

d'une gêne dans les mouvements des paupières; la paupière supérieure est surtout gonflée et un peu pendante. Cette disposition donne aux granules une attitude particulière; ils ont toujours l'air de sommeiller à demi. Lorsqu'ils veulent voir un objet placé devant eux, ils rejettent la tête en arrière afin de ramener les yeux dans la direction de l'objet. Les granulations s'accompagnent toujours d'un certain degré de sécrétion purulente; aussi chaque matin les cils sont collés les uns aux autres, et les paupières ne s'ouvrent que difficilement.

Si l'on vient à retourner les paupières, on est parfois fort étonné de trouver un nombre considérable de granulations volumineuses, que l'on supposerait devoir entraîner des accidents beaucoup plus sérieux. Nous avons déjà décrit les caractères de la granulation, sa transparence, son apparence vésiculeuse spéciale, nous n'y reviendrons pas; qu'il nous suffise de dire que c'est dans la forme chronique de la conjonctivite granuleuse que cette étude est la plus facile. Tantôt les granulations sont discrètes et disséminées aux lieux d'élection de la conjonctive; c'est ce que Stellwag de Carion appelle les *granulations simples*. Tantôt, comme dans la forme aiguë, il s'y joint des lésions inflammatoires et hyperplasiques de la conjonctive, et alors on trouve à la fois des papilles hypertrophiées et des grains vésiculeux en grande abondance. Enfin, on observe parfois une infiltration granuleuse chronique diffuse, dans laquelle toute la surface conjonctivale est recouverte de granulations confluentes, mélangées à des papilles pédiculées, irrégulières ou tuberculeuses.

Il est rare que les granulations accomplissent leur évolution complète sans donner lieu à des symptômes réactionnels. Si l'affection est en effet chronique dans son ensemble, le plus souvent on observe accidentellement de brusques poussées inflammatoires qui peuvent aller jusqu'à la suppuration.

Cette marche continue avec rechutes et exacerbations, fait que la durée de la maladie peut être longue, et que, tant qu'il existe des granulations, on n'est jamais sûr d'en avoir fini avec les complications possibles.

Abandonnées à elles-mêmes, les granulations n'ont qu'une très-faible tendance à guérir spontanément. Le plus souvent, au bout d'un temps variable, il survient des altérations très graves de la cornée, des opacités, des abcès, des ulcérations.

Ces complications cornéennes sont de deux sortes; le plus ordinairement elles se bornent au dépolissement de la surface cornéenne, qui se traduit par de petites plaques grisâtres. Cette kératite superficielle est due aux frottements des paupières sur la cornée; elle est d'origine traumatique.

Mais la terminaison de beaucoup la plus commune est sans contredit l'établissement d'un pannus vasculaire sur cette membrane. C'est là un fait tellement usuel, qu'on peut dire que neuf fois sur dix le pannus est la conséquence d'une conjonctivite chronique, avec ou sans granulations. Le plus souvent il est borné à la partie supérieure de la cornée, ce qui

permet de porter le diagnostic granulations avant même d'avoir retourné la paupière. Ailleurs, le pannus tient non-seulement au développement de néo-vaisseaux sur la cornée, mais à la formation de vraies granulations, de sorte que celles-ci une fois résorbées, il reste des cicatrices plus ou moins profondes, qui changent la courbure et la résistance de la cornée, et l'exposent à des staphylômes ultérieurs, en même temps qu'elles entraînent dans l'avenir la production d'un astigmatisme souvent très-fâcheux.

Du côté de la paupière, les inflammations fréquentes qu'amènent les granulations, les cicatrices qu'elles laissent après elles, atrophient plus ou moins la muqueuse qui devient fibreuse, blanchâtre, bosselée. Toute l'épaisseur de la conjonctive peut ainsi être transformée en un tissu rétractile, et la conséquence de cet état est souvent la production d'adhérences vicieuses entre la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale. Il y a toujours aussi un raccourcissement en masse de la conjonctive, surtout sensible au niveau des culs-de-sac qui disparaissent: d'où résulte une gêne considérable dans les mouvements des paupières.

Par suite de ces cicatrices vicieuses, toutes les sécrétions de l'œil sont modifiées, les canaux excréteurs des glandes lacrymales et conjonctivales oblitérées, et l'on observe cette sécheresse douloureuse de la conjonctive que l'on a décrite sous le nom de *xérophthalmie*.

