

Cette variété succède parfois à la conjonctivite phlycténulaire, fréquemment elle concorde avec l'héméralopie ; elle serait alors la conséquence d'un trouble nutritif. Une sorte de xérosis aigu se montre dans les affections typhoïdes et le choléra ; il serait dû à la déperdition considérable de liquide que subit l'organisme (ABADIE). Enfin, d'après GAMA LOBO, on observe au Brésil, en particulier sur les jeunes nègres, une variété d'affection qui se rapproche beaucoup de celle que nous venons de signaler.

2° *Xérosis parenchymateux* (Xérosis général ou squammeux). — La conjonctive mate, terne, dure, dépolie, est recouverte d'écaillés pulvérulentes ; il est difficile de renverser les paupières, généralement soudées au globe de l'œil par de véritables brides cicatricielles. A la longue, la cornée dont la nutrition est compromise se trouve elle aussi envahie ; on la voit se recouvrir de fines écaillés réunies les unes aux autres par du mucus (TERRIER). Les malades accusent une sensation de sécheresse, de frottement ; les mouvements de l'œil sont difficiles, les conduits lacrymaux se rétrécissent peu à peu, ce qui entraîne le développement d'un épiphora incurable.

Cette affection succède d'ordinaire à certaines ophtalmies granuleuses ou croupales, et aux destructions traumatiques de la cornée. Elle serait alors le dernier stade de la maladie. On a vu encore la production du xérosis à la suite de quelques éruptions conjonctivales ou cornéennes. Enfin ALIBERT, LASSÈGUE, HARDY, ont rapporté des observations de psoriasis conjonctival, affection qui a manifestement les plus grandes analogies avec le xérosis.

**Pronostic.** — Le xérosis partiel guérit sans laisser de traces ; le xérosis total, au contraire, constitue une maladie des plus rebelles, presque au-dessus des ressources de l'art.

**Traitement.** — Parmi tous les liquides préconisés pour remédier à la sensation de sécheresse si désagréable des paupières, le lait et la glycérine pure sont ceux qui ont donné les meilleurs résultats. OLLIER a obtenu une amélioration notable en suturant les paupières et en maintenant l'occlusion pendant un an, ABADIE conseille de tenter, comme dans le symblépharon, la transplantation de la conjonctive d'un animal.

## 2° PTÉRYGION. — ONGLET CELLULEUX

**Bibliographie.** — JOBERT, *Cure radic. du ptérygion*, in *Monit. des sc. méd.*, 1860. — KNAPP, *Arch. f. Opht.*, Bd. XIV, s. 267, 1868. — MANNHARDT, in *Ibid.*, Bd. XXII, A. I, s. 81, 1876. — KLEIN, *Transpl. von Schleimhaut*, in *Allg. Wiener med. Zeitsch.*, 1876. — MAUREL, *Modif. au procédé de Desmarres*, in *Bull. de thérap.*, 1879. — PONCET (de Cluny), *Arch. d'opht.*, t. 1<sup>er</sup>, 1880. — G. MARTIN, *Cautéris. ignée*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXXXV, p. 144, 1881.

Thèses de Paris. — 1877, LARROQUE, ROUDOULY. — 1880, CARASSAN.

**Définition.** — On donne ce nom à un épaississement partiel de la conjonctive ; les parties hypertrophiées affectent une forme triangulaire.

**Siège. Nombre.** — Habituellement solitaire, le ptérygion siège de préférence à la partie interne de la fente palpébrale ; le sommet de ce petit triangle est

tangent à la cornée, sa base répond à la caroncule lacrymale. Dans les cas d'ailleurs fort rares de ptérygion double, l'un est externe, l'autre interne. On a noté des observations de ptérygion multiple ; BEER en a vu trois sur le même œil, VELPEAU cinq.

**Étiologie.** — Les causes mécaniques semblent jouer un certain rôle dans le développement de la maladie, qui se montre surtout chez les sujets exposés par leur profession à l'action des poussières irritantes : tailleurs de pierre, de meules. L'un de nous a vu deux familles de cultivateurs dont plusieurs membres étaient atteints de ptérygion ; sans vouloir rien présumer, ni baser aucune hypothèse sur deux faits isolés, nous pensons qu'il y aurait lieu de faire connaître les cas semblables, parfaitement en rapport avec la théorie parasitaire de PONCET (de Cluny). Cette petite infirmité est plus fréquente dans les pays chauds que dans nos climats, on l'observe de préférence chez les adultes.

