

Une affection conjonctivale fort rare et qui présente quelques ressemblances avec les granulations, a été décrite récemment sous le nom de *dégénérescence amyloïde de la conjonctive*. Elle se développe de préférence dans la moitié supérieure du cul-de-sac et du pli semi-lunaire, et produit une hypertrophie si considérable de la muqueuse que celle-ci peut faire saillie en dehors de la fente palpébrale. La conjonctive y est transformée dans un tissu épais, molasse, gélatineux, de couleur jaunâtre et qui renferme quelques grains diaphanes plus volumineux que les granulations ordinaires. Le reste de la conjonctive paraît absolument intact.

L'unique traitement préconisé contre cette dégénérescence consiste dans l'ablation des parties hypertrophiées de la conjonctive.

Pour compléter la série des diverses conjonctivites nous devons mentionner encore la *conjonctivite* qui survient à la suite de l'emploi de l'*atropine* et de la *duboisine*. Elle se présente tantôt sous forme de catarrhe avec sécrétion pur-muqueuse et quelques granulations, tantôt sous forme d'une hyperhémie de la conjonctive palpébrale qui prend une teinte jaunâtre et devient plus épaisse. En même temps la peau des paupières se ride, devient rugueuse et paraît d'une rougeur érysipélateuse. Les malades se plaignent d'un larmoiement qui les oblige à essuyer constamment les yeux.

Cette conjonctivite, d'ailleurs relativement rare, apparaît quelquefois dès le premier emploi de l'*atropine* ou de la *duboisine*, et doit être attribué alors à une idiosyncrasie de la muqueuse; dans d'autres cas, elle ne survient qu'après une application prolongée de ces alcaloïdes, surtout lorsque leur préparation pharmaceutique est défectueuse.

Dans tous les cas il faut cesser immédiatement leur emploi, prescrire des lotions chaudes avec une solution d'acétate de plomb. Il est à remarquer qu'on a pu employer sans inconvénient l'extrait de belladone et la *duboisine* chez des malades ne pouvant supporter l'*atropine*, et *vice versa*.

ARTICLE II.

PTÉRYGION, ONGLET.

On donne le nom de *ptérygion* ou d'*onglet* à un épaississement d'une partie plus ou moins grande de la conjonctive fortement vascularisée, en forme de triangle, dont la base correspond à la circonférence du globe oculaire, et dont le sommet est dirigé vers la cornée sur laquelle il peut empiéter plus ou moins (fig. 23). Il est très mobile sur la sclérotique, siège en général dans la direction du muscle droit interne, plus rarement dans celle du droit externe, et exceptionnellement on en rencontre plusieurs sur le même œil.

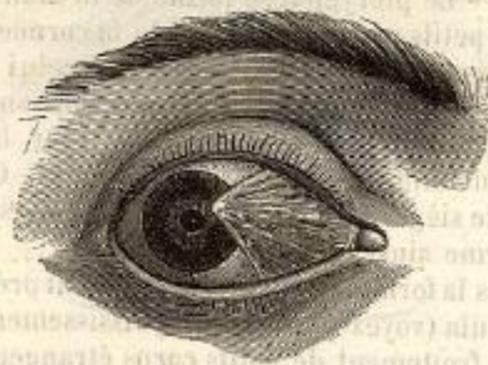


Fig. 23. — Pterygion.

A son début, on peut reconnaître au sommet du *ptérygion* la petite ulcération qui provoque cette formation cicatricielle, et qui en avançant sur la cornée peut entraîner le *ptérygion* jusqu'au centre de la cornée et même au delà de la pupille. Il peut devenir le siège d'une inflammation et paraît alors injecté et gonflé (*ptérygion charnu, sarcomateux*), tandis qu'habituellement il est pâle, mince et semi-transparent (*ptérygion ténu ou membraneux*). Le *ptérygion*, qui d'ailleurs ne disparaît jamais spontanément, peut rester indéfiniment stationnaire, ou

suivre une marche continuellement ou périodiquement progressive.