Les mêmes altérations se rencontrant au voisinage du bord libre des paupières, entraînent pour conséquences la déviation des cils, l'entropion, l'atrophie des glandules ciliaires et des bulbes pileux, bref, l'exagération de cet état, que nous verrons succéder parfois à la blépharite ciliaire.

Enfin, du côté des commissures, on peut observer la rétraction, le raccourcissement de la muqueuse qui se traduisent, soit par la diminution de la fente palpébrale (blépharo-phimosis), soit par la déviation des points lacrymaux avec toutes leurs conséquences.

PRONOSTIC. — Ce que nous avons dit de la marche de l'affection et de ses complications nous dispense d'insister beaucoup sur son pronostic. Il est toujours assez sérieux, parce que les granulations constituent une affection tenace, à récurrences fréquentes, et qui laisse après elle des cicatrices vicieuses. Cependant, lorsqu'on reconnaît la maladie à sa première période, il est rare qu'une thérapeutique bien dirigée n'en vienne pas facilement à bout.

Le pronostic dépend de l'abondance des granulations, des complications inflammatoires et cornéennes concomitantes. Pour ces dernières, il y a lieu de distinguer le pannus simple, limité à la moitié supérieure de la cornée, qui guérit toujours, ainsi que les érosions superficielles de cette membrane. Il n'en est pas de même quand le pannus est complet, et surtout formé par de vraies granulations; dans ce cas, le pronostic doit être très-réservé.

La suppuration est toujours une complication sérieuse par les dangers qu'elle amène du côté de la cornée; il faut en excepter pourtant les cas

où il existe un pannus vasculaire diffus; on a vu alors parfois la transparence de la cornée se rétablir, et c'est même l'observation de ces faits heureux qui a conduit à préconiser l'inoculation de pus comme mode de traitement.

TRAITEMENT. — Il comprend la série des moyens prophylactiques et thérapeutiques qu'on emploie pour prévenir le développement des granulations et en arrêter les progrès.

La prophylaxie de la conjonctivite granuleuse a été le sujet de travaux fort remarquables de la part des médecins belges, qui ont eu pendant longtemps à lutter contre la forme aiguë épidémique. Nous renvoyons pour de plus amples détails sur cette question au compte rendu du congrès ophthalmologique de Bruxelles (session de 1857). On y trouve de fort intéressants documents sur les moyens tour à tour employés pour éteindre la maladie dans les armées du Portugal, du Danemarck, de la Russie, de la Hesse, de la Belgique et de la Hollande. Des nombreux règlements et décrets publiés sur ce sujet, il ressort surtout l'importance de l'isolement. Les plus grands soins sont nécessaires pour entretenir la propreté et l'aération des salles, pour éviter l'encombrement des malades et la contagion résultant de l'usage commun des cuvettes, essuie-mains, etc.

La thérapeutique des granulations doit varier suivant la forme à laquelle on a affaire.

Lorsque des granulations aiguës s'accompagnent de symptômes inflammatoires intenses et d'une sécrétion muco-purulente, l'ophtalmie purulente masque l'élément morbide spécifique; le traitement est celui que nous avons indiqué en parlant de cette affection. Souvent, en soignant l'ophtalmie purulente, on guérit les granulations, car celles-ci se résorbent et perdent leurs caractères spécifiques sous l'influence d'une violente inflammation.

Dans les cas ordinaires, quand un malade vient consulter le chirurgien pour des granulations récentes, simples, indolentes, sans complication inflammatoire, Follin (1) conseille d'employer d'abord des pommades résolutives, telles que la pommade au calomel ou au précipité rouge (0,05 à 0,20 pour 10 gr. d'axonge) que l'on introduira chaque soir à l'intérieur de la paupière. Lorsque le médicament produit une excitation suffisante, on le suspend momentanément pour le reprendre de nouveau. On peut y associer des cautérisations superficielles avec le sulfate de cuivre.

Quel que soit le mode de traitement employé, l'indication capitale est de favoriser autant que possible la vascularisation, et consécutivement la résorption des granulations. Il ne faut pas oublier que, d'une part, on a affaire à une maladie chronique, lente à guérir, où la patience est aussi nécessaire au médecin qu'au malade; d'autre part, que la granulation fait corps avec la conjonctive, et qu'on ne doit pas chercher à détruire l'une

(1) Note manuscrite.

directement sous peine d'altérer profondément la structure de l'autre. Stromeyer a bien mis ce point en lumière. La grande difficulté du traitement consiste, tout en provoquant un degré d'irritation suffisante pour amener la résorption de l'exsudat, à ne pas dépasser ce point, et à éviter la purulence, qui constitue alors une véritable complication. Tel est l'esprit général de la méthode.

