

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 *celluleux*, 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.

un en haut, et quatre en dehors (*Blefarostalmo-terapia operativa*, p. 110). (Voyez Rognetta.)

L'auteur anglais fixe ainsi qu'il suit l'ordre de présentation de l'onglet :

- 1° Un ptérygion à un œil, angle interne ;
- 2° Un ptérygion à chaque œil, angle interne ;
- 3° Deux ptérygions sur un seul œil, un en dedans, l'autre en dehors ;
- 4° Un ptérygion à un œil, à l'angle interne, un autre ptérygion en haut ou en bas (Middlemore, vol. I, p. 366).

Rien de plus exact que ces observations.

Nous basant sur la nature du ptérygion, nous en admettrons trois variétés principales, le *sarcomateux* ou *charnu*, le *membraneux*, le *graisseux* ; mais quand nous nous occuperons du traitement, nous n'aurons plus que deux variétés : le ptérygion à *base large* et celui à *base étroite*.

**CARACTÈRES** : — *Ptérygion sarcomateux ou charnu*. — On aperçoit sur la conjonctive bulbaire, du côté de la caroncule (nous supposons le cas de ptérygion interne), une élévation rouge, triangulaire, à base plus ou moins large tournée vers le grand angle, et dont le sommet s'avance vers la cornée. Un grand nombre de vaisseaux sinueux, mobiles, dirigés comme dans les conjonctivites, sillonnent cette élévation dans sa longueur. Le même ptérygion présente souvent des différences notables : tantôt il est volumineux, excessivement vasculaire, d'un rouge très vif, occasionne une certaine sensation de gêne, et se complique de conjonctivite ; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il est aplati, de couleur assez pâle, et n'est la cause d'aucune sensation désagréable.

Lorsqu'il ne repose encore que sur la conjonctive du globe, il a rarement une base très large, elle prend un développement d'autant plus grand que la maladie s'est avancée davantage sur la cornée. Le ptérygion que les auteurs appellent vasculaire n'est que le degré le moins élevé de cette maladie.

Le *ptérygion membraneux* paraît consister dans l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux et dans la vascularisation et le développement morbide de l'expansion aponévrotique de l'un des muscles droits ; mais une recherche plus précise sur sa véritable nature est assurément à faire.

Selon M. Rognetta, cette cause serait une des plus fréquentes

du ptérygion. Ce serait à tort, si l'on raisonnait dans le sens de cet auteur, qu'on admet le ptérygion parmi les affections de la muqueuse oculaire. Il est certain que dans beaucoup de cas l'onglet paraît tenir à cette double cause, la dégénérescence sarcomateuse de l'aponévrose et l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-conjonctival ; mais il n'en est pas moins vrai que le ptérygion charnu est le plus souvent la conséquence de l'épaississement morbide de la conjonctive, et qu'il ne ressemble en rien au pannus dont il est facile de le distinguer par une foule de caractères, et surtout par ceux du sommet du ptérygion en général, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Cette variété de ptérygion se distingue parfaitement de la première par sa couleur, qui est plus pâle ; par le nombre des vaisseaux, qui est infiniment moindre, et qui, dans quelques cas, est réduit à trois ou quatre seulement, et aussi par le moins de largeur de l'élévation de la tumeur triangulaire. De la base au sommet de la tumeur, on reconnaît, au lieu de vaisseaux, des filaments aponévrotiques blanchâtres, ressemblant assez à de petites bandelettes fibreuses, aplaties et luisantes dans leur ensemble, entre lesquelles on voit assez souvent de nombreuses nodosités blanc jaunâtre, qu'il ne faut point confondre avec le pingüécula.

Lorsqu'on essaie de donner quelques mouvements à ce ptérygion, de le soulever par l'intermédiaire de la paupière inférieure, on reconnaît qu'il est beaucoup moins mobile que le premier, qu'on peut déplacer dans une grande étendue.