Ce n'est que lorsqu'il est enflammé et épais qu'il cause au malade la sensation d'un corps étranger entre les paupières. Il peut aussi produire une gêne assez prononcée dans les mouvements de l'œil, lorsqu'il occupe une large étendue de la conjonctive.

Enfin, s'il atteint ou dépasse le centre de la cornée, il provoque des troubles considérables de la vue.

Pronostic. — Le ptérygion est tout à fait inoffensif en lui-même; il faut considérer, au point de vue du pronostic, son étendue sur la cornée et sa tendance à progresser. D'autre part, il ne faut pas oublier que même après l'opération, la partie de la cornée occupée par le ptérygion reste plus ou moins opaque; il récidive facilement.

Étiologie. — Le ptérygion se forme de la manière suivante : A la suite de petits ulcères du bord de la cornée, la cicatrisation attire le tissu épithélial environnant; celui de la cornée, fortement attaché à cette membrane, ne pouvant céder, la rétraction cicatricielle agira principalement sur la conjonctive, qui est assez mobile et se déplace facilement. Celle-ci, ainsi tirillée vers le siège de la cicatrice, se plisse, s'irrite, se vascularise et forme ainsi le ptérygion (*Art*).

D'autres fois la formation du ptérygion serait précédée de celle de la pingucula (voyez plus loin), épaissement conjonctival produit par le frottement de petits corps étrangers, ayant pénétré dans la fente palpébrale et enlevé la couche épithéliale de la muqueuse. Entre cette saillie de la conjonctive soulevée et le bord cornéen existe alors un petit creux dans lequel se logent les sécrétions ou de petits corps étrangers qui produisent aisément une exulcération du bord cornéen dont la cicatrisation finit par attirer la pingucula sur la cornée (*Horner*).

Traitement. — On a tenté, mais presque toujours sans résultat, de faire disparaître le ptérygion par des cautérisations avec le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent ou avec le laudanum. M. Decondé a publié plusieurs succès qu'il a obtenus en appliquant à diverses reprises, sur toute l'étendue du ptérygion,

une couche d'acétate de plomb en poudre fine; il l'y laisse séjourner pendant quelques secondes, puis enlève le sel au moyen d'un pinceau imbibé d'eau. En général, on ne peut débarrasser l'œil d'un ptérygion que par une intervention chirurgicale qui cependant est inutile lorsque le ptérygion ne dépasse pas le bord de la cornée et ne gêne pas les mouvements de l'œil.

Les méthodes opératoires auxquelles il donne lieu sont la ligature, la transplantation, l'excision.

Ligature. — Un fil muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités est introduit sous le ptérygion de la manière suivante :

L'opérateur, après avoir soulevé le ptérygion à l'aide d'une

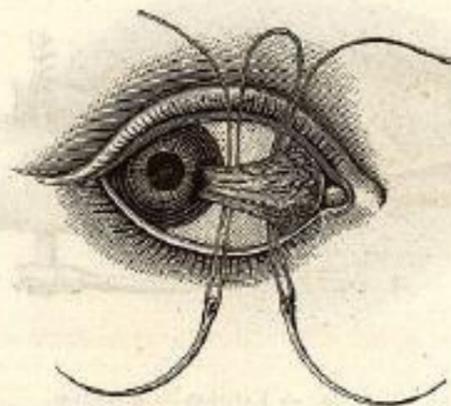


Fig. 24. — Ligature du ptérygion.

paire de pinces, passe une des aiguilles près du bord de la cornée, de haut en bas, au-dessous du ptérygion; l'autre aiguille est passée de la même manière près de sa base (fig. 24). On coupe alors le fil derrière les aiguilles, et l'on obtient ainsi trois ligatures : celles des côtés externe et interne doivent embrasser la base et le sommet du ptérygion, celle du milieu est destinée à le détacher de sa surface postérieure. Ces ligatures étant solidement fermées, on peut couper les extrémités des fils. Au bout de quatre jours à peu près, la partie étranglée du ptérygion s'enlève facilement (*Szokalski*).