Dans les cas où il existe de volumineuses granulations, sans que la muqueuse conjonctivale soit boursofflée, rouge ni saignante, on doit chercher à provoquer une vascularisation un peu forte; ce qui réussit très-bien avec les cautérisations au sulfate de cuivre. Il vaut mieux l'employer solide qu'en solution, et l'on ne doit pas trop multiplier les cautérisations, parce qu'elles n'exercent leur effet utile qu'à la condition d'un certain repos de l'œil après leur application. Une cautérisation par jour dans les cas intenses, et tous les deux ou trois jours dans les cas bénins suffisent amplement. Ces cautérisations doivent porter surtout sur la conjonctive tarsienne et sur les culs-de-sac.

Lorsque la muqueuse est rouge et injectée, en même temps qu'elle est semée de granulations, lorsque surtout la sécrétion est muco-purulente, les indications ne sont plus tout à fait les mêmes; on doit plutôt modérer l'état subinflammatoire de la conjonctive que l'exciter. Le nitrate d'argent reprend alors la supériorité que nous lui avons reconnue dans le traitement des conjonctivites franches, et l'on en retire de fort bons effets. La solution varie suivant les cas (de un dixième à un quarantième). Les crayons mitigés sont également utiles, mais il ne faut jamais oublier que les cautérisations ne doivent pas être assez profondes pour intéresser la muqueuse.

Enfin, si l'hypertrophie papillaire existe simultanément avec les granulations, sans qu'il y ait un notable degré d'hypérémie conjonctivale, Wecker recommande les cautérisations avec un mélange à parties égales de sous-acétate de plomb liquide et d'eau distillée. Cette solution a une incontestable efficacité pour réprimer l'exubérance des papilles, en même temps que pour tarir les sécrétions morbides.

Aux états inflammatoires francs de la conjonctivite granuleuse correspondent des indications spéciales. Lorsque les papilles sont très-hypertrophiées et turgescents, les *scarifications conjonctivales*, qui réussissent si bien dans les formes analogues de l'ophtalmie purulente, constituent le meilleur des traitements; on les pratique tous les deux ou trois jours, parallèlement au bord libre de la paupière, et de cette façon très-rapidement on arrive à réduire les fongosités conjonctivales. La plupart du temps, ce moyen, joint à la cautérisation au sulfate de cuivre, suffit à guérir des conjonctivites granuleuses intenses.

Pendant il est certains cas rebelles: ce sont ceux dans lesquels les granulations sont volumineuses et presque confluentes. On a conseillé alors d'*exciser* avec des ciseaux fins le sommet des granulations et des papilles conjonctivales. Il en est de même de l'abrasion des culs-de-sac

palpébraux, fongueux et hypertrophiés, qui parfois rend des services ; mais il ne faut y recourir qu'à la dernière extrémité, parce que la cicatrice qui succède à cette petite opération est formée de tissu inodulaire et peut donner lieu à des rétractions vicieuses.

Cependant il est incontestable que, dans les cas où l'on a affaire à des granulations dures, blanchâtres, d'apparence cartilagineuse, la tonsure et l'abrasion constituent le meilleur traitement, surtout quand on a essayé déjà inutilement auparavant le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent. Ce procédé est sans aucun doute préférable aux caustiques forts qui amènent des cicatrices profondes et irrégulières.

On a vanté beaucoup d'autres topiques pour modifier la conjonctivite granuleuse ; nous mentionnerons seulement le tannin en mucilage et l'acétate de plomb neutre porphyrisé, à cause de l'emploi qu'on en fait encore en Belgique. Mais ces topiques ne paraissent pas avoir donné en France de résultats bien satisfaisants.

Dans le traitement classique des granulations au moyen du sulfate de cuivre, il est utile, dans l'intervalle des cautérisations, de laver l'œil fréquemment avec de l'eau fraîche, ou mieux, si l'on craint quelques complications cornéennes, avec une solution légèrement narcotique et astringente. Testelin recommande spécialement dans ce but l'eau jaune et l'eau noire.