Le *ptérygion graisseux* n'offre rien de particulier : aux altérations que nous avons signalées il faut ajouter l'accumulation, sous les vaisseaux et sur les fibres nacrées dont nous venons de parler, d'une masse d'apparence graisseuse, formant des granulations jaunâtre sale, éparses çà et là de la base au sommet du ptérygion.

Là encore une recherche sérieuse est à faire à l'aide du microscope.

J'ai vu une fois, sur un vieillard, un ptérygion de cette nature qui avait envahi toute la moitié externe de la conjonctive bulbaire, et qui s'étendait sur la cornée au point de gêner la vue. La dégénérescence, d'apparence graisseuse, s'était avancée jusque sur cette dernière membrane ; on n'y voyait aucun vaisseau. Chélius pense que le degré le moins élevé de cette variété constitue le pingüécula, mais je ne puis partager cette manière de voir ; l'erreur est évidente.

Ces deux dernières variétés ne prennent jamais la forme aiguë au même degré que la première, à moins que la conjonctive ne participe plus tard à la maladie.

Le *sommet* du ptérygion, considéré en général, présente des caractères particuliers qui distinguent parfaitement cette affection de toute autre. En l'observant de près, on reconnaît qu'il est généralement en forme de lance, aponévrotique, de couleur blanc-nacré, et d'une longueur tout au plus de 1 à 2 millimètres. Que le ptérygion soit vasculaire ou fibreux, le sommet présente toujours cette forme particulière qui ne manque de régularité que dans quelques cas exceptionnels; c'est un moyen excellent de distinguer le ptérygion de toute autre maladie, et en particulier du pannus. (Voy. *Diagnostic différentiel du pannus et du ptérygion*, p. 178.)

MARCHE. — Le ptérygion marche d'ordinaire vers la cornée avec une extrême lenteur, surtout lorsqu'il est membraneux ou graisseux. Le sarcomateux se développe au contraire avec une certaine rapidité dans quelques cas particuliers, surtout lorsque les yeux du malade sont exposés à l'action de corps irritants. Un homme portant, depuis une année environ, un ptérygion membraneux qui n'avait, pendant tout ce temps, fait aucun progrès, reçoit sur la paupière une goutte d'acide nitrique, qui brûle profondément cet organe et produit un trichiasis léger avec un coloboma. A partir de ce moment, le ptérygion prend une activité nouvelle, il arrive à présent sur la cornée, et il ne tardera pas, très probablement, à forcer le malade à subir l'opération de trichiasis devant laquelle il recule.

Chaque fois que les cils déviés sont un peu longs, le ptérygion s'enflamme et présente tous les caractères du ptérygion sarcomateux; le malade accuse alors une certaine sensation de gêne, qui pourrait aussi bien être attribuée aux cils qui frottent le globe qu'au développement des vaisseaux; et, après l'extraction de ces poils, il ne reste plus que quelques rares vascularités pâles et tous les caractères du ptérygion membraneux.

Lorsque le ptérygion est encore sur la conjonctive, et qu'il est membraneux, il peut rester stationnaire pendant un très grand nombre d'années, et l'œil malade ne se trouve soumis à aucune cause d'irritation; il en est autrement si ce ptérygion est charnu et que le malade se trouve dans de mauvaises conditions. Alors le sommet s'avance jusqu'au centre de la cornée, et la vision est compromise.

PRONOSTIC. — Pendant tout le temps que le ptérygion demeure sur la conjonctive, il n'offre rien de sérieux; il n'en est pas de même quand il s'est avancé sur le centre de la cornée. La vision, dans ce cas, est plus ou moins empêchée, et il est rare, même après une opération bien faite, que la membrane reprenne son intégrité. L'opération est loin, dans ce cas, d'être parfaite dans ses résultats, une couche superficielle de la cornée devant être emportée avec le mal, et une tache plus ou moins opaque étant assez fréquemment la conséquence de cette lésion.