La *transplantation* ou *déviatio*n est pratiquée de la manière suivante : Après avoir détaché le ptérygion de la cornée et de la sclérotique, de sorte qu'il n'adhère plus que par sa base, on pratique une incision qui commence au bord inférieur de la plaie conjonctivale, à 4 millimètres de distance du bord de la cornée, et qui doit être continuée parallèlement à ce dernier dans une étendue suffisante pour recevoir l'extrémité libre du ptérygion. Les choses ainsi disposées, le ptérygion doit être fixé sous l'incision de la conjonctive par quelques points de suture (*Desmarres*).

L'*excision* du ptérygion. Les paupières étant écartées, l'opérateur saisit le ptérygion, soit avec des pinces, soit à l'aide

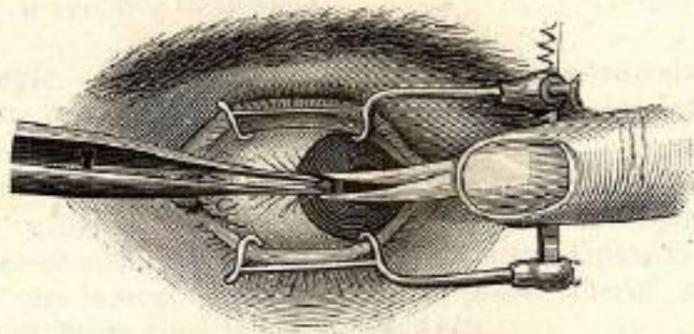


Fig. 25. — Excision du ptérygion.

d'un fil passé au préalable sous la membrane, vers sa partie moyenne, et noué sur le ptérygion (*Delgado*); soulevant alors celui-ci, il détache soigneusement avec des ciseaux d'abord la portion cornéenne en commençant par le sommet (fig. 25), et en continuant à séparer la membrane de la sclérotique jusqu'à la distance de 3 ou 4 millimètres du bord de la cornée. La membrane ainsi détachée doit être enlevée tout à fait par deux coups de ciseaux qui convergent vers sa base.

Un autre procédé consiste dans la manœuvre suivante : l'opérateur tenant soulevé le ptérygion de la surface de la sclérotique, passe par derrière un couteau à cataracte, le tranchant tourné du côté de la cornée et le plat de la lame sur la sclé-

tique. Il sépare alors le ptérygion du tissu sous-jacent jusqu'à son sommet, puis l'attirant avec les pinces, il continue l'opération comme dans le procédé précédent (*Art*).

Le ptérygion une fois enlevé, on réunit par une ou deux suture les bords de la plaie conjonctivale, après avoir détaché la muqueuse voisine de sa base pour faciliter son glissement (fig. 26).

Il n'est jamais nécessaire ni même désirable d'enlever le ptérygion jusqu'à sa base, et l'étendue indiquée de l'incision suffira généralement.

M. *Pagenstecher* laisse même le ptérygion, après l'avoir détaché de la cornée et de la sclérotique, adhérent à sa base, le renverse, et réunit les bords de la plaie conjonctivale par une

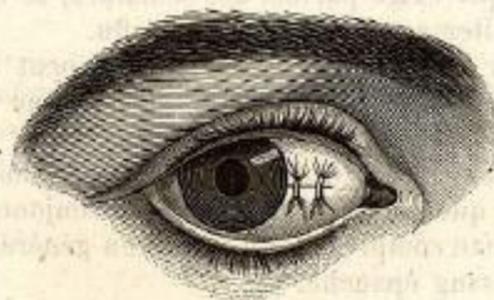


Fig. 26. — Suture de la conjonctive après l'excision du ptérygion.

ou deux sutures. Le ptérygion ainsi renversé s'atrophie très-vite, surtout lorsqu'on passe une ligature serrée autour de sa base, comme nous avons l'habitude de faire.

ARTICLE III.

ÉPANCHEMENTS SOUS-CONJONCTIVAUX.