Lorsque les malades se présentent au chirurgien à une période avancée de l'affection granuleuse, il existe souvent un pannus plus ou moins complet avec rétrécissement de la fente palpébrale. Dans ces cas, la première chose à faire, avant de s'occuper de la cornée, est d'agrandir l'orifice palpébral.

Pagenstecher (1) a indiqué pour cette opération un procédé très-simple et d'une exécution assez facile. On pratique une incision à partir de la commissure externe de la paupière, dans la direction du ligament palpébral ; dans un premier temps, on sépare la peau et le muscle orbiculaire, en respectant la conjonctive ; dans un second temps, on sectionne la muqueuse ; on la renverse sur les lambeaux cutanés excisés, et l'on fait la suture ; de cette façon on n'a pas à craindre l'adhérence cicatricielle des lèvres de l'incision, et presque toujours on empêche les cils de prendre une direction vicieuse.

Le *pannus* n'exige pas toujours un traitement spécial. Lorsqu'il est partiel et simplement vasculaire, le traitement des granulations palpébrales suffit à le faire disparaître. Il n'en est plus de même quand le pannus est chronique, généralisé et inodulaire. Dans ce cas, la cornée a tout à fait perdu sa sensibilité normale, il faut absolument ramener sur la conjonctive de la vascularisation et même de la purulence. Pour cela, les cautérisations avec le sulfate de cuivre, l'application réitérée de compresses imbibées d'eau chaude, de thé ou d'infusions aromatiques sont conseil-

(1) *Annales d'oculistique*, mars 1862.

ées et souvent employées avec succès. Mais on est parfois obligé de recourir à l'abrasion circulaire de la conjonctive, lorsque ces moyens échouent.

Doit-on, quand on a essayé tous les moyens de modifier la surface du pannus, pratiquer l'inoculation du pus blennorrhagique ? Cette méthode hardie, préconisée d'abord par Jøeger et Piringer, a été appliquée depuis en Belgique sur une assez grande échelle, et, sans aucun doute, elle a amené parfois des résultats inattendus. Toutefois, si l'on réfléchit aux dangers de susciter une ophthalmie purulente dans un œil déjà malade, aux complications cornéennes qui en sont la conséquence pour peu qu'il existe un chémosis considérable, et surtout à la possibilité d'inoculer une conjonctivite diphthéritique en voulant simplement provoquer une ophthalmie purulente, on se montrera très-réservé dans l'emploi de cette méthode. Pour nous, nous n'osons la conseiller, ni même la recommander comme moyen exceptionnel. Si, cependant, on croyait devoir y recourir, il serait prudent, au lieu du pus blennorrhagique dont la virulence est excessive, de choisir du pus de conjonctivite ordinaire, doué de propriétés moins contagieuses. Il va sans dire qu'il faudrait surveiller avec grand soin la marche de l'ophthalmie provoquée, et à la première alerte employer les moyens les plus énergiques pour maîtriser l'inflammation.

2° Xérophthalmie.

On désigne sous le nom de xérophthalmie un état de sécheresse et de rétraction de la conjonctive oculaire, état auquel la cornée finit par participer, et qui donne à l'œil l'aspect terne d'un œil de cadavre.

Cette affection a été décrite pour la première fois par Schmidt (1), puis étudiée avec soin par Ammon (2), et plus tard par Velpeau et par Mackenzie.

ÉTILOGIE. — C'est une affection très-rare chez les jeunes sujets, et qu'on a surtout observée chez des adultes atteints depuis longtemps de conjonctivite chronique ; cependant, on ne saurait en conclure que la phlegmasie chronique de la conjonctive est la cause de la xérophthalmie ; car on voit un grand nombre d'individus atteints de la première affection, et un très-petit nombre de la dernière.

Les autres opinions qui ont été émises sont sans valeur. On ne jette pas un grand jour sur la question en annonçant que la conjonctive subit une modification qui lui fait perdre les propriétés des muqueuses pour ressembler à la peau. L'opinion de Vidal, qui rattachait la xérophthalmie à une lésion de l'innervation, manque tout à fait de preuves, et il en est de même de la supposition faite par les traducteurs de l'ouvrage de Mac-

(1) *Ueber die Krankheiten des Thränenorgans*, Wien, 1803.