**Symptômes.** — Le ptérygion constitue un petit triangle rougeâtre, vasculaire, dont le sommet empiète toujours plus ou moins sur la cornée. Suivant son épaisseur, on le désignait naguère sous les qualificatifs de ténus, membraneux, charnu ou sarcomateux, pinguis ou gras. Les bords n'adhèrent pas toujours aux parties sous-jacentes, on peut les soulever et glisser un stylet entre la production et la sclérotique. Tant qu'il n'a pas envahi le champ pupillaire, le ptérygion constitue une simple infirmité ; les troubles qu'il occasionne sont ceux de la conjonctivite légère. Dès que le champ pupillaire est envahi, le trouble apporté à la vision en fait une affection gênante.

**Anatomie pathologique.** — Beaucoup de théories ont été émises pour expliquer la présence du ptérygion.

1° Le ptérygion est constitué par une simple hypertrophie des divers éléments de la conjonctive (CH. ROBIN, FANO, DE WECKER).

2° Un ulcère se forme à la périphérie de la cornée, la conjonctive contracte des adhérences en ce point ; tel est pour ARLT le mécanisme ordinaire par lequel se développe le ptérygion. Le tiraillement résultant de la cicatrice entretiendrait l'ulcération cornéenne qui continue à progresser vers l'ouverture pupillaire.

3° Pour notre maître PONCET (de Cluny), « au niveau du ptérygion, l'épithélium cornéen se renfle et forme un revêtement solide, se continuant d'une part sur le repli muqueux, se prolongeant de l'autre sous le ptérygion avec la membrane de Bowmann. A l'extrémité de cette dernière membrane, qui ne s'avance jamais aussi loin que celle de Descemet, le microscope démontre la présence d'un foyer de vibrions logés entre la cornée et la conjonctive, dissolvant les faisceaux de ces deux membranes, effectuant, en un mot, un véritable travail sous-muqueux. C'est la cause principale de la progression silencieuse de la pointe du ptérygion. »

**Traitement.** — Il serait fastidieux de parler des divers collyres solides ou liquides vantés contre le ptérygion, ils sont inutiles. Comme méthodes opératoires on emploie : la ligature, l'excision, la transplantation.

La ligature et l'excision ne donnent jamais de résultats bien satisfaisants ; ces méthodes, en effet, ne mettent pas à l'abri de la récurrence et exposent à des accidents graves.

Le procédé le plus rationnel pour éviter les récidives est la transplantation, conseillée par DESMARRÉS. Après avoir détaché la production de son sommet vers sa base, on fait dans le segment inférieur de l'œil une incision de 6 à 8 millimètres sur la conjonctive, parallèlement à la circonférence de la cornée. Les bords de l'incision s'écartent, formant une plaie triangulaire dans laquelle on enclave le ptérygion en le fixant à l'aide de points de sutures. Pour détruire les vibrions on peut, à l'exemple de MARTIN (de Bordeaux), toucher l'ulcère cornéen avec la pointe d'un galvano-cautère ou une solution forte d'acide phénique.

## 3° TUMEURS DE LA CONJONCTIVE

**Bibliographie.** — SICHEL, *Mém. sur les kystes séreux de l'œil*, in *Arch. gén. de méd.*, 4<sup>e</sup> série, t. XI, p. 430, 1846. — RYBA, *U. Dermoïdgeschw.*, in *Prager Vierteljahrsch.*, 1853. — FANO, *Lipome de la conj.*, in *Gaz. des hôp.*, 1869; *Mélanose*, in *Ibid.*, 1872 et 1873; *Kystes muqueux*, in *Journ. d'ocul. et de chir.*, 1874. — CHAPMANN et KNAPP, *Un cas d'épithélioma*, in *Arch. f. Augenheilk.*, Bd. IV, 1876. — WARLOMONT, *Dict. encycl.*, t. XIX (Bibliogr.). — H. BOUSQUET, *Mélano-sarcome de la conjonctive, Généralisation*, in *Bull. de la Soc. anat.*, 1876. — MEYER, *Épithélioma du limbe conjonctival, Ablation, récidive, etc.*, *Polypes*, in *Gaz. des Hôp.*, 1881. Thèses de Paris. — 1878, FABRE. — 1879, THOU (Tumeurs rares). — 1879, BUNSENSTEIN (Mélano-sarcomes).

A. — *Tumeurs bénignes.* — On a signalé sur la conjonctive la présence de lipomes, et même d'ostéomes (DE GRÆFE, DE WECKER). Ces tumeurs étant fort rares, il nous suffit de les avoir signalées. Parmi les productions bénignes, les plus fréquentes sont : la pinguécula, les polypes ou verrues et les kystes.

1° *Pinguécula.* — Ce mot est employé pour désigner une petite tumeur jaunâtre habituellement située vers le bord interne de la cornée, près de la caroncule.

La pinguécula s'observe particulièrement chez les vieillards; elle siège dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. On a cru pendant longtemps que cette production était formée par du tissu cellulaire, il n'en est rien. La pinguécula, ainsi que l'ont démontré les recherches récentes de DE WECKER, est constituée exclusivement par du tissu cellulaire condensé. Cette tumeur n'occasionne en général aucune gêne; si elle devient trop apparente, rien n'est plus facile que d'en faire l'ablation.

