heures, si on la prive du contact de l'air; elle les perd bientôt, au contraire, par le dessèchement. M. Piringer ayant laissé bien dessécher un linge trempé dans la matière purulente, l'a fait employer pour frotter les yeux à plusieurs malades, sans qu'aucune inoculation en soit résultée. La même sécrétion, grattée du linge et appliquée directement à l'œil, n'a produit d'effet que quand elle n'avait pas été recueillie plus de trente-six heures

aparavant. La matière desséchée et immédiatement ramollie, ou dans l'œil ou dans l'eau, est encore contagieuse, et la sécrétion récente l'est lors même qu'elle serait délayée dans 100 parties d'eau. M. Van Roosbroeck (*loc. cit.*, p. 297) a fait aussi de curieuses expériences sur les qualités contagieuses de la sécrétion. Il a reconnu que le pus d'un abcès ordinaire ne produit pas sur l'œil d'ophthalmie purulente; que le pus provenant de cette ophthalmie, délayé dans l'eau, conserve ses propriétés contagieuses tant que l'odeur n'indique pas que la putréfaction s'en est emparée, etc.

C. Phases que parcourt l'inflammation produite par l'inoculation. — Elles sont de beaucoup moins aiguës dans un œil atteint de pannus que dans un œil sain. Dans le premier cas, quoique violentes, elles n'en sont pas moins souvent très bénignes. L'activité de l'inflammation paraît s'épuiser sur les tissus anormaux. Elle les ramollit d'abord, par conséquent les augmente de volume pendant un court espace de temps, puis en accélère la résorption. Quand elle dépasse ces bornes, le moment est arrivé de la réprimer par les antiphlogistiques; mais c'est là un point très difficile à saisir.

La première introduction du virus ne produit aucune sensation, ce n'est que de six à trente heures après que le malade commence à en ressentir les effets par une impression de chaleur et par le commencement d'un écoulement qui, d'abord aqueux et transparent, est destiné à subir tous les changements qu'il présente dans les cas ordinaires. La douleur, le gonflement, quelquefois la fièvre avec son cortège de symptômes, s'ensuivent. La suppuration devient abondante à un degré le plus souvent assez élevé pour effrayer médecin et malade. Elle continue de trois à cinq jours et puis se ralentit.

L'examen de l'œil montre une diminution graduelle dans l'épaisseur du pannus. Vers le sixième ou le huitième, on commence à distinguer la cornée en certains endroits; le malade perçoit quelques objets, et, au bout de quatre à six semaines, la guérison est complète.

Alors seulement on saura s'il y a eu des cicatrices ou des leucomes, parce qu'ils persisteront; mais si par malheur le médecin a tenté l'inoculation dans un cas de pannus où une portion de la cornée était demeurée saine, il trouvera dans cet endroit une opacité déterminée par le fait même de l'inoculation.

Quelquefois l'inflammation s'arrête à moitié chemin, comme

dans trois des cas que j'ai observés, laissant pour seul résultat une moindre épaisseur du pannus. Il faut alors répéter hardiment l'inoculation, et dans quelques cas ce n'est qu'après l'avoir subie cinq ou six fois que le malade finit par être complètement débarrassé du pannus.

D. Traitement de l'inflammation déterminée par l'inoculation. — Tant que l'inflammation reste bénigne, on se borne aux soins de propreté. Menace-t-elle de devenir trop aiguë, l'application de compresses d'eau froide sur les yeux et quelques verres d'eau de Sedlitz à l'intérieur, suffiront d'abord. Se déclare-t-il des douleurs aiguës, une fièvre intense, des céphalalgies, une suppuration trop abondante, on devra recourir immédiatement à des purgatifs salins et à des saignées jusqu'à ce que l'inflammation se calme et que les douleurs disparaissent. A ces moyens il serait utile d'ajouter l'application de sangsues ou de ventouses aux tempes, et les scarifications répétées des conjonctives palpébrales. Des collyres d'abord émollients, puis astringents, complètent le tableau de la thérapeutique qu'il convient d'appliquer. Employer un traitement abortif serait une faute, car on arrêterait trop tôt l'inflammation,

Un point des plus importants lorsque l'on a pratiqué l'inoculation sur un œil quand l'autre est sain, c'est assurément de surveiller attentivement l'état de ce dernier. Cinq de mes malades étaient dans ce cas, et l'on ne peut imaginer toute l'inquiétude que j'en ai ressentie. Pour éviter un malheur que j'aurais toujours regretté, j'exigeai que l'œil sain fût soumis toutes les deux heures à des instillations de nitrate d'argent faible, que les précautions les plus minutieuses fussent prises pour éviter tout contact entre l'œil sain et le malade par l'intermédiaire des doigts, des linges, de l'oreiller surtout; je fis aussi les premiers jours, sur l'œil sain, des applications directes de sulfate de cuivre en crayon, et je n'eus aucun accident; mais cela me donna beaucoup d'inquiétude, exigea beaucoup de soins, et ne me laisse que peu de désir de revenir à l'inoculation dans de pareilles circonstances.