(2) *Zeitschrift für die Ophthalmologie*, vol. XIX.

kenzie. Testelin et Warlomont supposent que, pour le développement du xérosis, il faut que l'inflammation se propage de la conjonctive à la capsule de Tenon. La rétraction de la conjonctive serait consécutive à celle de la membrane albuginée, et cette rétraction serait tout à fait d'accord avec ce qu'on sait des propriétés rétractiles des tissus blancs.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les lésions de la xérophthalmie s'observent le plus souvent après plusieurs attaques de conjonctivite; la muqueuse oculaire se dessèche, et se rétracte d'abord sur plusieurs points, et peu à peu dans toute son étendue. L'épithélium conjonctival est épaissi, sec, demi-opaque comme l'épiderme; il ne se laisse point mouiller par les larmes qui coulent sur lui, comme s'il était graissé. Les parties ont aussi changé de couleur, et la conjonctive revêt une coloration rougeâtre ou olivâtre.

La rétraction de la conjonctive crée sur cette muqueuse des plis assez roides, et, dans quelques cas, cette rétraction est assez grande pour effacer les culs-de-sac oculo-palpébraux; on voit alors la muqueuse se porter directement du bord libre de la paupière sur l'œil.

La cornée, subissant des altérations de même nature, semble recouverte d'une matière pulvérulente, grisâtre, très-adhérente, et sur certains points cette membrane paraît inégalement opaque.

Ces changements dans la texture de la conjonctive modifient profondément sa sensibilité. On peut toucher cette membrane avec des barbes de plume sans que le malade s'en aperçoive, et, dans un cas où la cutisation de la conjonctive était très-marquée, le malade sentait à peine un assez fort collyre au nitrate d'argent.

Il est facile de comprendre que la vision s'affaiblit de plus en plus, et proportionnellement aux altérations de la cornée, dont le dessèchement entraîne l'opacité. On a cité l'exemple d'un malade qui, en humectant son œil avec un peu de salive, voyait la forme des objets se dessiner d'une façon moins confuse.

Le pronostic d'une semblable lésion est des plus graves; car la xérophthalmie se termine d'ordinaire par l'opacité de la cornée et l'atrophie de l'œil.

TRAITEMENT. — La chirurgie est impuissante dans ce cas, et les palliatifs n'ont qu'une utilité très-contestable; ainsi, pour retarder les funestes conséquences de la xérophthalmie, on a conseillé des instillations souvent répétées d'eau tiède, de glycérine dans l'œil, l'excision des plis qui irritent les parties, etc.; mais trop souvent ces moyens sont restés sans action. On pourrait alors avoir recours à l'occlusion prolongée de l'œil au moyen de la suture des bords libres des paupières, procédé qui paraît avoir donné parfois d'assez bons résultats.

5° Ptérygion.

Dans le ptérygion, la conjonctive oculaire est le siège d'un épaississement partiel qui a la forme d'un triangle dont la base serait tournée vers la

caroncule, tandis que le sommet, se dirigeant vers la cornée, atteindrait un des points compris entre la circonférence et le centre de cette membrane.

ÉTIOLOGIE. — On a soutenu, mais à tort, que le ptérygion était une conséquence de l'ophthalmie. L'expérience indique tous les jours le contraire, et Beer a eu raison de rejeter cette étiologie; mais il cesse, selon nous, d'être dans le vrai, lorsqu'il prétend que le ptérygion reconnaît le plus souvent pour cause l'action de la chaux et de la poussière des pierres sur la conjonctive. Un très-grand nombre d'individus atteints de ptérygion n'ont jamais été exposés à ces conditions. L'opinion de Arit ne me paraît pas mieux démontrée. Cet auteur admet que le point de départ du ptérygion est une ulcération du bord de la cornée, dont la rétraction entraîne la conjonctive et devient le sommet du cône du ptérygion.

On ignore en réalité la véritable cause du ptérygion; mais on a remarqué qu'il est fréquent chez les personnes ayant habité longtemps les climats chauds. Heincken, cité par Mackenzie, assure qu'il est endémique à Madère, et qu'un dixième des bateliers de cette île en est atteint. On a invoqué alors l'action d'un soleil brûlant sur les yeux; ce qui est loin d'être démontré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On ne sait presque rien sur l'anatomie pathologique du ptérygion. Scarpa prétendait qu'il était formé par un amas de vaisseaux variqueux dégénérant en une membrane épaisse et opaque; mais on ne voit guère les varicosités dont parle Scarpa. On n'a pas mieux établi que la maladie est due à la vascularisation et au développement morbide de l'expansion aponévrotique de l'un des muscles droits. Testelin, le savant traducteur de Mackenzie, a soumis à un examen minutieux quatre ptérygions après l'excision, et il n'y a trouvé que les éléments ordinaires de la conjonctive et de son tissu sous-jacent; il n'y avait aucun élément fibro-plastique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le ptérygion débute lentement et sans douleur; les malades ne s'en aperçoivent guère, avant qu'on leur ait dit qu'ils ont quelque chose dans l'œil; on voit alors un épaississement jaunâtre et de forme triangulaire de la conjonctive. Le plus souvent le ptérygion est situé au côté nasal, et semble une élongation du repli semi-lunaire de la conjonctive. On voit plus rarement le ptérygion occuper le côté temporal, ou se montrer à la partie supérieure ou inférieure de l'œil; quelquefois il est double; Beer a même vu trois ptérygions sur le même œil.

La forme élémentaire du ptérygion est un triangle à sommet dirigé vers la cornée. Ce sommet est presque toujours simple, on n'a vu que très-rarement ce sommet bifurqué. Quand la substance du ptérygion est fine, transparente, peu vasculaire, on désigne la maladie sous le nom de *pterygium tenue*; si, au contraire, cette substance est épaisse, riche en vaisseaux, d'apparence musculaire; c'est alors le *pterygium crassum*. Cunier, Petrequin et Desmarres ont fait aussi, d'après l'aspect anatomique des parties, une division du ptérygion en quatre espèces: pté-

rygion celluleux, vasculaire, charnu, graisseux. Tant que le ptérygion reste limité à la conjonctive et à la circonférence de la cornée, c'est une affection qui nuit seulement à la régularité de l'œil, mais qui n'altère en rien la vision; mais cette expansion morbide se dirige peu à peu vers le centre de la cornée, et met alors obstacle au passage des rayons lumineux. Middlemore fait justement remarquer, que lorsque le ptérygion charnu est arrivé au centre de la cornée, il s'étale et peut obscurcir la totalité de la membrane.

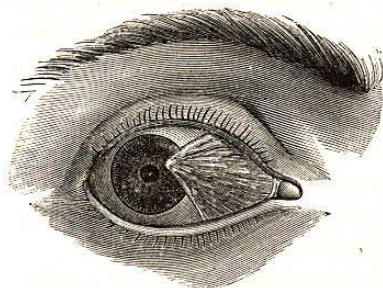


FIG. 50. — Ptérygion.

TRAITEMENT. — On a quelquefois guéri des ptérygions récents par des cautérisations avec l'azotate d'argent, le sulfate de cuivre, ou par des applications d'acétate de plomb

neutre et pulvérulent; mais ce résultat n'est que rarement obtenu. Le plus souvent on doit avoir recours à l'excision de la production morbide.

Divers procédés opératoires ont été mis en usage. Le plus simple consiste, les paupières étant largement écartées, à exciser avec de petits ciseaux, de la base au sommet, le ptérygion soulevé dans son milieu avec une pince à griffes. Si la base est très-large, on peut n'en enlever qu'une partie, mais il importe de disséquer avec soin toute la portion du ptérygion qui empiète sur la cornée.

Lorsque la guérison s'obtient, ce n'est qu'au prix d'une cicatrice blanche à la surface de la cornée; dans d'autres cas plus malheureux, le mal récidive.

C'est pour parer à cet accident et éviter les dangers inhérents à une trop large dissection que d'autres méthodes opératoires ont été imaginées. Ainsi Desmarres, après avoir disséqué le ptérygion, du sommet à la base, pratique une incision de la conjonctive, de 6 à 8 millimètres, parallèle à la circonférence de la cornée. Les lèvres de cette incision s'écartent suffisamment pour recevoir le ptérygion que l'on fixe au moyen d'un point de suture. L'espace dénudé laissé par le ptérygion se cicatrise en quelques jours. Desmarres fils (1) a proposé de diviser, du sommet à la base, le ptérygion préalablement disséqué et de greffer chaque moitié, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la cornée. On peut compléter les procédés de Desmarres père et fils, en réunissant par une suture les deux bords de la solution de continuité laissée par le déplacement du ptérygion (2).

Je signalerai enfin, comme susceptible de rendre parfois des services,

(1) Miroudot, *Quelques considérations sur le ptérygion*, thèse de Paris, 1862.

(2) Voy. Knapp, *Pterygium operationen durch doppelten Transplantation* (*Archiv für Ophth.* 1868, t. XIV, p. 267).

la méthode de ligature imaginée par Szokalski (1). Deux aiguilles courbes sont enfilées aux extrémités d'un même fil de soie, l'une des aiguilles traverse le sommet du ptérygion, aussi près que possible de la cornée; la seconde traverse sa base. Les fils étant coupés près des aiguilles, il reste ainsi trois anses avec lesquelles on étire successivement le sommet, la base et la partie moyenne du ptérygion. On peut au bout de quelques jours détacher complètement celui-ci avec des ciseaux.

4° Tumeurs de la conjonctive.

a. *Polypes*. — La conjonctive est quelquefois le siège d'hypertrophies partielles, qu'on désigne sous le nom de polypes, et dont il est possible de distinguer plusieurs variétés. Tantôt ceux-ci représentent des tumeurs arrondies, inégales, du volume d'un petit pois, pourvues d'un pédicule étroit, lisses à leur surface; tantôt, au contraire, ce sont des tumeurs mollasses, implantées par une base large, fendillées, d'un aspect assez identique avec les végétations verruqueuses du prépuce; dans d'autres circonstances enfin, ces polypes simulent les bourgeons fongueux et blafards de certaines plaies, et par leur défaut de consistance ils s'aplatissent entre le globe oculaire et la paupière.

Examinées au microscope, ces tumeurs ont la structure de papilles hypertrophiées. On y retrouve les éléments normaux du chorion muqueux, plus un développement exagéré de l'épithélium.

Le siège habituel de ces polypes est le voisinage de la caroncule et du pli semi-lunaire. Ils ne produisent à leur début aucune gêne; plus tard, ils amènent et entretiennent une légère conjonctivite. Quand ils sont munis d'un pédicule assez long, ils glissent en avant de l'œil et peuvent, en se plaçant sur la cornée, gêner momentanément la vision. Dans un cas cité par Desmarres, le polype couvrait le point lacrymal inférieur, et entraînait du larmolement.

Il est facile de reconnaître les polypes de la conjonctive et ils ne pourraient être confondus qu'avec les végétations polypiformes qu'on voit quelquefois se développer autour d'un corps étranger. Si la fongosité était dans ce cas bien développée et masquait complètement le corps étranger, on ne pourrait faire le diagnostic différentiel qu'à l'aide des commémoratifs, toujours incertains, mais il n'y aurait pas grand inconvénient, puisque dans les deux cas le traitement est le même.

L'excision est le seul mode de traitement applicable aux polypes de la conjonctive. Il est bon de cautériser le lieu d'implantation à l'aide de l'azotate d'argent ou du nitrate acide de mercure dilué au dixième. Dans le cas où la tumeur est très-volumineuse et ne permet pas de renverser la paupière, il faut alors inciser la commissure externe, et dès que le polype est enlevé, on réunit l'incision par des points de suture.

(1) *Archiv für physiol. Heilkunde*, 1845.

b. *Pinguécule*. — On a donné ce nom à une petite tumeur de couleur blanchâtre ou jaunâtre, située sur le diamètre transversal du globe de l'œil, le plus souvent en dedans, à une faible distance de la cornée. Cette tumeur, primitivement considérée comme constituée par de la graisse, paraît être due à un amas d'épithélium pavimenteux de la conjonctive. Cependant de nouvelles recherches seraient nécessaires pour établir nettement la constitution anatomique de cette tumeur.

La pinguécule ne détermine aucun trouble fonctionnel. Elle est susceptible de s'enflammer et de s'hypertrophier, et c'est dans ce cas seulement que son extirpation peut devenir nécessaire.

c. *Tumeurs graisseuses*. — On a décrit aussi dans la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival, des tumeurs adipeuses, de véritables *lipomes*. D'après de Graefe, ils siègent de préférence au-dessus et en dehors de la cornée, au voisinage de l'insertion du droit supérieur et du droit externe. Ce sont des tumeurs plates, jaunâtres, parfaitement lobulées, indépendantes de la conjonctive qui glisse sur elles et tout à fait indolentes. Parfois, à cause de leur volume, elles finissent par nécessiter l'énucléation.

d. *Dermoïdes*. — Ce sont de petites tumeurs d'un gris jaunâtre, siégeant au voisinage de la cornée, lobulées, dont le caractère tout spécial est d'être garnies de poils. De Graë père, qui a le premier décrit ces petites excroissances, les avait mentionnées sous le nom de *trichosis bulbi*. Depuis, Mackenzie, Wardrop, Ryba, Virchow, etc., ont observé des productions analogues.

Ordinairement uniques, elles peuvent exister au nombre de deux ou trois sur le même œil. Dans le fait de Wardrop, la petite tumeur, du volume d'une fève, naissait en partie de la cornée, en partie de la sclérotique, vers l'angle temporal. Une douzaine de poils très-longs et très-forts émergeaient de sa partie moyenne, traversaient la fente palpébrale et pendaient sur la joue. Le malade avait cinquante ans quand Wardrop l'observa, et il indiqua que les poils n'avaient paru qu'à seize ans, en même temps que le reste de sa barbe.

Malgré la couleur jaunâtre de ces tumeurs, elles ne contiennent pas de graisse : Ryba a montré que cette apparence était souvent due à l'existence des glandes sébacées qui accompagnent les poils; pourtant ceux-ci peuvent manquer, et l'on trouve alors une structure de tissu conjonctif, tout à fait disposé comme dans le derme de la peau, par bandes stratifiées. Wecker rapporte plusieurs cas de ce genre, où l'examen pratiqué par Virchow ne put faire reconnaître aucun follicule pileux.

Ces tumeurs sont toujours congénitales. Elles coexistent fréquemment avec des kystes dermoïdes de la queue du sourcil.

D'après Ryba, ces tumeurs seraient dues à un vice d'occlusion des paupières pendant la période fœtale. Il en résulterait que, sur les points à découvert, la conjonctive prendrait la structure du tégument externe, et qu'elle la garderait après la naissance. Un fait qui viendrait à l'appui de

cette théorie, c'est que le coloboma congénital des paupières coïncide quelquefois avec un épaissement de la conjonctive.

Le traitement doit consister dans l'excision, qui présente parfois un temps délicat, afin de ne pas léser la cornée ni la sclérotique.

e. *Kystes*. — On a observé des kystes séreux libres dans l'épaisseur de la conjonctive ou dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ces kystes, dont le volume ne dépasse guère celui d'un gros pois, sont transparents et plus ou moins mobiles avec la conjonctive suivant leur situation plus ou moins profonde. Ils siègent en général près de la cornée. L'excision de leur paroi antérieure suffit à les guérir.

On a aussi signalé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival des tumeurs formées par des *cysticerques*. Elles représentent de petites saillies vésiculeuses du volume d'un pois, de consistance molle. Dans un cas, Sichel reconnut à travers les parois du kyste un point jaunâtre formé par le corps de l'animal.

f. *Tumeurs cancéreuses*. — Le cancer, dans ses différentes formes, attaque rarement d'emblée la conjonctive. L'épithélioma et le sarcome sont les variétés de tumeurs malignes que l'on observe le plus fréquemment. La première n'offre rien de spécial. Le sarcome peut se montrer sous forme mélanique, et j'ai eu l'occasion tout récemment d'en observer un cas, chez un jeune homme d'une trentaine d'années.

La marche de ces tumeurs est généralement assez rapide; elles tendent en se développant à envahir les parties profondes du globe. Aussi doit-on se hâter de les détruire, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques. Malheureusement les récidives sont très-fréquentes et généralement très-rapides. Dans le cas de sarcome mélanique dont j'ai parlé plus haut, la tumeur récidiva deux fois en moins d'un an et nécessita l'ablation du globe. Nous reviendrons d'ailleurs sur la gravité toute spéciale de ces tumeurs à l'occasion du cancer de l'œil.

§ II. — Lésions vitales et organiques de la cornée.

1° Inflammations (kératites).

Les affections de la cornée sont restées longtemps méconnues, et les anciens auteurs les comprenaient dans la description des ophthalmies en général. Il faut arriver au XVIII^e siècle, pour voir l'attention se fixer plus spécialement sur ce groupe de maladies oculaires : encore, les travaux qui en faisaient particulièrement mention étaient-ils tous parus à l'étranger et restaient ignorés en France. Bosc, à Leipsick, en 1767, avait déjà décrit les kératites; Vetch (1807) et Wardrop (1808) en avaient fait le sujet de monographies, bien avant que les médecins français se fussent occupés de la cornée. C'est à Mirault (d'Angers), en 1823, qu'est dû le premier travail sérieux sur ce point, et depuis ce moment l'inflammation de