Lorsque la base du ptérygion est très grande et qu'elle s'est largement développée au-dessus et au-dessous de la membrane semi-lunaire, le pronostic est en général mauvais. J'ai vu des cas semblables de ptérygion bien opérés récidiver plusieurs fois, et une bride très forte, organisée à la place de l'onglet, produire un empêchement sérieux au libre exercice des muscles de l'œil et une diplopie fort gênante. Plusieurs fois ce résultat s'est présenté dans ma pratique et je l'ai vu dans celle des autres.

ÉTILOGIE. — Elle est à peu près inconnue. Tous les auteurs admettent que les irritations et les inflammations chroniques de la conjonctive oculaire prédisposent au ptérygion; et, cependant, rien ne le prouve, car la plupart des individus atteints de cette lésion n'ont jamais souffert des yeux. Beer, par exemple, croit que les ouvriers exposés à recevoir du sable dans les yeux, comme les maçons, les terrassiers, etc., y sont plus exposés que d'autres; mais rien ne paraît justifier cette opinion. On ne peut sans doute nier ce fait d'une manière absolue; cependant on ne peut s'empêcher de se demander pourquoi c'est le ptérygion et non le pannus qui est la conséquence de ces inflammations que provoque la présence répétée des corps étrangers.

M. Arlt, que nous avons déjà cité plusieurs fois, ne nous paraît pas heureux dans l'explication qu'il donne de la formation du ptérygion: selon lui la conjonctive serait peu à peu attirée sur la cornée après des abcès superficiels du bord de cette membrane. Il y aurait, en vue de la cicatrisation, une irritation continue et peu élevée et par là « imbibition de la conjonctive par une exsudation, transformation de son tissu et resserrement final de la partie attaquée d'abord (1). » Mais une seule observation détruit cette manière de voir, c'est que la plupart des ptérygions se développent sans

(1) Arlt, *loc. cit.*, p. 160.

inflammation préalable, les ptérygions membraneux particulièrement; ensuite c'est que la conjonctive, même dans les ptérygions les plus développés, n'est pas raccourcie comme elle le serait certainement si elle était convertie en tissu inodulaire, ce qui, malheureusement, arrive souvent après qu'on a enlevé le mal. D'un autre côté, comment le ptérygion ne se développerait-il pas plus souvent, à la suite des pustules qui encadrent si souvent la cornée pendant l'enfance et la jeunesse des sujets lymphatiques? Je sais bien que M. Arlt cherche à expliquer ce fait en disant que l'abcès n'est pas assez superficiel, que la réaction inflammatoire manque, etc., etc.; mais ces raisons ne me paraissent pas suffisamment fondées pour me faire partager l'opinion du savant auteur.

Les climats chauds semblent prédisposer au développement de cette maladie; Lawrence l'a très souvent rencontrée dans l'Inde; elle est très fréquente en Espagne et surtout en Italie. Les hommes y sont plus sujets que les femmes, les vieillards plus que les jeunes gens; les nouveaux-nés cependant n'en sont point exempts, si l'on en juge d'après l'observation de Wardrop.

TRAITEMENT. — On le divise en *médical* et en *chirurgical*.

1° *Traitement médical*. Les astringents et les résolutifs, d'une force graduellement augmentée, paraissent réussir quelquefois à arrêter le ptérygion dans sa marche, et même à le faire complètement disparaître. C'est surtout dans les cas de ptérygions peu vasculaires et non encore parvenus sur la cornée qu'on serait en droit d'espérer ce résultat. Maître Jan, Scarpa, Boyer, Velpeau, Beer, Rosas, Chélius, comptent quelques succès par l'emploi de ces moyens, parmi lesquels le laudanum, les sulfates de zinc et de cuivre, les pommades de précipité rouge et blanc doivent être comptés en première ligne. Mackenzie vante surtout le nitrate d'argent. « J'ai trouvé, dit-il, la solution de nitrate d'argent utile dans le ptérygion, lors même que la maladie approchait de la condition que l'on désigne par le mot *crassum*, et surtout lorsqu'elle était accompagnée d'une conjonctivite catarrhale. Dans plusieurs cas j'ai vu ce moyen effectuer la guérison. Il en est de même du vin d'opium (1). »