Il est très important, en cas de mauvais résultat, possible dans toute inoculation, de ne pas éclairer le malade sur ce que l'on veut faire, et surtout de lui cacher les sources auxquelles on a puisé le pus inoculable.

Entre le pannus avancé au degré que nous venons de décrire et

la kératite vasculaire chronique, il y a un état intermédiaire qui, résistant souvent à tous les traitements que peut imaginer le médecin, ne lui laisse enfin pour seuls remèdes que les cautérisations de sulfate de cuivre et de nitrate d'argent, qu'il persiste à employer pendant des mois entiers, et même des années, faute de meilleur moyen. Dans ces conditions, Gendron a recouru (1770) à l'eau mercurielle, et V. Ammon a réussi quelquefois par l'administration à l'intérieur du tartre stibié à petites doses. Nous nous sommes bien trouvé, à notre clinique, de l'emploi d'un moyen proposé par M. Stout : la cautérisation avec le nitrate acide de mercure uni à dix parties d'eau. L'application n'en est pas plus douloureuse que celle des autres caustiques, pourvu que l'endroit cautérisé à l'aide d'une petite baguette de verre soit promptement lavé à grande eau (voy. *Granulations*, p. 145). La réaction est beaucoup moins forte qu'après l'emploi du nitrate d'argent, et la maladie disparaît rapidement.

Pour accélérer la résorption des épanchements anciens et organisés que le nitrate acide a ramollis en diminuant l'activité des vaisseaux, M. Stout nous a conseillé d'ajouter à l'emploi de ce caustique l'administration à l'intérieur du tartre stibié à petites doses. Il se base sur cette observation, que souvent dans des cas de maladies aiguës traités ainsi, des épanchements anciens ou des hypertrophies ont disparu en même temps que l'affection principale. On obtiendra cet effet du tartre stibié, sans craindre de produire le vomissement ou la nausée, en le prescrivant à 15 ou 20 centigrammes pour 250 grammes d'eau distillée, et en en faisant prendre trois ou quatre cuillerées à café par jour. Après un ou deux jours, il pourrait agir comme un laxatif léger, ce qui faciliterait la guérison.

ARTICLE VII.

PTÉRYGION* (1).

Le *ptérygion* ou *onglet cellulaire*, *pinna*, *sagitta*, *polypus oculi*, est une sorte de végétation sarcomateuse, membraneuse ou graisseuse, qui frappe isolément ou simultanément la conjonctive bulbaire, le tissu cellulaire sous-muqueux et l'aponévrose des mus-

(1) Πτέρυξ (gén. πτέρυγος), aile, aigrette.

cles droits, M. Cunier (1), M. Pétrequin (2), et d'autres auteurs recommandables, admettent quatre variétés de ptérygion :

1° Le *cellulaire*, dans lequel le tissu cellulaire sous-conjonctival est plus ou moins épaissi ;

2° Le *vasculaire*, qui se distingue par le développement de vaisseaux de la base au sommet du ptérygion ;

3° Le *charnu*, qui présente une vascularisation encore plus prononcée et une consistance sarcomateuse ;

4° Le *graisseux*, qui n'apparaît qu'après une longue existence du ptérygion charnu, et qui n'en est qu'une transformation.

Quoi qu'il en soit de ces divisions, le ptérygion, quelle qu'en soit la nature, affecte presque toujours la forme triangulaire lorsqu'il a envahi la cornée. Le triangle, dans presque tous les cas, est bien dessiné ; cependant les côtés et le sommet manquent quelquefois de régularité. Weller a observé un ptérygion qui offrait une bifurcation remarquable à son sommet. Un vieillard que j'ai observé en portait, du côté interne, un qui s'avancait sur la cornée, et présentait sur cette membrane autant de largeur que sur la conjonctive scléroticale. La moitié interne de la cornée en était recouverte complètement.

En général le ptérygion est unique ; cependant j'en ai observé assez souvent deux sur le même œil, et, très exceptionnellement, trois ; on en a vu même jusqu'à quatre. Wardrop a rencontré cette dernière variété sur un nouveau-né, et Cunier sur un adulte qu'il a opéré avec succès (*Bulletin médical belge*, p. 296, t. I). Dans ce cas, les ptérygions prennent par leur disposition la forme d'une croix de Malte. M. Velpeau (3) cite un cas où cinq ptérygions existaient sur le même bulbe ; il est probable que l'un d'eux était bifurqué, comme celui qu'a observé Weller. Presque toujours le ptérygion est en dedans et correspond par sa base à la caroncule ; lorsqu'il y en a deux, le second se montre du côté externe. Les recherches de Ribéri et de Middlemore déterminent parfaitement le lieu que choisit de préférence le ptérygion ; sur cent cinq cas opérés par le premier de ces auteurs, cent étaient en dedans,

(1) Cunier, sur la nature du ptérygion (*Bull. méd. belge*, p. 105).

(2) Pétrequin, *Recherches d'anatomie pathol. sur la nature du ptérygion; Annales de la Société de méd. de Gand*, 1838, et *Annales d'oculistique* de M. Cunier, t. I, p. 467 ; et t. XII, p. 225.

(3) Velpeau, t. III, p. 380.