Épanchements sanguinolents, ecchymoses. — Les ecchymoses de la conjonctive se présentent sous forme de taches ou d'un anneau rouge foncé qui entoure la cornée et donne à l'œil

un aspect effrayant peu en rapport avec la légèreté de la lésion. En effet, elles ne présentent pas d'autres symptômes et disparaissent par résorption, en passant successivement par toutes les nuances qui accompagnent les ecchymoses en voie de guérison. Elles sont causées par des opérations qui intéressent la conjonctive (strabotomie), par des coups sur l'œil, ou par des efforts généraux qui s'accompagnent de congestion vers la tête, comme de soulever des fardeaux considérables, les vomissements, la toux, etc. On les rencontre encore comme symptômes d'un état maladif considérable (scorbut) ou d'une prédisposition à la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, dans certaines maladies de cœur, ainsi qu'après les fractures de l'orbite ou de la base du crâne. Abstraction faite de ces derniers cas, ces épanchements sont sans importance; leur résorption, très lente d'ailleurs, et qui exige parfois des semaines, se fait spontanément; tout traitement paraît donc superflu.

Pour calmer les craintes du malade, on peut lui conseiller l'emploi des compresses trempées dans de l'eau mélangée de quelques gouttes de teinture d'arnica.

Si l'épanchement est exceptionnellement considérable, on peut pratiquer quelques mouchetures à la conjonctive et appliquer un bandeau compressif qui paraît en général accélérer la résorption du sang épanché.

Épanchement séreux, œdème sous-conjonctival. — Il apparaît sous forme d'un soulèvement semi-transparent de la conjonctive, d'ailleurs saine, soulèvement qui peut être si considérable qu'il recouvre la cornée et fait saillie entre les bords palpébraux.

Cet œdème, qui par lui-même n'est pas douloureux, est presque toujours le symptôme d'un processus inflammatoire, soit dans les membranes internes de l'œil, soit des paupières ou des parties voisines (chalazion, érysipèle, inflammation du sac lacrymal, phlegmon de l'orbite).

D'autres fois, il survient en même temps que les épanchements séreux dans d'autres parties du corps, chez les anémiques, les chlorotiques, les personnes atteintes de maladies du cœur ou des reins, etc.

Le meilleur moyen à employer contre l'épanchement séreux en lui-même, lorsqu'on juge utile d'intervenir, consiste dans

l'incision du chémosis d'après la méthode indiquée plus haut (p. 63).

Emphysème sous-conjonctival. — Cet état est caractérisé par le soulèvement de la conjonctive, la sensation particulière de la crépitation que l'on éprouve en la comprimant et la facilité avec laquelle la compression le fait disparaître. Il se produit lorsqu'une fracture de la paroi orbitaire met le tissu sous-conjonctival en communication avec les fosses nasales, les sinus frontaux ou les cellules ethmoïdales.

Il peut encore résulter d'une déchirure du sac lacrymal ou des conduits lacrymaux par lesquels l'air pénètre dans le tissu sous-conjonctival quand le malade se mouche. L'emphysème lui-même est sans importance et disparaît par une compression bien faite à l'aide d'un bon bandage placé sur les paupières closes.

Chez les enfants scrofuleux, il a été observé des *épanchements purulents* sous la conjonctive, vers l'angle interne de l'œil (*Artt*). Leur cause est inconnue et ils disparaissent spontanément.

ARTICLE IV.

LÉSIONS DE LA CONJONCTIVE.

La lésion de la conjonctive peut avoir lieu : 1° par la pénétration de corps étrangers; 2° par des blessures avec des instruments tranchants; 3° par des agents chimiques.

1° Les *corps étrangers*, en pénétrant dans la conjonctive, peuvent provoquer une lésion brusque, ou causer par leur séjour prolongé des symptômes d'irritation progressive. Ils se logent rarement dans la conjonctive bulbaire, souvent sur la conjonctive palpébrale, et le plus fréquemment dans les plis du cul-de-sac. Lorsqu'ils y séjournent, ils provoquent la sensation de leur présence, de l'hyperhémie, une conjonctivite catarrhale et parfois une hypertrophie partielle du corps papillaire autour de l'en-

droit qu'ils occupent. Souvent les douleurs sont très-vives, elles augmentent à chaque mouvement de l'œil et s'accompagnent de larmolement, de photophobie et même de blépharospasme.