Cependant il ne faut point se faire illusion et compter trop sur ces moyens, surtout lorsque le ptérygion commence à envahir la cornée. Il n'est pas rare alors que les collyres et les pommades

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, p. 188.

favorisent le développement de la maladie qui, suivant mon expérience, subit des variations, en plus ou en moins, selon l'état inflammatoire de la conjonctive, mais qui, une fois développée, ne disparaît plus.

Les scarifications, les excisions partielles ne sont pas plus avantageuses, par suite de l'irritation qu'elles provoquent. La cautérisation directe avec le nitrate d'argent ne m'a jamais paru être d'aucun secours, pour les mêmes motifs, qu'on l'applique à la base perpendiculairement aux vaisseaux ou directement sur le sommet. Ces deux moyens réussissent bien dans le pannus, mais ne présentent aucun avantage dans le ptérygion. Il est préférable alors de recourir à l'opération.

2° *Traitement chirurgical*. — Il constitue seul le traitement essentiellement curatif du ptérygion, et consiste dans l'excision partielle ou totale des parties malades, ou dans leur déplacement que je nomme *déviatio*n.

Quelques auteurs pensent qu'il est indispensable d'enlever la dégénérescence du sommet à la base (Scarpa, C. Bell., Chélius, Samuel Cooper, Jæger); d'autres, au contraire, qu'on doit toujours, sous peine de la voir se reproduire, procéder de la base au sommet (Beer, Flarer, Riberi, Rosas, Stœber, Carron du Villards); mais c'est là une opinion sans valeur.

A. *Extirpation par le sommet*. — Le malade est assis, un aide placé derrière lui maintient la tête contre sa poitrine, d'une main relève la paupière supérieure et de l'autre abaisse l'inférieure; le malade dirige son œil du côté de la base de la tumeur afin de la mettre dans un aussi grand relâchement que possible. Lorsque l'œil est très mobile, on peut le fixer avec une paire de pinces ou une égrigne double, comme dans l'opération du strabisme; mais alors un second aide est nécessaire.

Le chirurgien saisit au moyen d'une pince le ptérygion par le sommet placé sur la cornée, l'attire à lui brusquement jusqu'à ce qu'il entende un léger craquement, puis dissèque peu à peu avec un bistouri convexe toute la portion scléroticale adhérente, jusqu'à la base qu'on sépare ensuite au moyen de ciseaux ordinaires.

Scarpa opérerait ainsi, sauf que, pour prévenir une cicatrice trop étendue, il n'enlevait avec le bistouri que la portion kératique du ptérygion et divisait la base par une incision semi-circulaire parallèle au bord de la cornée.

Ce procédé est d'une exécution assez difficile: il arrive souvent

que les pinces ne saisissent qu'incomplètement la tumeur, qui se déchire sous la pression. On comprend en outre toute la peine que doit éprouver le chirurgien à placer la pince d'une manière convenable sur l'extrémité souvent filiforme de la dégénérescence, surtout lorsque l'œil n'est pas convenablement fixé.

B. *Extirpation par la base.* — C'est le procédé que j'ai choisi; on l'applique seulement quand le ptérygion a une base étroite.

Le malade et les aides étant placés comme il a été dit plus haut, l'œil étant fixé et les paupières maintenues écartées au moyen d'élevateurs, le chirurgien saisit, avec une pince à agrafe, la base du ptérygion vers laquelle l'œil est dirigé; toute la portion comprise entre les mors de l'instrument est divisée d'un coup de ciseaux portant jusque sur la sclérotique, puis l'opérateur détache les côtés du triangle jusque sur la limite du ptérygion à la cornée.