2° *Polypes.* — Les polypes de la conjonctive forment de petites masses habituellement pédiculées. Ils siègent le plus souvent vers la commissure externe. Leur structure est la même que celle des polypes des autres muqueuses. Lorsqu'ils deviennent un peu gênants, il est facile de les enlever. Il est bon de cautériser le point d'implantation de ces néoplasmes, si on ne veut les voir récidiver rapidement.

3° *Kystes.* — Les kystes de la conjonctive paraissent avoir une origine différente. Ordinairement ils proviennent de l'hypertrophie d'une glandule; d'autres, d'après DE WECKER, se développeraient aux dépens d'un lymphatique hypertrophié; enfin RYBA a signalé quelques cas de kystes dermoïdes, qui résul-

teraient d'un arrêt de développement, par suite duquel persisterait par place l'enveloppe cutanée qui recouvre primitivement les yeux.

Le traitement de ces divers kystes est simple, il faut les enlever ou inciser le sac, puis cautériser ses parois.

B. — *Tumeurs malignes.* — La variété la plus fréquemment observée est le mélano-sarcome. La tumeur débute par une petite masse pédiculée, analogue à un polype. Après l'ablation de cette production, la récidive est rapide; l'un de nous a rapporté un cas de ce genre dans lequel la généralisation s'est faite en moins d'un an, le néoplasme avait envahi les ganglions, le diploé des os du crâne, les vertèbres, etc.

L'épithélioma est rarement primitif, il succède d'ordinaire aux cancroïdes palpébraux, variété commune.

On a signalé encore un certain nombre de cas de lymphadénomes et de carcinomes; ces divers néoplasmes sont d'un pronostic très grave, il faut les enlever aussi largement que possible, et malgré toutes les précautions s'attendre à des récidives.

## 4° LÉSIONS SYPHILITIKES

Les plus communes sont les chancres et les gommés. Les chancres siègent d'ordinaire sur la conjonctive oculaire, en dehors du bord cornéen. DE WECKER, DESMARRÉS, FOURNIER en ont rencontré dans le cul-de-sac conjonctival, GALEZOWSKI, à la paupière supérieure.

Les gommés occupent de préférence l'angle externe de l'œil au niveau de l'insertion des muscles droits (DE WECKER, BRIÈRE). Il faut éviter de les confondre avec l'épithélioma: le traitement spécifique devra tout d'abord être employé, bien souvent il suffira seul à lever tous les doutes.

## 5° LÉSIONS TRAUMATIQUES

A. — *Corps étrangers.* — L'introduction de corps étrangers dans les culs-de-sac conjonctivaux constitue un accident presque journalier. Les plus fréquemment observés sont: les insectes, les fragments de charbon, de coke, de pierre, des paillettes de fer. Habituellement ces corps restent libres dans les culs-de-sac conjonctivaux, parfois ils s'implantent dans l'épaisseur de la membrane, quelquefois ils se logent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival; plus rarement on a vu des coques de millet, de chènevis, fixées à la face externe de la conjonctive par la seule pression atmosphérique.

Leur présence occasionne immédiatement une série d'accidents: gêne considérable, rougeur de la conjonctive, photophobie, larmolement. Ces phénomènes douloureux, que tout le monde connaît pour les avoir éprouvés, se calment comme par enchantement dès que le corps étranger a été expulsé.

Si l'on ne procède pas à cette ablation, les symptômes s'aggravent, la con-

1. Voir la bibliographie des lésions traumatiques de la cornée.

jonctivité acquiert une intensité très grande, les paupières se gonflent, le frottement continu occasionné par la présence du corps étranger devient intolérable. Douleurs et frottements sont encore augmentés par le spasme réflexe de l'orbiculaire, de là, la nécessité de procéder le plus tôt possible à l'examen de l'œil et à l'extraction du corps étranger.

La présence de corps, même volumineux, a été parfois méconnue; pour éviter semblable erreur, il faut procéder méthodiquement, explorer les culs-de-sac à l'aide d'une loupe. Dans ce but, la paupière inférieure étant renversée, le malade sera prié de regarder fortement en haut, puis on fera basculer la paupière supérieure, le malade alors regardera en bas, tout à fait en bas. De cette façon toute l'étendue des culs-de-sac se montre aux yeux de l'explorateur. Le corps étranger étant découvert, on procédera à son extraction; le doigt, un stylet, un pinceau, un fragment de papier roulé suffisent lorsque l'objet est libre; s'il est enclavé, on se servira pour l'extraire d'une aiguille à cataracte. Parfois on est obligé de faire l'excision d'un lambeau conjonctival. Des compresses froides seront ensuite appliquées en permanence durant quelques heures.