Le traitement doit débiter par la recherche et l'extraction du corps étranger. Dans ce but, il faut renverser chaque paupière à part, se servir au besoin de l'éclairage latéral, et explorer soigneusement les plis du cul-de-sac supérieur à l'aide de la curette de Daviel. Les corps étrangers adhèrent généralement peu à la conjonctive et sont faciles à enlever avec un pinceau, un linge ou une petite curette. S'ils sont fortement implantés dans la muqueuse et résistent à l'action de la curette ou d'une pince, on excise le petit pli de la conjonctive qui les contient; après l'extraction, il faut combattre l'irritation par l'application de compresses fraîches ou par des astringents légers, s'il persiste un catarrhe conjonctival.

2° Les *blessures* de la conjonctive qui n'atteignent pas d'autres parties de l'œil sont sans importance et guérissent facilement. Lorsqu'elles sont très grandes, on peut réunir les bords de la plaie conjonctivale par une ou deux sutures, et s'il est nécessaire, enlever préalablement avec des ciseaux les parties contuses. Les compresses fraîches et un bandeau compressif combattent efficacement l'irritation consécutive.

3° Les *brûlures* et les *cautérisations* par des agents chimiques occasionnent la formation de plaques blanchâtres épaisses et saillantes sur la muqueuse, et sont suivies d'une réaction inflammatoire et de douleurs très vives. Les brûlures sont d'autant plus dangereuses qu'elles ont eu lieu sur une plus grande étendue.

Leur gravité résulte en outre de leur action sur la cornée et de la cicatrisation qui provoque souvent des adhérences indestructibles entre les paupières et le globe de l'œil, en abolissant en partie ou complètement les fonctions de ce dernier. (Voy. *Symblépharon*.)

Le traitement exige l'élimination aussi rapide que possible de l'agent chimique par des injections avec du lait ou avec de l'eau tiède (mélangée de vinaigre lorsqu'il s'agit de chaux, etc., et de carbonate de potasse lorsqu'il s'agit d'acides). Ces lotions doivent être répétées souvent, ou remplacées par des compres-

ses froides, et les eschares qui se détachent doivent être enlevées soigneusement, car leur présence devient une nouvelle source de douleur pour le malade.

Pendant la cicatrisation, il faut exercer une surveillance particulière pour éviter la formation des adhérences, et recourir à un procédé opératoire dans le but de recouvrir la plaie avec la conjonctive voisine préalablement dégagée, ou à l'aide d'une véritable greffe conjonctivale. (Voy. *Symblépharon*.)

ARTICLE V.

ATROPHIE ET XÉROSIS DE LA CONJONCTIVE, XÉROPTALMIE.

On appelle xérosis, la sécheresse de l'œil qui résulte de l'atrophie de la muqueuse et surtout de l'atrophie de ses éléments sécréteurs.

Lorsque le processus atrophique n'atteint qu'une partie de la muqueuse, on le désigne sous le nom de *xerosis glabra*. S'il en occupe la totalité, *xerosis squamosa*, et comme dans ce cas la cornée y participe également, on a donné à cet état le nom de *xérophtalmie*.

Le xérosis partiel produit sur la conjonctive des taches blanchâtres, grisâtres, d'un reflet satiné, présentant tous les caractères des taches cicatricielles. Dans le xérosis total, nous voyons la conjonctive tout entière sèche, pâle, couverte de petites écailles pulvérulentes formées par les détritiques des couches épithéliales. Les plis des culs-de-sac disparaissent, le pli semi-lunaire s'efface ainsi que la caroncule, et la conjonctive palpébrale se continue directement avec la conjonctive bulbaire. Cette dernière est également rétractée, et la cornée opaque, atrophiée, et raccourcie dans tous ses diamètres.

A la longue, le processus atteint aussi les tarses, qui d'abord infiltrés et épaissis, s'atrophient et changent de courbure. On voit ainsi survenir le renversement des bords palpébraux en dehors, bien plus souvent en dedans.

Les glandes de Meibomius s'atrophient avec les tissus environnants, les conduits de la glande lacrymale s'oblitérent