

De la tonsure conjonctivale et de son efficacité contre les lésions panniformes et chroniques de la cornée et contre les ulcérations vascularisées et les opacités interlamellaires de cette membrane / par S. Funari.

Contributors

Furnari, S.
University College, London. Library Services

Publication/Creation

Paris : J.-B. Ballière et Fils, 1862.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/fe62vtu7>

Provider

University College London

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by UCL Library Services. The original may be consulted at UCL (University College London) where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

14.



DE LA TONSURE CONJONCTIVALE

et de son efficacité

CONTRE LES LÉSIONS PANNIFORMES ET CHRONIQUES DE LA CORNÉE

ET

**CONTRE LES ULCÉRATIONS VASCULARISÉES ET LES OPACITÉS
INTERLAMELLAIRES DE CETTE MEMBRANE.**

DE LA TONQUE CONJONCTIVE

et de son rôle

CONTRE LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES ET CHRONIQUES DE LA TONQUE

CONTRE LES LÉSIONS VASCULAIRES ET LES GÉNÉRALISÉES
INFLAMMATOIRES DE L'ENTÉE NERVEUSE

DE LA
TONSURE CONJONCTIVALE

ET DE SON EFFICACITÉ

CONTRE LES LÉSIONS PANNIFORMES ET CHRONIQUES

DE LA CORNÉE

ET

CONTRE LES ULCÉRATIONS VASCULARISÉES ET LES OPACITÉS
 INTERLAMELLAIRES DE CETTE MEMBRANE;

PAR

LE DOCTEUR S. FURNARI,

Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de plusieurs ordres,
 membre de plusieurs sociétés savantes nationales
 et étrangères.

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,
 année 1862.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
 49, rue Hautefeuille.

1862

TONSURE CONJONCTIVALE

DE LA TONSURE CONJONCTIVALE

CONTRE LES LÉSIONS PATHOLOGIQUES ET CHRONIQUES

DE LA CORNÉE

TONSURE CONJONCTIVALE

TONSURE CONJONCTIVALE

LE DOCTEUR S. TURZANI

TONSURE CONJONCTIVALE

TONSURE CONJONCTIVALE

0598991

DE LA TONSURE CONJONCTIVALE.

« Le remède de la kératite chronique ancienne et générale est encore à trouver, et l'on ne saurait trop engager les praticiens à diriger leurs recherches sur ce sujet. »

VELPEAU.

Trouver un remède toujours efficace contre toutes les kératites chroniques anciennes et générales, c'est résoudre un des problèmes les plus difficiles de la thérapeutique ophthalmologique; aussi nous n'avons pas la prétention de répondre d'une manière absolue au vœu formulé il y a bientôt vingt-deux ans par l'éminent clinicien de la Charité; mais on verra par les faits résumés dans ce travail, que dans une foule de cas réputés incurables, on peut, à l'aide de la méthode que nous avons proposée et souvent mise en pratique, obtenir des résultats satisfaisants et durables.

Nous avons désigné sous le nom de *Tonsure Conjonctivale* une méthode à l'aide de laquelle on enlève toute la muqueuse, ainsi que le tissu cellulaire sous-conjonctival, à l'effet de produire l'oblitération des vascularisations anormales de la couche épithéliale de la cornée. Nous avons pratiqué pour la première fois cette opération il y a vingt ans chez deux indigènes des environs de Stora, province de Con-

stantine, en présence de M. Laudibert, médecin en chef de l'hôpital militaire de Philippeville.

De temps immémorial, on avait proposé contre les affections chémosiques, variqueuses et panniformes, les scarifications, les cautérisations, et même l'excision des vaisseaux et l'ablation partielle ou annulaire de la conjonctive de la marge cornéenne, mais personne, que nous sachions, n'avait avant nous disséqué la totalité de la muqueuse bulbaire, qu'elle fût partiellement ou entièrement vascularisée, ulcéreuse ou sarcomateuse; personne n'avait appliqué cette méthode d'excision générale, suivie de la cautérisation des surfaces dénudées, contre un grand nombre de modifications organiques de la conjonctive bulbo-cornéenne; et la preuve, c'est que dans la plupart des opérations que nous avons faites, il s'agissait de malades traités sans résultat par d'autres méthodes, pendant longtemps, pendant des années même par des praticiens très-habiles. Disons d'abord en quoi consiste la tonsure conjonctivale et quelles sont ses applications, nous exposerons ensuite les faits qui constatent son efficacité dans les cas les plus opiniâtres.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Quatre instruments sont nécessaires pour pratiquer cette opération :

1° Une pince oculaire à griffes multiples (fig. 1);

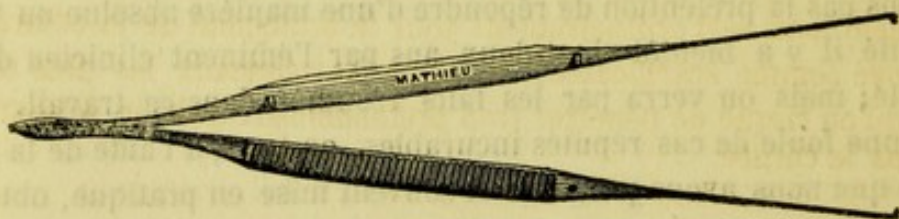


Fig. 1.

2° Des ciseaux moussés et courbes sur le plat; un des anneaux est percé d'un trou taraudé pour recevoir une pince à branches flexibles, se fermant par un coulant et destinée à porter une petite éponge (fig. 2). Ces ciseaux ont beaucoup d'analogie avec ceux dont on se

sert pour l'opération du strabisme; la modification que nous y avons

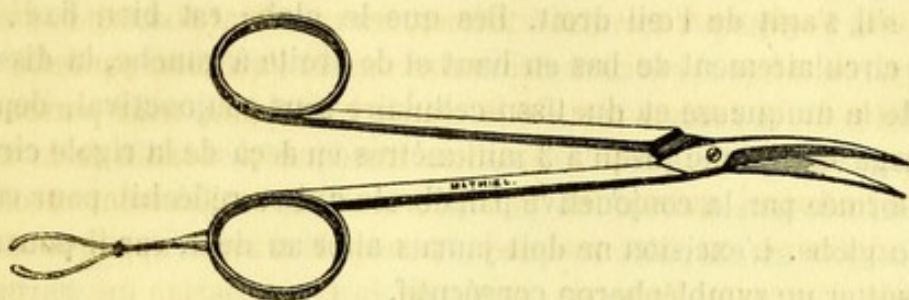


Fig. 2.

apportée a peu d'importance pour la manœuvre opératoire, mais il n'en est pas de même au point de vue économique; ils coûtent moitié prix des autres;

3° Un crochet mousse à pointe très-aplatie, la concavité du crochet est tranchante (fig. 3).

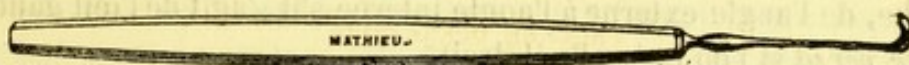


Fig. 3.

4° Un scarificateur dont la convexité est tranchante à partir de la première courbure; la pointe est tranchante des deux côtés. Cet instrument nous sert ordinairement pour le broiement de la cataracte; employé comme scarificateur, il incise les vaisseaux les plus ténus sans qu'on risque de pénétrer trop profondément dans la sclérotique et dans la cornée.

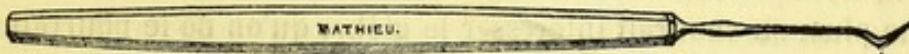


Fig. 4.

Le malade étant assis, et les paupières écartés à l'aide du blépha-

rostat, le chirurgien saisit avec sa main gauche et avec la pince à griffes multiples, la conjonctive vers la partie supérieure et externe du globe s'il s'agit de l'œil gauche, la partie supérieure et interne s'il s'agit de l'œil droit. Dès que le globe est bien fixé, on opère circulairement de bas en haut et de droite à gauche, la dissection de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-conjonctival, depuis la marge cornéenne jusqu'à 3 millimètres en deçà de la rigole circulaire formée par la conjonctive palpébrale qui se réfléchit pour couvrir le globe. L'excision ne doit jamais aller au delà, car il pourrait en résulter un symblépharon consécutif.

En disséquant la surface conjonctivale supérieure du globe, on doit avoir soin de ménager un petit lambeau adhérent au centre du bord supérieur de la cornée. Cette précaution est très-importante, car le globe ayant toujours des tendances à se porter en haut et à se cacher sous la paupière supérieure, les autres temps de l'opération seraient difficiles à pratiquer sans ce lambeau qui sert de prise pour porter l'œil dans les différentes directions. On dissèque le segment inférieur de la conjonctive bulbaire en suivant la même marche que pour le segment supérieur, toujours en dirigeant les ciseaux de droite à gauche, de l'angle externe à l'angle interne s'il s'agit de l'œil gauche, et *vice versa* si l'on opère l'œil droit.

Deuxième temps. — L'excision qu'on vient de faire, laisse une vaste plaie circulaire; il ne faut pas s'occuper du bord externe ou palpébral de cette plaie; c'est le bord interne périphérique à la cornée qui doit fixer toute l'attention du chirurgien, car c'est là qu'est le siège principal de la maladie et la cause fréquente des récidives. A l'aide des mêmes ciseaux qui ont servi à disséquer la conjonctive, on doit tondre le tissu cellulaire sous-conjonctival qui, dans les affections chroniques de la cornée, est ordinairement très-vascularisé. Chemin faisant, on enlève hardiment le bord péricornéen de la conjonctive; en un mot, toute la sclérotique doit être mise à nu; il n'y a rien à craindre dans cette manœuvre pratiquée sur un corps sphérique et élastique, et à l'aide des ciseaux courbes sur le plat; nous dirons même plus, on voudrait intéresser le globe, qu'on ne le pourrait pas. Pendant l'opération, on tâchera de nettoyer la plaie aussi souvent que possible avec l'éponge fixée à l'un des anneaux des ciseaux.

Troisième temps. — Quel que soit le soin qu'on ait apporté à tondre la muqueuse sur les surfaces que nous venons d'énumérer, il

reste toujours sur la sclérotique des filaments cellulux vascularisés, et à la circonférence de la cornée un réseau vasculaire profond qui échappe aux ciseaux ; c'est pour cela qu'il est indispensable, pour ce qui concerne la surface scléroticale, d'achever l'opération à l'aide du crochet mousse et plat à son extrémité, tranchant sur une portion de sa concavité (fig. 3). Ce crochet, appliqué à plat sur la sclérotique dénudée, saisit les derniers filaments cellulaires les plus adhérents à cette membrane, et comme la concavité de l'instrument est tranchante, la moindre traction suffit pour les couper ; s'ils résistent à cette traction, on les excise avec les ciseaux.