La portion kératique est disséquée ensuite avec lenteur, on se sert pour cela d'un couteau à cataracte ordinaire, ou d'un petit bistouri convexe bien tranchant. Pendant la dissection, un aide lance un jet d'eau tiède sur la cornée pour enlever le sang. La seringue d'Anel suffit parfaitement. Si quelques portions morbides restent dans la plaie, on doit les saisir et les retrancher avec soin, ou, au besoin, les enlever en les râclant avec un couteau lancéolaire, comme on le fait pour les taches d'encre sur le papier, et de manière à laisser la cornée parfaitement transparente.

Je trouve plus commode d'opérer le malade au lit.

Les anciens opéraient à peu près de cette manière; ils soulevaient le ptérygion avec un crochet et engageaient une anse de fil à sa base pour l'exciser plus facilement ensuite. Le même moyen était employé pour le traitement chirurgical de l'ectropion sarcomateux. Quelques chirurgiens préfèrent encore aujourd'hui ce procédé, qui appartient à Celse; il est d'une exécution très facile.

#### Guérison du ptérygion interne par déviation.

*Procédé de l'auteur.* — Les insuccès nombreux que j'ai vus dans l'application des procédés inventés pour la destruction du ptérygion m'ont conduit à imaginer le moyen suivant, dans lequel on ne retranche aucune partie de la conjonctive, quelle que soit la largeur des ailes du ptérygion. Il n'est applicable qu'au cas de ptérygion à base large.

*Premier temps.* — Les paupières sont écartées avec des élevateurs pleins. Le ptérygion saisi à quelques millimètres de la cornée est un peu soulevé au moyen d'une pince à agrafe. (Voy. fig. 10.)

Le chirurgien, armé d'un bistouri fin ou d'un couteau à cataracte, incise la muqueuse en haut et en bas sur les côtés du mal, depuis la cornée jusque dans l'angle interne. Il dissèque ensuite le sommet sur la cornée en recommandant à un aide de lancer de l'eau, avec la seringue d'Anel, sur la plaie pour entraîner le sang.

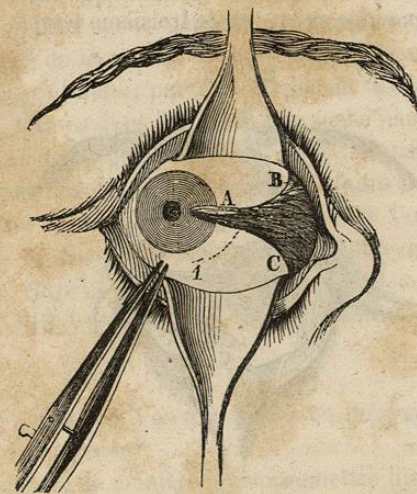
Le ptérygion est détaché ainsi partout, sauf dans le grand angle, et renversé sur sa base, du côté du nez. (Voy. fig. 11.)

*Deuxième temps.* — La dissection du ptérygion étant achevée, on pratique, sur le bord inférieur de la plaie faite à la conjonctive, une incision suivant une direction parallèle à la circonférence de la cornée, dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. Cette incision longe la cornée en bas à 4 millimètres environ et doit être assez large pour que l'extrémité du ptérygion, devenue libre par la dissection, puisse y être introduite. (Voy. 1 de la fig. 10.)

La figure 10 représente un ptérygion interne à large base. Les

Fig. 10.

A, sommet du ptérygion;  
B, aile supérieure du ptérygion;  
C, aile inférieure;  
1, ponctué indiquant la forme et la longueur de l'incision à faire sur la conjonctive pour y fixer le ptérygion après la dissection.



paupières sont écartées par des élevateurs et l'œil entraîné par une pince.

Après la dissection du ptérygion et l'incision de la conjonc-