B. — *Plaies*. — Les blessures de la conjonctive, plaies et plaies contuses sont superficielles ou profondes. Les plaies superficielles, éraillures, occasionnent une conjonctivité assez intense, mais n'ont aucune gravité. Les plaies profondes, avec perte de substance, les plaies contuses, surtout si l'on n'intervient pas, sont d'un pronostic plus sérieux. Il peut se former des cicatrices vicieuses qui gênent considérablement les mouvements du globe oculaire.

Pour calmer la douleur on applique sur le globe de l'œil des compresses froides et, si cela est nécessaire, on fera quelques instillations d'atropine. Si la plaie est étendue, dans les cas de plaies à lambeaux en particulier, on réunira les lèvres de la solution de continuité par quelques points de suture.

C. — *Brûlures*. — Les brûlures de la conjonctive peuvent résulter de l'action des corps portés à des températures élevées ou incandescents, et du contact d'agents chimiques ou corrosifs.

La gravité de ces lésions dépend avant tout de leur profondeur et de leur étendue. Elles occasionnent la formation d'une escarre grisâtre qui, après quelques jours, est éliminée et remplacée par une surface bourgeonnante.

Plus encore que dans les cas précédents, il est difficile d'éviter la production d'adhérences et de cicatrices vicieuses.

**Traitement.** — Si l'on est présent au moment de l'accident, on fera laver les yeux à grande eau; s'il s'agit d'un caustique chimique, on neutralisera son action à l'aide d'une solution acide ou alcaline. Dans les cas de brûlure par la chaux, la solution sucrée concentrée, recommandée par GOSSELIN, donne les meilleurs résultats. Les collyres irritants doivent être absolument proscrits, on les remplacera par du lait ou de l'huile d'amandes douces. A la suite des escarres, pour s'opposer à la formation de cicatrices adhérentes, on a conseillé d'introduire dans les culs-de-sac un petit cylindre de plomb, une émulsion de graine de lin; on pourra aussi, suivant le conseil d'ABADIE, rompre de temps à autre les adhérences; malgré tout il faut s'attendre à voir se former des cicatrices vicieuses.

## CHAPITRE V

## MALADIES DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE

§ 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques de la cornée

**Bibliographie générale.** — ARLT, *Blessures de l'œil*, 1877. — YVERT, *Ibid.*, 1880. — CRESPI, *Statistique sur les blessures de l'œil*, in *Recueil d'ophth.*, 1879. — MÉJASSON, Thèse de Paris, 1879. — JAUBERT, *Plaies de la cornée*, Montpellier, 1880. — AGNEW, *Ann. d'ocul.*, t. LXXXV, 1881, p. 273.

1<sup>o</sup> BLESSURES DE LA CORNÉE

A. — *Piqûres*. — Les piqûres de la cornée sont pénétrantes ou non. Les piqûres pénétrantes peuvent être simples ou compliquées de la lésion des organes profonds. Les piqûres non pénétrantes, ou pénétrantes simples sont un accident des plus bénins. Lorsque le corps vulnérant est dans un état de propreté convenable et qu'il ne reste aucune substance étrangère dans la plaie, la paracentèse de la chambre antérieure, par exemple, faite avec les précautions voulues, n'entraîne jamais d'accident.

Les choses se passent différemment lorsque l'agent vulnérant laisse dans la petite plaie des substances étrangères. Il se produit alors une kératite plus ou moins intense accompagnée d'ordinaire d'hypopion et d'iritis. Les blessures de la cornée par les barbes des épis de blé, assez fréquentes chez les moissonneurs, se font remarquer entre toutes par leur gravité et l'intensité des accidents qu'elles déterminent.

B. — *Éraillures*. — Les éraillures de la cornée sont communes; bien que sans gravité, elles s'accompagnent toujours de photophobie, de douleurs considérables, et nécessitent pendant quelques jours le repos absolu de l'organe.

C. — *Coupures*. — Les sections de la cornée sont complètes ou incomplètes, simples ou compliquées. Lorsque le sujet est sain, que l'instrument n'a laissé aucun agent morbide entre les lèvres de la plaie, et qu'il n'y a pas de perte de substance, ces lésions guérissent en général avec facilité. La réunion se fait rapidement, une simple ligne grisâtre reste comme témoignage de la solution de continuité. Les plaies pénétrantes s'accompagnent toujours de l'issue d'une quantité plus ou moins grande d'humeur aqueuse. Ce liquide se reproduisant rapidement, sa sortie ne constitue pas un accident bien grave, mais elle favorise la hernie de l'iris, complication fâcheuse, puisqu'elle entraîne l'adhérence de cette membrane, et plus tard dans certains cas, le développement d'un staphylome.