Enfin, à l'aide de l'aiguille coudée (fig. 4), on pratique de légères scarifications sur l'anneau conjonctival, c'est-à-dire sur les portions cellulo-vasculaires qui n'ont pas été atteintes par les ciseaux. Nous l'avons déjà dit, rien ne doit être négligé pour dépouiller complètement ce cercle péricornéen ; c'est là, en effet, que le réseau superficiel des vaisseaux de la conjonctive forme des anastomoses nombreuses en arcade, et se met en communication avec le réseau profond formé de vaisseaux beaucoup plus petits. On continue autant que possible ces scarifications sur les vascularisations les plus prononcées du pourtour de la cornée elle-même, en dirigeant l'instrument de la circonférence au centre ; cela doit être fait avec de grandes précautions ; on doit soulever avec la pointe de l'instrument les vaisseaux les plus volumineux, éviter d'aller jusqu'au centre de la membrane, incliner légèrement le scarificateur, appliquer sa petite lame tranchante presque à plat sur la cornée, et en abrasant les vaisseaux qui y adhèrent.

S'il s'agit d'un pannus charnu, toutes ces précautions sont inutiles ; il suffit de promener le scarificateur en tout sens et sur la totalité des surfaces malades. On passe une dernière fois les ciseaux sur le cercle péricornéen pour exciser les extrémités béantes des vaisseaux séparés par le scarificateur, et l'on finit par exciser le petit lambeau conjonctival adhérent au centre du segment supérieur de la cornée, et qui, comme nous l'avons dit plus haut, a servi de prise pour porter le globe dans les différentes directions, et surtout de haut en bas.

Quatrième temps. — Après avoir facilité l'écoulement du sang par de légères lotions d'eau tiède, on éponge convenablement la blessure afin d'enlever les caillots qui gênent la manœuvre opératoire. Dès que l'écoulement sanguin est bien diminué, on frotte légèrement contre un

crayon d'azotate d'argent un petit pinceau préalablement mouillé avec un peu de salive ; on trace en passant de petites trainées superficielles sur la cornée en dirigeant le pinceau de la circonférence au centre. On promène ensuite ce pinceau circulairement sur l'anneau de jonction de la cornée avec la sclérotique. Ce pinceau, rempli de sang et de caustique décomposé, devient inutile ; aussi doit-on le remplacer par un autre chargé d'une solution un peu plus forte que celle employée précédemment, et l'on passera ce pinceau sur toute la surface scléroticale dénudée.

Ces légères cautérisations en trois temps, constituent une des parties les plus délicates de l'opération, et il faut une certaine habitude et de grandes précautions pour les pratiquer ; si le pinceau est trop fortement chargé de solution caustique ou si la cornée est trop cautérisée, on risque de laisser sur celle-ci une opacité indélébile ; si, au contraire, la cautérisation n'est pas suffisante, l'exfoliation de l'épithélium n'a pas lieu et une nouvelle vascularisation peut se former sur la cornée. En général, on doit atteindre plus particulièrement les parties ulcéreuses de la cornée, passer à peine sur les parties vascularisées et respecter les parties transparentes. Pour ce qui concerne les surfaces dénudées de la sclérotique, il n'y a aucun inconvénient à cautériser plus ou moins fortement.

Tout le pansement consécutif consiste à appliquer pendant deux ou trois jours des compresses imbibées d'eau froide ; il faut recommander à l'opéré de ne pas serrer le bandeau circulaire destiné à fixer la compresse, car cela aurait l'inconvénient de produire, au lieu d'une cicatrisation régulière de la grande circonférence de la plaie, quelques brides anormales vers la rigole circulaire qui trace la limite de la conjonctive bulbaire.

Cette opération est longue, difficile à pratiquer, très-douloureuse, effrayante même, et sans l'occasion d'une première tentative que nous fîmes sur les nomades d'Afrique, nous n'aurions jamais osé l'essayer en Europe ; mais la tonsure conjonctivale étonne autant par sa hardiesse que par son innocuité, car l'œil ne s'enflamme pas ; il survient tout au plus une forte irritation qui n'est jamais de longue durée. Nous dirons même plus : la phlogose chronique dont l'organe était affecté disparaît par le fait de l'opération qui, en enlevant les tissus vascularisés ou sarcomateux, provoque une abondante saignée locale et produit une forte détente dans les parties profondes de l'organe.

Le fait le plus remarquable et le plus constant de la tonsure conjonctivale, c'est que les fortes douleurs dont le malade était affecté depuis longtemps cessent vingt-quatre heures après l'opération. Le travail d'élimination et de résolution commence ordinairement au bout d'une semaine; ce qui reste des vaisseaux anormaux péricornéens s'atrophie, les infiltrations lymphatiques et hématiques interlamellaires se résorbent graduellement; la couche superficielle de la cornée malade s'exfolie sous forme d'escarre et laisse apparaître la couche sous-jacente dans sa transparence normale. Les granulations palpébrales elles-mêmes, sous l'influence de l'opération, subissent de grandes modifications, modifications qu'on n'avait pu obtenir ni par les cautérisations, ni par les scarifications directes.

Comment s'opère la restauration des surfaces conjonctivales excisées? Y a-t-il réellement une reproduction de la muqueuse sur place? Pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'opération, la sclérotique dénudée, offre un aspect nacré. Lorsqu'on ouvre les paupières, toute la surface du globe se trouve enduite d'une espèce de matière plastique très-épaisse. La grande circonférence de la plaie se boursouffle et devient presque chémosique, mais graduellement elle se dégorge et *s'allonge* vers la périphérie de la cornée; d'un autre côté, quelque profondes que soient les excisions, les abrasions et les cautérisations de la couche conjonctivale du pourtour de la cornée, on dirait qu'il reste toujours sur ce point un élément régénérateur de la muqueuse; aussi, au bout d'une semaine, il se forme autour de la cornée un nouvel anneau conjonctival, dont le bord libre ne tarde pas à se rapprocher du bord de la grande circonférence de la plaie. Sur la grande plaie scléroticale on ne constate pas ordinairement une véritable reproduction de la conjonctive; quelquefois sur cette surface il se forme un tissu nouveau, un anneau inodulaire qui hâte la jonction des deux bords circulaires de la plaie. Ces différentes surfaces sont rouges et légèrement vascularisées d'abord; elles prennent ensuite une teinte rosée, qui se termine elle-même par la coloration normale de la conjonctive, à tel point, qu'au bout d'un mois ou deux, il est difficile de reconnaître les traces de l'énorme brèche faite à la conjonctive bulbaire.

Le tissu de nouvelle formation a-t-il tous les caractères de la conjonctive normale? Cela nous paraît probable, malgré l'avis contraire des quelques auteurs recommandables, entre autres de M. Decondé,

qui, tout en admettant qu'il est impossible de reconnaître des différences tranchées entre la muqueuse reproduite et celle qui l'avoisine, pense cependant que la nouvelle muqueuse n'est pas complète, parce qu'elle ne possède ni papilles ni follicules; il est vrai que M. Decondé parle plus particulièrement de la muqueuse palpébrale, qui remplace celle qui avait été détruite dans le traitement des granulations par les caustiques. Du reste, quelles que soient les propriétés du nouveau tissu, ce qu'il nous importe de constater c'est qu'après l'opération les fonctions de l'organe se rétablissent complètement; mais puisque nous avons soulevé ici cette question de physiologie pathologique, ajoutons qu'il nous paraît difficile de comprendre pourquoi l'on refuserait au tissu nouveau qui couvre la sclérotique ce qu'on accorde même au tissu cicatriciel de la peau, c'est-à-dire les papilles et tous les éléments du derme.

Dans quelques cas exceptionnels de tonsure conjonctivale, malgré tous les soins possibles, la cornée a des tendances à se vasculariser de nouveau; aussi devient-il indispensable, non de recommencer la même opération, mais d'exciser partiellement les vaisseaux et la conjonctive, et de cautériser immédiatement après. Dans d'autres cas, lorsqu'il s'agit d'affections ulcéreuses et chroniques, pour achever le traitement, il est nécessaire, dix ou douze jours après l'opération, de toucher très-légèrement la surface cornéenne avec une solution très-faible de nitrate d'argent, afin d'éclaircir, sinon en totalité, du moins en partie, la couche cicatricielle produite par les ulcérations. On complète le traitement en s'occupant des granulations dont la disparition s'obtient plus facilement dès que la cornée est en voie de guérison; et cela, lors même que la kératoïdite n'aurait été que produite et entretenue par les granulations palpébrales.

Il est hors de doute que dans un grand nombre de cas l'ulcération et la vascularisation de la cornée sont provoquées et entretenues par un état granuleux et sarcomateux des paupières, et surtout de la paupière supérieure; mais il est incontestable aussi que la kératoïdite panniforme à l'état chronique existe souvent indépendamment de la lésion palpébrale et même après la guérison des états morbides des paupières. « On a cherché, dit avec raison M. Velpeau (Jeanselme, *Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons de M. Velpeau*, 1840), à expliquer le mécanisme du pannus par le frottement longtemps répété des granulations de la conjonctive palpébrale sur

la cornée, mais il est évident que ce ne doit pas être là la cause unique, puisqu'il n'est pas très-rare d'observer cette affection chez des malades dont la face interne des paupières ne présentait aucune espèce de granulations; dans ces cas, comme le dit fort bien Scarpa, la maladie n'est due qu'au soulèvement de la muqueuse cornéenne par des vaisseaux sanguins. »

Un de nos confrères belges, M. Hairion (de Louvain), qui a étudié avec beaucoup de soin la nature et les caractères des granulations palpébrales, s'exprime ainsi (*Annales d'oculistique*, t. IV, 1840): « S'il est vrai que la kératite vasculaire décrite par M. Sichel est occasionnée et entretenue par la présence des granulations aux paupières supérieures, cette observation ne peut s'appliquer à toute espèce de kératite vasculaire, et entre autres aux cas de l'espèce où l'on ne peut avancer avec plus de raison que la kératite est entretenue par les granulations que celle-ci par la kératite. »

En s'obstinant ordinairement à attribuer uniquement aux granulations palpébrales la cause permanente des kératoïdites vasculaires chroniques, on néglige l'examen d'autres membranes qui peuvent non-seulement occasionner la maladie, mais encore constituer une des causes de sa chronicité et de ses tendances panniformes. Nous voulons parler du tissu cellulaire sous-conjunctival; nous avons dit en décrivant notre opération avec quel soin nous cherchions à enlever le tissu hypertrophié ou non qui est entre la face antérieure de la sclérotique et la face postérieure de la conjonctive. L'expérience nous a prouvé dès l'année 1842 que ces précautions n'étaient pas inutiles, car souvent c'est dans ce tissu qu'est le germe reproducteur de la maladie. Nous ne prétendons pas avoir été des premiers à signaler le rôle important que joue le tissu sous-conjunctival dans la production de quelques affections oculaires; ce que nous réclamons, c'est d'avoir établi depuis longtemps qu'il fallait exciser complètement ce tissu, fût-il même à l'état normal, pour obtenir dans les kératoïdites chroniques des résultats durables.

Le tissu cellulaire sous-conjunctival a fixé dans ces dernières années l'attention de quelques praticiens. M. Rau (de Berne) a désigné sous le nom de *syndesmite variqueuse* une affection inflammatoire de la conjonctive scléroticale et de son tissu cellulaire sous-jacent. Selon M. Rau, le pannus vasculaire serait toujours la conséquence de la syndesmite variqueuse. M. F. G. d'Ammon, en décrivant une variété

particulière d'ophtalmie qu'il nomme *sous-conjonctivale*, ne va pas aussi loin que M. Rau, mais il lui attribue le caractère d'une grande ténacité et une grande tendance à récidiver. Mais nul mieux que M. Sichel, et longtemps avant M. Rau et M. d'Ammon, n'avait constaté et décrit l'altération du tissu cellulaire sous-conjunctival subinflammé et infiltré, altération désignée par lui sous le nom de *cercle dyscrasique*. « Toutes les fois que je le rencontre, dit-il, même sans autres symptômes patents de cachexie ou de complication lymphatique, je me défie de la phlegmasie oculaire, car dans ces cas elle a une tendance aux infiltrations et aux ulcérations de la cornée, à sa vascularisation panniforme, à la chronicité, aux récidives, et ne guérit pas sans un traitement persévérant, sans l'emploi prolongé des antiplastiques et des antilymphatiques, aidés des révulsifs. »

L'opinion de M. Sichel, émise dès l'année 1837 dans son *Traité de l'ophtalmie*, etc., formulée de nouveau dans son *Iconographie ophtalmologique*, 1852-59, nous engage à insister de plus en plus sur l'utilité d'exciser le tissu cellulaire sous-conjunctival; nous regrettons seulement de ne pas avoir autant de confiance que notre confrère dans l'efficacité d'un traitement exclusivement médical.

La tonsure conjonctivale est indiquée contre les affections suivantes :

- 1° Le pannus membraneux et charnu ;
- 2° La phlébectasie conjonctivale et cornéenne ;
- 3° Les kératoïdites panniformes, vasculaires et ulcéreuses, superficielles et profondes ;
- 4° Les taies récentes entretenues par des vascularisations partielles ;
- 5° Les infiltrations interlamellaires hématiques ou lymphatiques de la cornée ;
- 6° Les lésions cornéennes qui résultent de l'ectropion, de l'entropion et du trichiasis ;
- 7° La propulsion de la cornée consécutive au ramollissement de cette membrane.

C'est par suite des résultats heureux obtenus chez les indigènes de l'Algérie, que, de retour en France en 1842, nous fîmes la première tentative sur le nommé Prot, âgé de 68 ans, fabricant de brosse à Paris, rue Quincampoix ; il s'agissait d'une kératoïdite panniforme très-intense et chronique aux deux yeux, traitée pendant plus d'un

an à l'aide des moyens ordinaires par deux ophtalmologistes habiles, MM. Sichel et Desmarres. Le réseau vasculaire formait une véritable membrane qui couvrait les deux cornées; les paupières étaient boursoufflées et granuleuses; le malade distinguait à peine le jour de la nuit. Nous pratiquâmes la tonsure conjonctivale aux deux yeux en présence de M. Lebreton, médecin du malade. Les deux yeux furent promptement guéris de l'affection panniforme; mais comme une des cornées avait été profondément atteinte par la maladie, l'opacité cicatricielle ne permit pas le rétablissement de la fonction visuelle; de l'autre œil, au contraire, l'opacité n'était que superficielle, aussi le malade lisait parfaitement deux mois après l'opération.

Dans une de nos conférences ophtalmologiques suivie d'une opération de tonsure conjonctivale, le 15 décembre 1860, conférence à laquelle nous firent l'honneur d'assister MM. Mounier et Lustreman, professeurs au Val-de-Grâce, MM. Broca et Richard, agrégés à la Faculté de médecine, les docteurs Lebreton, Alexis Moreau et quelques autres confrères, M. Lebreton a affirmé que, dix-neuf ans auparavant, il avait assisté à une opération identique que nous avons pratiquée sur le nommé Prot, affecté depuis longtemps de kératoïdites panniformes réputées incurables; que la maladie ne s'était jamais reproduite, et que l'opéré avait pu lire jusqu'à la fin de ses jours.

Nous pourrions rapporter ici un grand nombre de tonsures conjonctivales pratiquées depuis 1842 et qui constatent l'efficacité de cette méthode; bornons-nous à citer quelques-unes des dernières opérations faites soit en France, soit en Afrique. Quelques chirurgiens civils et militaires de cette colonie ont pratiqué en notre présence la méthode en question, et ils ont pu en apprécier l'importance et l'utilité pratique dans un pays où les kératoïdites panniformes et chroniques sont très-fréquentes.

Ainsi que nous l'avons dit au commencement de ce travail, nous citerons de préférence les cas les plus opiniâtres dans lesquels l'affection avait été traitée inutilement pendant longtemps par les méthodes ordinaires. Commençons par des faits officiellement constatés dans un rapport envoyé par M. le préfet d'Oran au ministre de l'Algérie et des Colonies (décembre 1859) sur les résultats obtenus dans le service ophtalmique dont l'organisation nous avait été confiée à l'hôpital civil de cette ville. Dans ce rapport, se trouvent énumérées plusieurs opérations que nous avons faites ou qui ont été pratiquées

par M. Dupuy, médecin en chef de cet hôpital. Qu'il nous soit permis de citer une seule de ces observations, concernant le nommé Carrier, né à Laynac (Cantal), colon aux environs d'Oran. Le résultat obtenu prouve, d'une part l'efficacité de la méthode, et il constate en même temps qu'en France elle n'est ni indiquée ni pratiquée par personne. Le malade admis à l'hôpital par suite de la recommandation spéciale du préfet d'Oran, avait consulté à Paris plusieurs chirurgiens, et après avoir subi différents traitements, il avait été renvoyé en Afrique comme incurable.

« ... L'état du malade, dit M. Dupuy, était des plus déplorables; il avait déjà perdu un œil et portait une pièce en émail; il existait à l'autre œil une vascularisation extrêmement prononcée de la conjonctive qui s'étendait sur toute la cornée; le malade accusait une douleur péri-orbitaire assez violente; il y avait photophobie et larmolement. La tonsure conjonctivale a été pratiquée par M. Furnari le 10 novembre 1859. A son arrivée à l'hôpital le malade ne pouvait pas se servir de son œil, la vision était nulle; aujourd'hui il y voit très-bien; la photophobie et le larmolement n'existent plus; les ulcérations de la cornée sont guéries; le malade n'éprouve plus de douleurs, et son état n'est nullement à comparer à celui dans lequel il se trouvait lors de son entrée à l'hôpital. »

Parmi les opérations faites par M. Dupuy et citées dans le rapport sus-indiqué, il est question de deux Espagnols entrés dans le service ophthalmique de l'hôpital d'Oran dans un état désespéré, et guéris par la tonsure conjonctivale: ce sont les nommés Matheo Simon et Francisco Carasco (d'Alicante). Sur le premier l'opération a été pratiquée aux deux yeux dans la même séance; il était affecté depuis 1857 d'une kératite ulcéreuse et panniforme aux deux yeux; après quelques mois de séjour à l'hôpital San-Fernando de Cadix, il avait été renvoyé comme incurable; l'opération fut pratiquée à l'hôpital d'Oran en novembre 1859. Chez le deuxième opéré la maladie datait de dix-neuf mois, les deux yeux étaient également affectés de blépharites granuleuses et de lésions graves à la cornée; celle de l'œil droit était opaque et vascularisée, il y avait en outre un ptérygion interne. La cornée de l'œil gauche, ulcéreuse et vascularisée, était légèrement propulsée en avant; le malade avait de la peine à se conduire. M. Dupuy pratiqua la tonsure conjonctivale à l'œil droit en novembre 1859. Le 14 décembre, dit M. Dupuy (*Rapport cité*), il y a

une grande amélioration dans la blépharite; la sclérotique a repris sa couleur blanche, les vaisseaux de la conjonctive qui envahissaient la cornée sont détruits; l'état de la vision est très-satisfaisant.

Une observation toute récente de kératoïdite ulcéreuse et panniforme aux deux yeux, guérie par la tonsure conjonctivale, mérite d'être citée, parce que le malade avait été soumis pendant dix mois sans résultat aux traitements les plus rationnels, les plus simples comme les plus énergiques. Il s'agit d'un sergent du 3^e régiment de Zouaves. Le 8 août 1860, en escortant un convoi de Constantine à Philippeville, après avoir passé une nuit au bivouac à El Kantour, ce sous-officier contracta une ophthalmie à l'œil droit; cette ophthalmie, négligée pendant la route, devint très-intense et le malade fut forcé d'entrer à l'hôpital de Constantine, où au bout de quelques jours l'œil gauche fut pris à son tour. Après un séjour de deux mois à l'hôpital, le malade rentra en France avec les paupières granuleuses et les cornées ulcéreuses. Il fut traité pendant plusieurs mois près de son pays natal à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche) par un médecin civil, M. le docteur Cade.

Voici ce que notre confrère nous écrivait en nous recommandant ce malade... « *Oeil droit* : conjonctive rouge et boursouflée, cornée couverte de nombreuses vascularisations; granulations aux deux paupières. *Oeil gauche* : cornée dépolie et rugueuse, couverte au centre d'un point pseudo-membraneux; vascularisations anormales; granulations moins prononcées qu'aux paupières de l'œil droit. Photophobie extrême, vue confuse, larmoiement continuel : tels sont les principaux symptômes qui me permettent de diagnostiquer une kératite ulcéreuse et panniforme, compliquée de l'état granuleux des conjonctives palpébrales. »

« L'expérience a dû vous apprendre comme à moi combien ce genre de kératite était réfractaire aux ressources les plus énergiques et les plus rationnelles. J'ai essayé une infinité de moyens, parmi lesquels la cautérisation des granulations a figuré comme le principal, et il faut vous dire que le sulfate de cuivre a été le seul agent modificateur qui ait pu être supporté par le malade. Le nitrate d'argent en solution et le perchlorure de fer, même affaibli, dont j'ai eu beaucoup à me louer dans de semblables cas, ont provoqué des douleurs atroces et une exaspération de symptômes. Iodure de potassium à l'intérieur; fréquentes applications de sangsues, purgatifs salins,

vésicatoires volants sur le front et aux tempes, frictions hydrargyrobelladonnées; collyres au borax, au tannin, à l'atropine, au sel marin, au sulfate de cadmium, au deutochlorure de mercure : tels sont les principaux moyens qui ont été employés; le collyre au sel marin et au tannin serait, à mon avis, celui qui aurait été le plus efficace pour obtenir la cicatrisation des ulcérations de la cornée.

« Après deux mois de traitement, le malade s'est retiré chez lui considérablement soulagé, mais non entièrement guéri; il pouvait mieux supporter le jour et déchiffrer quelques caractères d'impression; mais comme pendant un mois les granulations des paupières n'ont pas été touchées, M. X... m'est revenu depuis huit jours dans un grand état d'aggravation. Les vascularisations kératiques étaient plus étendues, les granulations plus nombreuses et la vue très-affaiblie; j'ai recommencé les moyens prescrits plus haut sans résultat. Je désire, dit M. Cade en terminant sa relation, que, plus heureux que moi, vous trouviez dans votre expérience et dans votre pratique plus étendue que la mienne, quelque moyen de triompher de la ténacité de cette kératite chronique à propos de laquelle le professeur Velpeau a dit qu'elle ne pouvait guérir que par miracle. »

Le malade vint à Paris le 17 mars 1861; effrayé de l'opération que nous lui avions proposée, il se décida à entrer de nouveau dans un hôpital militaire, où il fut soumis pendant deux mois au traitement suivant : collyres divers, vésicatoires volants aux tempes; sangsues et ventouses scarifiées, large vésicatoire permanent au cou, bains de pieds, purgatifs fréquents, ventouses scarifiées aux tempes.

Le 23 mai, le malade nous fut confié par sa famille; il était dans un état désespéré : il ne pouvait plus se conduire; les granulations étaient tellement fortes que les paupières offraient plus du double de leur volume normal; le bourrelet rétro-tarsien était très-prononcé; vascularisations et ulcérations très-étendues aux deux yeux. A l'œil droit surtout, la cornée, propulsée en avant, était couverte de vaisseaux entrelacés à l'infini; à l'œil gauche, il n'y avait pas de propulsion, parce que la cornée n'était que partiellement ramollie et ulcérée. Les vascularisations formaient une véritable membrane dans tout le segment supérieur de la cornée; douleurs très-intenses au front et aux tempes; photophobie; celle-ci était tellement prononcée, que le malade, pour éviter la lumière, était forcé, même avec ses yeux fermés, de tenir la tête baissée et le menton littéralement appli-

qué contre la poitrine. Toutes les fois qu'un rayon de lumière pénétrait dans ses yeux, il provoquait des douleurs qui, selon l'expression du malade, étaient capables de le faire *tomber à la renverse*.

Après quelques soins préparatoires, nous pratiquâmes la tonsure conjonctivale à l'œil droit. Quarante-huit heures après l'opération, les douleurs et la photophobie avaient complètement cessé; la restauration des parties se fit promptement, les granulations palpébrales disparurent *par le fait seul de l'opération*. La transparence de la cornée s'est opérée par l'exfoliation de l'épithélium de cette membrane, à l'exception d'un très-léger nuage à la partie centrale, qui nécessita l'usage d'un collyre sec; l'application de ce collyre fut le seul remède employé après l'opération; pas un seul vaisseau n'est resté sur la cornée, et le malade n'est pas seulement guéri des désordres provoqués par la kératoïdite, mais il lit parfaitement les caractères les plus fins; seulement il est forcé d'approcher le livre de son œil. Le fait de raccourcissement du foyer visuel est inévitable, même après les guérisons les plus complètes d'affections panniformes chroniques. Ce phénomène, qui place les malades à peu près dans les mêmes conditions que les myopes, persiste quelquefois un, deux et trois ans, en diminuant cependant graduellement. Cette myopie temporaire s'explique par les changements de densité qui se sont opérés dans les couches cornéennes pendant la longue durée de la maladie. Lorsqu'on se hâte de pratiquer la tonsure conjonctivale à temps opportun, cet inconvénient n'a pas lieu.

L'opération de l'œil gauche fut pratiquée vingt-deux jours après celle de l'œil droit, et, comme cela nous est arrivé dans beaucoup d'autres cas, elle a été réclamée d'urgence par le malade lui-même. Les ulcérations, les douleurs et la photophobie disparurent après l'opération, une amélioration très-sensible se manifesta dans la vision, mais les granulations de la paupière supérieure se montrèrent très-opiniâtres; quelques vascularisations se sont reproduites, aussi avons-nous été forcé d'avoir recours à des cautérisations répétées et une nouvelle opération devient probablement indispensable.

Cette observation, rapportée en entier, nous dispense d'en citer d'autres de la même nature; à quoi bon fatiguer le lecteur de ces minutieux détails? Ne suffit-il pas de pratiquer la tonsure conjonctivale, même dans les conditions les moins heureuses, pour se con-

vaincre de l'efficacité de cette méthode dans les cas les plus rebelles de kératoïdite panniforme et de pannus? C'est ce qu'ont fait quelques-uns de nos confrères, M. Broca entre autres. Celui-ci, quelque temps après avoir assisté à notre opération, l'a mise en pratique, et il nous écrivait, le 16 août 1861 : « J'ai revu, il y a quelques jours, l'homme à qui j'ai excisé la conjonctive ; le succès est merveilleux ; la cornée est tout à fait limpide. »

Les faits que nous venons d'énumérer, pris à vingt ans d'intervalle et se rapportant à des malades qui avaient subi pendant longtemps sans résultat les traitements ordinaires, suffisent pour prouver que notre méthode diffère essentiellement de celles qui sont journellement suivies par les chirurgiens. Voyons maintenant si, telle que nous l'avons exécutée, elle se trouve indiquée dans les livres d'ophtalmologie et de médecine opératoire.

Nous l'avons dit au commencement de ce travail, il n'est question nulle part de dépouiller complètement le globe de sa conjonctive et surtout du tissu cellulaire sous-conjunctival adhérent à la sclérotique, détail important de l'opération, car sans cela les tissus restaurés seraient au bout de quelque temps aussi vascularisés que ceux qu'on a excisés. Parmi les traités classiques de chirurgie et les ouvrages les plus estimés d'ophtalmologie, les uns recommandent la cautérisation répétée sur les vascularisations de la conjonctive scléroticale et cornéenne, les autres la scarification des vaisseaux ou leur excision. Tantôt on préconise l'excision partielle des vaisseaux et de la conjonctive, tantôt l'excision circulaire d'un lambeau de la muqueuse cornéenne ; enfin, comme l'affection vasculaire ou panniforme résulte souvent d'un état granuleux de la muqueuse palpébrale, on se borne à diriger toutes les ressources thérapeutiques contre les productions anormales des paupières.

Les moyens que nous venons d'énumérer, employés isolément, sont sans doute efficaces dans les cas simples ; il n'en est pas de même dans les cas chroniques et compliqués. Que peut faire, par exemple, la cautérisation contre les fortes varicosités de la conjonctive bulbaire et contre les vascularisations anormales de la cornée ? Et si l'on obtient des résultats satisfaisants est-on sûr d'éviter des récives ? La scarification recommandée par les anciens, et même l'excision des vaisseaux, préconisée par Beer, Richter, Scarpa, Flajani, Weller, etc.,

produisent une amélioration momentanée ; elles modifient l'état phlogistique de l'organe, mais elles arrêtent difficilement les tendances ulcéreuses de la cornée.

Si l'ablation complète de la muqueuse bulbaire, telle que nous la pratiquons, la scarification et l'abrasion des vaisseaux anormaux de la cornée, et la cautérisation immédiate de la totalité des surfaces dénudées, n'empêchent pas dans quelques cas, rares il est vrai, la reproduction de la maladie, que doit-on espérer de chacun de ces procédés employé isolément ?

M. Velpeau (*loc. cit.*) considère la kératoïdite vasculaire et chronique comme une de ces maladies contre lesquelles tous les moyens thérapeutiques font défaut. Lorsque le siège de la maladie est dans les couches superficielles de la cornée, l'excision des vaisseaux de la conjonctive autour de la cornée peut triompher de la maladie, mais lorsqu'elle siège dans les couches profondes, cette pratique est inefficace, et M. Velpeau affirme y avoir définitivement renoncé.

MM. Denonvilliers et Gosselin (*Traité des maladies des yeux*, 1855) partagent la même opinion. « Lorsque, disent-ils, la vascularisation occupe toute l'épaisseur et toute la surface de la membrane, comme dans les deux variétés de pannus, on peut encore essayer les moyens dont il vient d'être question (excision de vaisseaux et cautérisation), mais on doit compter moins que jamais sur leur réussite, et l'on finit dans beaucoup de cas par abandonner les malades à leur malheureux sort, avec une cécité plus ou moins complète, contre laquelle l'art est impuissant. »

M. Sichel considère la guérison de la kératite panniforme comme très-facile par un traitement interne et par les topiques astringents ; dans les kératoïdites provoquées par des granulations palpébrales, il recommande l'excision des granulations, la scarification et la cautérisation avec le sulfate de cuivre. Les observations que nous avons citées plus haut prouvent que ces moyens ne guérissent pas toujours les affections panniformes. Quant à la scarification et à l'excision des vaisseaux, notre confrère les considère comme une dangereuse erreur des anciens, partagée encore de nos jours. « Les kératites panniformes, ajoute-t-il (*Iconographie ophthalmologique*, p. 70), guérissent très-bien par les moyens pharmaceutiques, et l'excision des vaisseaux élargis, très-exceptionnellement nécessaire et utile, est le plus souvent nuisible. »

Un homme d'une grande expérience sur cette matière, M. Fallot, préconisait autrefois, dans le pannus membraneux, soit les incisions, soit les excisions, soit les cautérisations ; plus tard il modifia ainsi son opinion : « Nous avons, dit-il (*Annales d'ocul.*, t. V), renoncé complètement aux incisions, que nous avons trouvées peu efficaces, parce que les deux bouts des vaisseaux divisés s'abouchent de nouveau incontinent après l'incision, et que le passage du sang, momentanément suspendu, se rétablit ; et aux excisions, parce qu'elles trouvent toujours beaucoup de répugnance de la part des malades et ne peuvent intéresser que les lames les plus superficielles des membranes épaissies ; par contre, nous accordons beaucoup plus de confiance qu'alors aux cautérisations, qui jusqu'ici nous ont fait rarement défaut. »

M. Hairion, dans le traitement des kératoïdites panniformes et chroniques, a beaucoup de confiance dans les moyens généraux ; dans les cas opiniâtres, au lieu de l'excision des vaisseaux, il recommande la scarification, qu'il considère comme peu douloureuse, d'une application facile et sans danger (*Ann. cit.*, t. IV, 1840). M. Desmarres est du même avis ; il considère l'excision des vaisseaux dans le pannus (*Traité des mal. des yeux*, t. II, 1855) comme douloureuse, peu efficace et d'une exécution difficile ; il ne compte sur une amélioration réelle que dans l'excision d'une portion annulaire de la muqueuse ; quant aux scarifications, elles constituent pour lui « un des moyens les plus énergiques et les plus rapides. » On comprendra difficilement comment les scarifications constituent un moyen plus *énergique* que les excisions.

M. Tavignot a proposé, en fait de scarifications, un mode opératoire plus direct et plus énergique, c'est la scarification des vaisseaux disséminés dans l'épaisseur même de la cornée et à peu de distance de la sclérotique : « Là, en effet, dit M. Tavignot, on atteint le tronc vasculaire avant les divisions et subdivisions qu'il fournit. » Dans les kératoïdites commençantes, lorsqu'un seul tronc vasculaire, partant de la conjonctive, s'allonge vers la cornée et couvre une portion de cette membrane d'une infinité de petites branches terminales, ce moyen peut être de quelque utilité, et encore, pour être bien efficace et prévenir les récidives, l'excision du tronc vasculaire et la cautérisation immédiate sont préférables. Dans les kératoïdites chroniques et compliquées, ce procédé de scarification n'est pas exempt d'incon-

vénients ; car comment peut-on atteindre les anastomoses à mailles serrées du réseau profond, à moins d'intéresser profondément la cornée elle-même ? Dans notre méthode, la scarification ou, pour mieux dire l'abrasion, ne constitue qu'une pratique supplémentaire, un troisième temps de l'opération, et qui n'a lieu que lorsqu'il ne reste plus l'ombre d'un tronc vasculaire sur la sclérotique.

Le procédé de M. Tavignot, avec moins de hardiesse, a quelque analogie avec celui de Ribéri, qui dans les vascularisations partielles, pour obtenir l'atrophie des vaisseaux d'un segment du cercle cornéen, incisait partiellement la cornée, comme s'il s'agissait de l'opération de la cataracte par extraction. Cette pratique avait été déjà conseillée par Himly. Nous ne pensons pas que ces deux éminents praticiens aient eu beaucoup à se louer de cette manière d'agir, car à moins d'avoir laissé la plaie ouverte, ce qui n'est pas facile, la vascularisation n'a pas dû tarder à se reproduire.

M. Steinhausen, cité par M. Cappelletti (*Malattie dell' occhio*, V, 2, Trieste, 1846), a obtenu de bons résultats en excisant les vaisseaux et en appliquant en même temps les astringents, et surtout le précipité rouge. Enfin quelques autres praticiens, au lieu d'attaquer les vaisseaux anormaux en une seule fois, proposent de les exciser ou de les scarifier graduellement tous les six ou huit jours, en commençant par les troncs les plus volumineux. Nous ne comprenons pas l'avantage de cette pratique ; elle nous paraît même de nature à retarder la guérison.

N'oublions pas de dire que beaucoup de praticiens, tout en scarifiant ou en excisant les vaisseaux, ne négligent pas les traitements généraux et les dérivatifs intestinaux et cutanés les plus énergiques. Nous examinerons à la fin de ce travail la valeur thérapeutique de ces indications ; bornons-nous à dire, dès à présent, qu'autant ces moyens sont efficaces au début des kératoïdites, autant ils deviennent inutiles dans les cas chroniques et rebelles.

Parlons maintenant du procédé qui consiste à emporter avec les vaisseaux morbides un lambeau annulaire de la conjonctive périphérique à la cornée. Ce procédé suffit-il dans les cas compliqués et chroniques ? Nous ne le pensons pas. C'est dans un travail publié en France depuis trente et quelques années que nous trouvons l'excision de la conjonctive péricornéale recommandée contre les kératoïdites vasculaires et panniformes ; il est vrai qu'il s'agit d'un praticien dont

les opinions sur cette matière font justement autorité : nous voulons parler de M. Mirault (d'Angers). Dans une lettre adressée au professeur Lallemand (de Montpellier), M. Mirault, après avoir établi les caractères différentiels de la kératoïdite chronique, cite quelques observations de malades traités par le séton, les révulsifs et les moyens généraux, et guéris par l'excision des vaisseaux et de la conjonctive du pourtour de la cornée : « Je ne nierai pas, dit-il, l'influence du séton, des amers et des dérivatifs sur cette cure, mais je suis persuadé que, seuls, ils eussent été impuissants à dissiper des lésions si profondes ; c'est à l'excision trois fois répétée autour de la cornée que je rapporte la plus grande partie des effets que j'ai obtenus. » Dans l'opération de M. Mirault, identique à celle de Scarpa, il n'est question ni de dissection totale de la conjonctive bulbaire, ni d'excision de tout le tissu cellulaire sous-conjonctival, ni d'abrasion, ni de cautérisation consécutive ; aussi, dans une de ses observations, la maladie se reproduisit et la guérison n'eut lieu qu'après l'excision trois fois répétée du lambeau péricornéen. A l'aide de notre méthode cet inconvénient peut être évité, et il n'est pas nécessaire de faire coïncider l'opération avec le séton et les révulsifs.

La pratique de Scarpa et de M. Mirault, incontestablement plus efficace que celle qui se borne à inciser ou à exciser les vaisseaux, ne fut pas suivie, car parmi les publications qui se sont succédé depuis cette époque, les unes considèrent l'excision péricornéenne de la conjonctive comme inefficace, les autres comme dangereuse. Rognetta dit avoir fait cette opération sans résultat bien avantageux : « Je l'ai vu, ajoute-t-il, pratiquer à M. Gerdy à l'hôpital de la Charité sans plus d'utilité ; M. Robert l'a exécutée presque aussi inutilement ; l'opération est d'ailleurs extrêmement douloureuse. » (*Traité d'ophtalmologie*, 1844.)

Carron du Villards proposa de guérir les affections panniformes au premier degré par l'application tout autour de la cornée du porte-caustique annulaire de Sanson ; ce n'est que dans les cas extrêmes et lorsque la conjonctive cornéale forme une luxuriation, que l'excision du pannus avec l'usage subséquent du caustique est indiquée par l'ophtalmologiste que nous venons de citer ; mais, ajoute-t-il (*Guide prat. pour l'étude et le traitement des mal. des yeux*, 1838), elle produit toujours de larges cicatrices de la cornée ou la phthisie. »

Sur plus de cent opérations pratiquées contre les kératoïdites pan-

niformes et ulcéreuses par l'excision totale de la conjonctive et la cautérisation des surfaces dénudées, nous n'avons jamais constaté l'accident consécutif de l'atrophie cornéenne; et quant aux larges cicatrices de cette membrane, s'il en existe après l'excision, elles ne sont pas le fait de l'opération, mais de l'ancienneté de la maladie et des ulcérations profondes dont la cornée était atteinte. C'est ce que nous avons constaté sur le premier malade que nous avons opéré à Paris et dont nous avons rapporté l'observation; opéré aux deux yeux d'une kératite panniforme chronique, le malade n'a vu que d'un œil, parce que la cornée de cet œil n'était pas aussi malade que celle de son congénère, qui est restée leucomateuse malgré la guérison complète de l'affection panniforme.

Nous pensons qu'on exagère la crainte des accidents qui peuvent survenir par suite de la cautérisation par le procédé de Sanson; nous n'avons jamais employé ce procédé, mais M. Caffé, qui, en qualité de chef de clinique ophthalmologique, était à même, plus que qui que ce soit, de suivre la pratique de Sanson à l'Hôtel-Dieu, ne parle pas d'accidents consécutifs; le seul inconvénient qu'il constate, c'est « qu'il est rare qu'une seule cautérisation suffise; il faut y revenir après que l'inflammation traumatique s'est apaisée. » (*Compte rendu de la clinique ophth. de l'Hôtel-Dieu*, 1837.)

Comme Carron du Villards, M. Velpeau (*loc. cit.*) recommande dans le pannus l'application du porte-caustique annulaire; il établit que l'excision et la cautérisation constituent la seule ressource qui puisse offrir quelque chance de guérison, mais il ne les croit pas sans danger. « On doit être très-réservé, dit-il, sur l'emploi de ce moyen, qui, comme on le comprend facilement, pourrait compromettre les facultés visuelles. » Nous ne savons pas si cela peut s'appliquer au procédé de Sanson, mais rien de pareil ne peut arriver par la tonsure conjonctivale, car nous ne cautérisons jamais les surfaces oculaires directement avec la pierre infernale, mais avec une légère solution plutôt astringente que caustique. Lorsque le professeur de la Charité aura lu ce travail, il trouvera plus d'une fois l'occasion d'appliquer notre méthode dans son service et il lui sera facile de se convaincre que, loin de compromettre les fonctions visuelles, on les rétablit toutes les fois que la cornée n'est pas primitivement atteinte d'opacité profonde et lorsque les dépôts fibro-albumineux interlamellaires de cette membrane ne sont ni trop consistants ni trop anciens.

Qu'a-t-on à craindre dans l'opération qui nous occupe ? L'inflammation ? Mais il suffit de pratiquer une seule fois notre méthode pour se convaincre que, dès que le travail phlogistique consécutif ou traumatisme opératoire est dissipé, la douleur, la photophobie et le larmoiement qui depuis longtemps tourmentaient le malade, disparaissent complètement quarante-huit heures après l'opération.

Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des phlogoses chroniques qui accompagnent le pannus et la kératoïdite vasculaire et panniforme. Quant à l'excision de la muqueuse dans le chémosis consécutif aux conjonctivites aiguës et purulentes, quelques chirurgiens anglais, Tyrrel, entre autres, ont craint, en pratiquant l'excision circulaire de Scarpa, de provoquer la mortification de la cornée ; aussi préférèrent-ils les débridements rayonnants de la muqueuse. Rognetta (*loc. cit.*) considère la pratique suivie par les chirurgiens anglais comme une modification heureuse. « Quelques personnes, dit-il, avaient poussé l'exagération jusqu'à exciser la conjonctive, dans la fausse idée qu'on enlèverait par là la source de la phlogose purulente, comme si le mal *n'était que là seulement !* » Certes, le mal n'est pas là seulement, le chémosis n'est qu'un symptôme, mais ce symptôme, si on ne l'attaque pas promptement et vigoureusement, suffit pour provoquer l'étranglement de la cornée. Les craintes des chirurgiens anglais étaient exagérées, car aujourd'hui beaucoup de praticiens, suivant le conseil de Scarpa, Wenzel, etc., excisent le bourrelet chémosique à toutes les périodes de la conjonctivite purulente sans le moindre accident.

Revenons à l'excision conjonctivale dans le pannus et dans les kératoïdites vasculaires et panniformes, et examinons les publications les plus récentes. M. Warlomont, juge très-compétent en fait de lésions panniformes du globe, n'a pas une grande confiance dans la section des vaisseaux et dans l'excision d'un lambeau de la conjonctive. « Nous nous rencontrons, dit-il, dans cette opinion, avec MM. Chélius et Lawrence, qui déclarent formellement que ces procédés ne lui ont jamais réussi et ne les conseillent que pour les cas où tous les autres moyens de traitement ont échoué... L'association de la cautérisation avec l'incision de la conjonctive, déjà recommandée par Brandi, a été souvent mise en usage par M. Roosbroeck... Ce moyen est d'une exécution difficile, très-douloureux et infidèle dans ses résultats. On comprend néanmoins que l'action vive exercée par le caustique, l'in-

flammation intense qui en est la conséquence et la réaction qui y succède, peuvent aider à la résorption des produits ramollis sur lesquels elle s'est exercée. » (Warlomont et Testelin, *Additions au Traité des mal. des yeux* de Mackenzie, vol. II). Bornons-nous à faire observer que notre méthode n'est jamais suivie d'inflammation, et que les succès que nous avons obtenus prouvent que le moyen n'est pas infidèle. Pour ce qui concerne la difficulté opératoire, elle ne constitue pas une contre-indication pour un chirurgien ; quant à la douleur, les agents anasthésiques peuvent l'éteindre si le malade est pusillanime.

Dans une intéressante monographie *Sur la cornéite* (Palerme, 1859), un ophthalmologiste italien, M. J. Arcoleo, rejette l'excision et même la scarification de la conjonctive contre le pannus et les kératoïdites panniformes. L'opinion de ce praticien est fondée sur l'expérience de J. B. Quadri, qui, ayant vu des vascularisations anormales se reproduire après l'excision des vaisseaux et de la muqueuse du pourtour de la cornée, considéra ces deux opérations comme inutiles. « La section des vaisseaux, ajoute M. Arcoleo, empêche le procédé de résorption, seule voie de salut dans la résolution du pannus ; le dégorgement sanguin, qui produit un soulagement éphémère, enlève aux tissus la force vitale nécessaire à la résolution de la phlogose chronique. » C'est le contraire qui a lieu pour la tonsure conjonctivale telle que nous la pratiquons, car elle n'est efficace que parce qu'elle est perturbatrice ; il ne s'agit pas seulement d'un dégorgement, mais d'une ablation totale de la muqueuse, que celle-ci soit complètement sarcomateuse comme dans le pannus, fortement vascularisée comme dans les kératoïdites panniformes, partiellement malade comme dans les kératoïdites chroniques ordinaires.

M. Kuchler (de Darmstadt) a fait avec succès l'excision de la conjonctive péricornéale de Scarpa et de M. Mirault ; seulement il attaque plus profondément les tissus jusqu'à la sclérotique. (*Compte rendu du Congrès d'Ophthalmologie de Bruxelles*, 1857.)

M. Ch. Deval, dans une publication toute récente (*Traité des maladies des yeux*, Paris, 1862), adopte presque exclusivement la scarification ; cependant il ne rejette pas d'une manière absolue l'excision de la conjonctive péricornéale. « Bien que l'idée de Scarpa, dit-il, séduisante en théorie et adoptée par Jungken, Rosas, Weller, etc., n'ait pas toujours fourni des avantages réels dans la pratique, et qu'elle soit même rejetée par plusieurs ophthalmologistes, Chelins, entre au-

tres, je crois que cette resection, que nous remplaçons presque constamment par la scarification, ne doit pas être proscrite d'une manière absolue, et qu'il peut être avantageux d'en faire l'essai, concurremment avec quelques topiques appropriés, quand, en l'absence d'ailleurs d'une cause mécanique existant aux voiles palpébraux, certains obscurcissements rebelles sont évidemment entretenus par des varicosités conjonctivales. »

M. Desmarres, dans les kératoïdites vasculaires, superficielles, partielles ou générales préconise comme dans le pannus les scarifications des vaisseaux de la circonférence de la cornée ; pour ce qui concerne la kératoïdite vasculaire profonde, notre confrère rejette complètement l'emploi des topiques et il conseille d'avoir recours à une médication antiphlogistique et dérivative. « L'excision plus ou moins étendue de la muqueuse ne réussira pas mieux, dit-il (*loc. cit.*, p. 266), parce que les vaisseaux principaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival. » Sans doute les collyres et les pommades n'ont aucune prise contre cette affection ; les antiphlogistiques, les dérivatifs intestinaux et cutanés constituent, au début surtout, une indication plus rationnelle ; mais lorsque ces moyens échouent, doit-on rejeter l'opération ? Non, et nous ne pouvons mieux faire que mettre l'opinion de M. Desmarres en opposition avec les faits que nous avons énumérés.

En décrivant à la même page les terminaisons de cette maladie, M. Desmarres les énumère ainsi : « Ulcération de la cornée, perforation, staphylôme, d'abord sans adhérence de l'iris, puis avec synéchie de l'iris, amaurose, dégénérescence du globe, atrophie. » Ce tableau n'a rien d'exagéré, il est aussi véridique que désolant ; et l'on se demande si, en présence de désordres aussi graves, on doit reculer devant une opération quelque énergique qu'elle soit, lors même qu'elle n'aurait d'autre résultat que d'éviter la difformité de l'organe. Et d'ailleurs une kératoïdite vasculaire profonde n'est pas telle dès le début ; avant d'être profonde, elle a été superficielle, et la cornée n'a été que progressivement envahie par la lésion de la conjonctive bulbaire. Ajoutons que la maladie a ordinairement une marche très-lente et une forme souvent chronique ; le ramollissement, l'ulcération et la propulsion de la cornée, ne se manifestent que dans une période très-avancée de la maladie ; qu'est-ce qui empêche de pratiquer la tonsure conjonctivale dès qu'on constate la gravité et l'opiniâtreté de la kératoïdite ?

C'est pour cela que depuis longtemps nous avons établi qu'il fallait se hâter de pratiquer l'opération si l'on voulait arrêter les progrès de la maladie et obtenir des résultats satisfaisants.

Est-ce à dire pour cela que, dès qu'il y a des vaisseaux variqueux sur la conjonctive scléroticale, des vascularisations commençantes sur une cornée plus ou moins ulcérée, il est urgent de tonsurer le globe de l'œil ? Non ; mais lorsque l'affection devient chronique, lorsqu'elle est à la première ou à la deuxième récurrence, et que les vaisseaux anormaux menacent d'envahir toute la cornée, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'opération ; cela empêche-t-il d'employer d'abord des traitements moins douloureux ! Mais si la médication générale et l'occlusion palpébrale combinées avec les différentes préparations de nitrate d'argent ont échoué, si les préparations iodurées recommandées topiquement par les médecins allemands et italiens, le mucilage tannique de M. Hairion, le perchlorure de fer justement préconisé par M. Follin, les douches oculaires selon les indications bien formulées par M. Chassaignac, n'ont pas été plus efficaces, au lieu de s'en tenir à des tâtonnements pendant les alternatives d'amélioration et de rechutes, au lieu de scarifier ou d'exciser tantôt les vaisseaux, tantôt un lambeau annulaire de la conjonctive, n'est-il pas plus rationnel de disséquer hardiment et complètement la conjonctive, cautériser les surfaces dénudées et détruire ainsi la source même de la maladie ?

M. Desmarres ne conseille pas l'excision de la muqueuse dans les kératoïdites vasculaires profondes parce que les vaisseaux principaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival. Nous ne comprenons pas cette objection. En fait de *vaisseaux principaux* dont l'augmentation anormale de volume et de nombre entretient la maladie qui nous occupe, il n'y a que les vaisseaux de la conjonctive scléroticale et cornéenne ; nous n'en connaissons pas d'autres. En enlevant, par notre opération, la totalité de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-conjonctival, on enlève nécessairement : 1° les ramifications de la lacrymale et des palpébrales, c'est-à-dire la source du réseau superficiel ; 2° les branches terminales des oculo-musculaires, et les ciliaires antérieurs qui constituent le réseau profond. Quant aux petits rameaux qui forment une couronne, et qui s'anastomosent en arcades autour de la cornée, nous l'avons déjà dit, on les abrase, on les excise et on les cautérise avec soin ; il en est de même des vaisseaux hypertrophiés du tissu cellulaire sous-conjonctival. Que reste-il

donc en fait de source vasculaire, de vaisseaux principaux, lorsque la sclérotique est complètement dénudée?

S'il est vrai que l'emploi des antiphlogistiques contre les kératoïdites vasculaires profondes est efficace, quel meilleur antiphlogistique que l'excision dont nous venons de parler? Y a-t-il des émissions sanguines, si abondantes qu'on les pratique, capables de remplacer le dégorgement des parties internes et externes de l'organe? Nous n'avons pas la prétention de donner ici l'explication du fait; nous ne savons même pas s'il s'agit réellement d'une action antiphlogistique. il faut probablement placer aussi en ligne de compte la puissante modification, imprimée au globe par la cautérisation des parties dénudées; mais ce qui est incontestable, c'est que souvent dans les kératoïdites vasculaires profondes, les différents agents topiques augmentent l'irritation, le larmolement et la photophobie; ces symptômes, au contraire disparaissent après l'emploi de notre méthode.

Quant aux remèdes internes proprement dits, bien loin de nous la pensée d'en proscrire l'usage au début de la maladie; mais ils sont inefficaces lorsque les vascularisations sont anciennes et essentiellement localisées. Nous avons vu souvent l'opération réussir parfaitement là où les traitements généraux les plus rationnels, les modificateurs les plus puissants de l'organisme avaient échoué contre les affections vasculaires et ulcéreuses de la cornée.

Citons un seul fait : Un notable commerçant de Messine, M. M..., était affecté de kératoïdite vasculaire profonde et ulcéreuse à l'œil droit et de vascularisation fasciculaire avec ulcération partielle de la cornée à l'œil gauche; depuis deux ans cette affection se manifestait avec des alternatives d'améliorations et de récidives. Le malade a été soumis aux traitements topiques et généraux les plus énergiques, et après avoir essayé inutilement l'usage des bains minéraux d'Italie et d'Allemagne, il vint à Paris réclamer les soins d'un ophthalmologiste en renom, qui lui conseilla l'usage répété des purgatifs, des applications de sangsues derrière les oreilles, des frictions mercurielles belladonnées aux tempes, et des instillations topiques de laudanum. Ces moyens ne réussirent pas mieux que ceux qui avaient été précédemment indiqués. Lorsque le malade vint nous consulter, il souffrait beaucoup de son œil droit, la photophobie et le larmolement étaient très-intenses; la vision, presque nulle de cet œil, était excessivement faible de l'œil gauche. Nous proposâmes la tonsure conjonctivale, qui

fut exécutée à l'hôtel Trévise le 16 mai 1856, en présence du docteur Anastasi-Guido, médecin et compatriote du malade. L'opération fut d'abord pratiquée à l'œil droit. Quinze jours après, le malade lui-même reclama l'opération pour l'œil gauche. Au bout de cinquante jours, il quittait Paris parfaitement guéri. Deux ans après, en revenant d'Afrique, nous revîmes le malade à Messine; la faculté visuelle était à l'état normal, et non-seulement aucune nouvelle atteinte de kératoïdite n'avait eu lieu, mais les yeux, selon l'expression du malade, n'étaient jamais redevenus rouges après les intempéries des saisons et après des travaux assidus de bureau.

Cette observation prouve qu'il ne faut pas attendre que la kératoïdite vasculaire chronique devienne panniforme pour se décider à pratiquer l'opération: et en effet, la maladie avait duré deux ans; après l'emploi des moyens les plus variés, que pouvait-on espérer d'un nouveau traitement médical?

C'est à dessein que nous avons employé dans ce travail le mot de *kératoïdite*. Jusqu'à ce qu'on ait démontré la présence des capillaires dans le tissu propre de la cornée, nous pensons, comme M. Broca, que le nom de *kératite* doit être rayé de la science. La désignation la plus exacte au point de vue anatomique, serait celle de *conjonctivite cornéenne*, ou tout simplement celle de *kératoïdite*; on n'observe en effet dans le tissu propre de la cornée que des états morbides qui ont de la *ressemblance*, de l'analogie avec l'inflammation, et qui sont consécutifs à celle-ci; mais l'inflammation, loin d'avoir son point de départ dans le tissu cornéen, n'est que la conséquence des foyers phlogosiques d'autres membranes internes ou externes.

Dans l'état actuel de la science, peut-on admettre réellement l'existence d'une phlogose idiopathique de la cornée? Où trouve-t-on les éléments organiques de la kératite primitive puisque le tissu propre de la cornée est dépourvu de capillaires, qui seuls constituent le siège essentiel de l'inflammation? Les vaisseaux qu'on observe à l'état pathologique, et que d'ailleurs nous n'avons jamais constatés dans le tissu lamellé profond et postérieur de la cornée, sont des produits nouveaux d'une phlogose et non la phlogose elle-même. Dans un travail remarquable présenté à la Société anatomique de Paris, M. Broca, après avoir démontré (*Bulletin de la Société anatomique*, 28^e année, 1853) que la cornée à l'état normal ne renferme aucune trace de vaisseaux, après avoir constaté l'analogie qui existe entre

cette membrane et les autres tissus non vasculaires, établit : 1° que la vascularisation anormale de la cornée est la conséquence et non la cause des différents états morbides; 2° que l'ulcération, l'élimination et la réunion des plaies de la cornée, pouvant s'effectuer sans l'intervention directe des vaisseaux, on ne doit pas considérer ces phénomènes comme étant de nature inflammatoire.

Disons cependant que quelques auteurs recommandables, MM. Sichel, Desmarres, etc., ont décrit des kératites primitives non vasculaires, c'est-à-dire des inflammations sans vaisseaux; on a même fait des variétés de kératites non précédées de conjonctivites, et qu'on a désignées sous le nom d'*intersticielles*, *ponctuées*, *pointillées*, *disséminées*, etc. Pour quelques praticiens, cette forme de kératite primitive se lie souvent à l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse (*aquo-capsulite*), pour d'autres l'une de ces deux soi-disant inflammations ne saurait jamais exister sans l'autre.

Si nous ne craignons de dépasser les limites prescrites à ce travail, il ne nous serait pas difficile de prouver qu'il n'existe pas plus d'inflammation propre et idiopathique de la membrane de l'humeur aqueuse qu'il n'existe de kératite primitive, car la membrane de l'humeur aqueuse comme la cornée est dépourvue de capillaires. Sans doute, il existe une altération, un trouble de la membrane de l'humeur aqueuse, et ce trouble doit d'autant plus se lier aux lésions de la cornée que le feuillet le plus important de la membrane de Deschemet est adhérent à la surface concave de la cornée. Mais pour expliquer ce fait, fallait-il enrichir le cadre nosologique de deux phlogoses de plus, l'*aquo-capsulite* et la *kératite primitive*?

Ce qui a lieu ordinairement dans quelques cas d'ulcérations cornéennes, autorise suffisamment, à notre avis, à rejeter la présence de vaisseaux dans le tissu cornéen, ainsi que la phlogose du tissu lamellé profond de la cornée et de la membrane de l'humeur aqueuse. On observe, en effet, dans quelques variétés de kératoïdites, des dépressions ulcéreuses, très-étendues, ayant creusé profondément le tissu cornéen, comme si la perte de substance avait été pratiquée artificiellement par une curette tranchante; pendant plusieurs jours la surface déprimée reste transparente, et l'on ne constate aucune trace de vaisseaux; si la vascularisation se manifeste plus tard, elle ne provient pas des parties profondes ou interlamellaires de la cornée, mais elle résulte de l'extension, du prolongement de la conjonctive scléroticale.

Citons un autre fait : lorsque l'ophtalmie purulente ne provoque pas dans les premiers jours de son invasion la fonte purulente de l'œil, il n'est pas rare de voir le ramollissement partiel de la cornée se terminer au centre de cette membrane par une petite tumeur herniaire formée manifestement par les dernières couches lamellées de la cornée et par la membrane de l'humeur aqueuse. Cette tumeur (*hernie de la cornée* de Beer et de Benedict, *kératocèle* de Juenken) se termine ordinairement par la fistule de la cornée et plus tard par l'atrophie du globe; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'avant sa perforation la petite tumeur reste pendant plusieurs jours très-transparente, et qu'elle n'offre aucune trace de vaisseaux. Or si ceux-ci existaient réellement à l'état normal, ne serait-ce pas le cas de les constater dans l'état phlegmasique de la totalité de l'organe?

Si les troubles cornéens résultent d'une modification des phénomènes de nutrition, ils ne constituent pas une kératite primitive; si, au contraire, ils coïncident avec une véritable inflammation interne ou externe plus ou moins apparente des membranes pourvues de vaisseaux, ils doivent alors être attribués à la conjonctivite, à la sclérotite, à l'iritis, etc.

Ceux qui admettent une kératite primitive non précédée par l'inflammation de la conjonctive, affirment que cette affection ne s'accompagne pendant longtemps d'aucune réaction sur aucune autre membrane oculaire, et ils ajoutent, comme détail très-indifférent, que la sclérotique présente *toujours* vers le pourtour de la cornée une injection anormale, une teinte bleuâtre assez visible. Cela prouve pour nous que la kératite, appelée primitive, se lie à un état de la conjonctive qui n'est pas dans les conditions normales. On nous objectera, sans doute, que l'injection conjonctivale péricornéenne a pu suivre et non précéder la kératite primitive; mais alors on serait forcé d'admettre qu'entre deux tissus voisins et malades, le premier atteint d'inflammation aurait été celui qui est ordinairement dépourvu de vaisseaux.

Il est incontestable que des désordres de toute nature peuvent se produire et se produisent en effet dans le tissu propre de la cornée; mais ces désordres résultent-ils de l'élément initial de l'inflammation? Nous ne le pensons pas; ainsi donc dans ce que l'on a appelé la kératite primitive, nous ne voyons qu'un phénomène consécutif à une phlogose plus ou moins apparente d'un tissu adjacent pourvu de

vaisseaux et se manifestant par un trouble, une coagulation plus ou moins étendue des éléments albumineux du liquide intersticiel de la cornée.

Si un agent mécanique, un acide, un alcali concentré, une forte compression de la cornée, etc., suffisent pour provoquer instantanément une opacité plus ou moins étendue de sa surface, un trouble du liquide intersticiel, indispensable à sa transparence, est-il nécessaire, pour expliquer ces phénomènes, de faire intervenir l'inflammation qui ne peut exister sans le concours de l'élément vasculaire? Ne remarque-t-on pas souvent sur la cornée des vaisseaux prolongés de la conjonctive sans la moindre opacité et des opacités sans vaisseaux? Même dans quelques cas de pannus récent, mais très-intense, on est étonné, après l'excision de la fausse membrane qui couvrait la totalité de la cornée, de ne constater sur celle-ci ni ulcération ni opacité cicatricielle. Lorsque ces nébulosités cornéennes, qui peuvent être ponctuées, pointillées, disséminées, intersticielles, nuageuses, etc., existent sans phlogose, apparente du moins, des parties adjacentes, peut-on les attribuer à une modification des phénomènes de nutrition? C'est probable. Quel est leur mode de formation? Autant vaudrait chercher pourquoi les cheveux blanchissent quelquefois subitement, pourquoi, dans quelque cas, par suite d'une condamnation capitale ou d'un vif chagrin, le cristallin s'opacifie dans une nuit, et pourquoi sans aucune trace de phlogose, l'arc sénile dans quelques races, chez les nègres par exemple, se prononce-t-il de bonne heure?

Mettons de côté les kératites primitives et les inflammations sans vaisseaux dont l'existence est problématique et terminons notre étude sur la tonsure conjonctivale. Du reste, dans un *Traité théorique et pratique d'ophtalmologie*, qui paraîtra prochainement, nous donnerons tous les développements désirables à ce qui a rapport aux conditions anatomiques et pathologiques de la cornée.

En parlant de la photophobie au commencement de ce travail, nous avons dit qu'elle disparaissait deux ou trois jours après la tonsure conjonctivale; comment expliquer sa prompte disparition après une opération aussi douloureuse? Pour répondre à cette question, il faudrait savoir quelle est la cause et le siège de la photophobie; mais malheureusement nous n'avons à ce sujet que des hypothèses; la plus récente et la plus ingénieuse est celle qui consiste à faire jouer un rôle important à la cinquième paire dans la production de ce phénomène.

Cette idée, émise par quelques auteurs, n'a pas été développée par tous de la même manière. Stocken, cité par M. Cappelletti, fait dépendre la photophobie d'une lésion de la branche ophthalmique de la cinquième paire, qui par ses relations directes avec le ganglion ophthalmique, transmet l'irritabilité à l'iris. La preuve de cette supposition consisterait dans les symptômes qu'on observe lorsqu'un corps étranger pénètre dans l'œil, c'est-à-dire la contraction de la pupille, le larmolement, la photophobie et le blépharo-spasme.

L'explication donnée par M. Castorani, sans être plus exacte, est du moins plus ingénieuse. « Le siège de la photophobie, dit-il, est dans la cinquième paire, dans la portion qui se rend au ganglion ophthalmique ; de ce ganglion partent des filets nerveux qui donnent la sensibilité à la cornée, à l'iris comme aussi à la rétine. La meilleure preuve qu'on puisse apporter à l'appui de cette manière de voir, c'est que, dans le phlegmon oculaire, quand il est la conséquence de la paralysie de la cinquième paire, les malades n'éprouvent ni douleur ni photophobie... La photophobie, ajoute M. Castorani, est d'autant plus forte et plus intense que les filets nerveux sont à découvert comme dans un ulcère de la cornée, ou qu'ils sont déchirés comme dans le cas d'un corps étranger fixé dans cette membrane. Dans la kératite primitive, pointillée et disséminée, au début la photophobie n'existe pas, parce que les filets nerveux ne sont mis à nu ni par un ulcère ni par une plaie. » (*De la kératite et de ses suites*, Paris, 1856.)

Disons d'abord qu'il en est des nerfs de la cornée comme des vaisseaux propres de cette membrane ; il est plus facile de les admettre que de les démontrer ; mais, admettons-les, et voyons si la lésion des nerfs de la cornée peut seule expliquer la photophobie. Il y a des cas dans lesquels la cornée est malade et cependant il n'y a pas de photophobie ; dans d'autres cas, au contraire, la photophobie est très-intense et la cornée est saine comme dans l'iritis, comme dans la rétinite, comme dans les névralgies oculaires et circumorbitaires. Enfin, dans quelques variétés de pannus, la cornée est saine ou du moins elle n'est pas ulcéreuse, et cependant la photophobie est très-intense.

Si dans ce qu'on appelle la kératite primitive, pointillée, etc., la photophobie n'existe pas, c'est que là il n'y a pas d'inflammation. Quant aux filets nerveux de la cornée *mis à nu par un ulcère ou par une plaie*, nous n'avons qu'à objecter ce qui a lieu en pratiquant la

tonsure conjonctivale contre une kératoïdite vasculaire et ulcéreuse ; à la solution de continuité qui existe par le fait de l'ulcération primitive, il faut ajouter la scarification et l'abrasion des produits anormaux qui se sont formés sur la cornée elle-même, et les coups de ciseaux qu'on a donnés à la périphérie de la cornée pour exciser l'anneau conjonctival. Ces solutions de continuité ne se cicatrisent que graduellement et après l'exfoliation de la couche conjonctivale, et cependant la photophobie disparaît quarante-huit heures après l'opération.

Nous pensons que ce phénomène cesse comme cessent l'inflammation et la douleur, parce que tous les tissus de l'œil se dégorgent par l'opération, et parce que la cautérisation consécutive agit comme un puissant modificateur. S'il en est ainsi, peut-on voir autre chose dans la photophobie qu'un simple phénomène congestif coïncidant avec un éréthisme nerveux consensuel ? S'agit-il de la congestion de la rétine seulement comme le pensaient Gerdy et quelques autres praticiens ? Nous croyons que la congestion est plus généralisée. Quelles sont, en effet, les membranes internes de l'œil qui restent à l'état normal dans la kératoïdite chronique et opiniâtre ?

Un des symptômes les plus graves de cette maladie consiste dans la propulsion accidentelle de la cornée, qui se termine souvent par un véritable staphylôme. On sait que cette propulsion est due au peu de résistance qu'une cornée ramollie offre aux humeurs de l'œil ; celles-ci la poussent en effet constamment en avant. La tonsure conjonctivale guérit complètement et toujours cette propulsion ; c'est un des résultats qui nous a frappé le plus dans cette opération. Partant de ce fait, nous avons essayé d'appliquer la tonsure conjonctivale dans quelques cas de staphylôme commençant ; deux fois la conicité cornéenne disparut complètement quelques jours après l'opération ; une fois la disparition du staphylôme commençant ne fut que temporaire, il reparut au bout de trois mois ; dans un quatrième cas, il s'agissait d'un staphylôme du corps ciliaire et de la choroïde, l'opération échoua complètement. Contre l'exophthalmie la même opération a été pratiquée avec succès une fois en Afrique, une autre fois à Paris, en 1847, sur la femme d'un commissaire de police. L'opération fut faite en présence de M. Barbette-Julin, médecin de la malade ; il s'agissait d'une exophthalmie consécutive à une aménorrhée : la difformité oculaire persistait après la réapparition des règles ; l'œil opéré reprit son

volume normal. Cette malade succomba longtemps plus tard à une atteinte de fièvre typhoïde.

Des observations récentes nous portent à croire que la tonsure conjonctivale est d'une grande efficacité contre les névralgies sus-orbitaires périodiques qui coïncident avec des vascularisations de la muqueuse scléroticale. Une de ces observations mérite d'être citée. M. E., rue de la Victoire, était affecté depuis quatre ans d'une névralgie de cette nature du côté droit. Les accès névralgiques qui, pendant la première année, n'avaient lieu que deux fois par an, devinrent graduellement plus fréquents et plus intenses, et, à la quatrième année, ils se renouvelaient tous les mois. Pendant les accès l'œil gauche devenait très-rouge, et la rougeur était accompagnée de boursoufflement palpébral et de photophobie; la conjonctive du segment inférieur du globe était légèrement variqueuse. Tous les moyens internes et externes avaient été essayés sans résultat par un grand nombre de nos confrères. Le 15 mai 1861, nous pratiquâmes la tonsure conjonctivale sur la moitié inférieure du globe, en présence de M. le docteur Lepère; la surface dénudée fut cautérisée comme d'habitude. Quarante-huit après, la douleur névralgique avait complètement disparu.

La rougeur et la varicosité de la muqueuse étaient-elles la cause ou l'effet des accès névralgiques? Nous l'ignorons. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y avait toujours coïncidence des deux symptômes, que l'opération fut pratiquée en pleine période aiguë, et qu'elle a été couronnée d'un succès complet, car il y a déjà dix mois que l'opération a été faite et les accès névralgiques n'ont plus reparu.

CONCLUSIONS.

1° La tonsure conjonctivale est le moyen le plus efficace pour faire disparaître la phlogose oculaire, le larmolement, la photophobie et la douleur dans les cas les plus graves et les plus opiniâtres de kératodite vasculaire, ulcéreuse et panniforme.

2° Les moyens généraux deviennent inutiles dans la forme chronique de la maladie, surtout après les premières récidives. Les dérivatifs cutanés, les vésicatoires au cou, le séton lui-même, associés aux remèdes internes, ne constituent qu'une incommode et douloureuse superfluité. Leur action n'est souvent que très-éphémère, lorsqu'il s'agit de vaisseaux hypertrophiés depuis longtemps, d'exsuda-

tions qui s'épaississent continuellement et de produits anormaux qu'il faut se hâter de faire disparaître.

3° Lorsque l'opération est pratiquée à temps opportun, par le fait de l'excision totale de la muqueuse et de la cautérisation consécutive, on arrête le ramollissement et l'ulcération de la cornée ainsi que les désordres graves qui pourraient survenir dans les parties profondes de l'organe ; les vascularisations anormales s'atrophient, l'épithélium cornéen s'exfolie et laisse apparaître la couche sous-jacente de la cornée dans sa transparence primitive.

4° C'est surtout aux soins consécutifs que sont dus les résultats satisfaisants et durables ; aussi le traitement indiqué après l'opération est-il aussi important que l'opération elle-même. Les récidives ne peuvent avoir lieu que par défaut de persévérance dans les soins de la part du médecin et du malade.

5° Dans les cas peu compliqués, les collyres astringents suffisent pour achever la guérison ; mais dans les affections graves, lorsque l'enlèvement de la couche panniforme laisse apparaître sur la cornée des altérations profondes, il importe de les attaquer par de légères cautérisations répétées au moins une fois par semaine ou bien par l'usage prolongé de pommades astringentes.

6° Après l'opération la mieux faite, quelles que soient les précautions prises pour disséquer avec soin la totalité de la conjonctive et le tissu cellulaire sous-jacent, malgré l'abrasion des vascularisations anormales du pourtour de la cornée, malgré la cautérisation des surfaces dénudées, on voit apparaître dans quelques cas, quinze ou vingt jours après l'opération, quelques petits vaisseaux occupant de préférence les parties latérales et surtout supérieures de la conjonctive restaurée ; si ces vaisseaux ont des tendances à envahir de nouveau la cornée, s'ils ne s'oblitérent pas sous l'influence d'une médication astringente, il faut se hâter de les scarifier ou de les exciser. