

Pour enlever le ptérygion (*fig. 426, a, b, c*), on le saisit avec une pince à dents de souris, et on le tire à soi pour le disséquer du sommet à la base, ou *vice-versa*. Si l'on poussait trop loin en dehors la dissection du ptérygion, on s'exposerait à faire naître des brides inodulaires plus gênantes encore que la maladie.

M. Desmarres a donné un procédé qui consiste à disséquer le ptérygion de son sommet jusqu'au grand angle de l'œil; à inciser la conjonctive largement depuis la base du ptérygion parallèlement à la cornée à 0^m,004 au-dessous d'elle, et à loger le sommet du ptérygion dans cette incision, où il est fixé par la suture.

Il faut prévenir les malades que le succès n'est pas certain, quel que soit le procédé employé, et se tenir en garde contre l'inflammation de la cornée et contre tous les accidents que peuvent déterminer les opérations pratiquées sur cette membrane.

D'autres productions, un tubercule charnu (Guérin), un *navus* (Wardrop), des poils, des espèces d'excroissances muqueuses, peuvent se former à la surface de l'œil. On les enlève ou on les excise, puis on les cautérise pour prévenir la récurrence.

Ponction de l'œil. On l'a conseillée : 1^o dans l'*onyx* (abcès interstitiel de la cornée). La plupart des chirurgiens y ont renoncé dans ce cas, parce qu'elle augmente l'irritation et laisse une cicatrice sur la cornée; de plus, la matière qui forme l'onyx est ordinairement adhérente; 2^o dans l'*hydrophthalmie*. On a proposé de traiter cette maladie par les ponctions répétées de l'œil ou l'excision de la cornée. On se sert d'un kératotome, au lieu du petit trocart de Woolhouse, et l'on opère sur la cornée ou la sclérotique, selon que c'est l'humeur aqueuse ou l'humeur vitrée (buphthalmie) qui est augmentée; 3^o dans l'*hypopyon* (abcès de la chambre antérieure) et l'*empyësis* (abcès de la chambre postérieure). Les chirurgiens ne la pratiquent plus dans ces deux cas, l'expérience ayant montré qu'elle ajoute aux accidents; 4^o enfin dans le cas de *corps étrangers* (voy. plus haut).

Scarification de la cornée. C'est Demours qui semble avoir eu le premier l'idée d'employer ce moyen contre les taches de la cornée produites par de la lymphe extravasée. Il passait obliquement sur plusieurs points de la tache la pointe d'une lancette aiguë ou d'un bistouri, et faisait baigner l'œil aussitôt, et les jours suivants,



Fig. 426.

dans de l'eau de Balaruc naturelle. M. Holscher a plusieurs fois réussi par ce moyen à rendre à une cornée opaque une transparence suffisante. Il doit être bien rare que la lymphe plastique soit purement déposée entre les lames de la cornée; le plus souvent elle est combinée avec le tissu kératique.

Abrasion de la cornée. Saint-Yves (1722), Richard Mead (1757), Mauchart (1783), Scarpa, Larrey, Demours, M. Gulz, en ont parlé, les uns pour la proscrire, les autres pour la conseiller. Plusieurs de ces auteurs, Larrey entre autres, l'ont pratiquée. M. le docteur Desmarres s'est occupé de la question dans un mémoire très-intéressant et très-mûri, publié dans l'*Examineur médical* (nos 1, 2 et 3 de l'année 1843). Il rapporte des observations citées par divers auteurs et des expériences qui lui sont propres. Les unes et les autres sont généralement contraires à l'opération, qui, dans les cas les plus favorables, a été suivie du retour de l'opacité après une transparence passagère. On comprend en effet que, l'opération remplaçant une tache par un ulcère, celui-ci doit se cicatrifier, et que la cicatrice, comme presque toutes celles de la cornée, ne peut qu'être opaque.

L'abrasion de la cornée ne saurait être proposée que pour l'albugo (opacité de la cornée, moins celle des lames profondes). La pratiquer pour un simple nuage (néphélie, nubécule) serait s'exposer à produire une opacité complète pour détruire une opacité partielle. On ne pourrait non plus l'appliquer au leucome, attendu que dans ce dernier les lames profondes de la cornée, comme les superficielles, sont opaques.

Après l'opération, quand il n'y a pas de plus graves accidents, l'opacité se reproduit; cela arrive de deux manières: ou par l'organisation de la lymphe plastique exhalée, ou par la formation, au bout d'un certain temps, de granules qui s'élèvent du fond de la plaie, se rapprochent et se confondent. L'exhalation de la lymphe plastique, dans le premier cas, est généralement proportionnelle à la profondeur à laquelle la cornée a été intéressée.

On a exprimé la crainte que, dans les cas les plus avantageux, ceux où la cornée demeurerait transparente après l'abrasion, l'inégalité de la surface de la cornée ne produisît la diplopie ou la confusion des images sur la rétine, comme on l'observe parfois chez les malades qui ont guéri d'une kératite ulcéreuse, avec une cicatrisation transparente, mais plus ou moins déprimée en forme de godet. On n'aperçoit pas ces cicatrices lorsque l'on regarde l'œil de face, mais on les reconnaît en examinant la cornée de champ ou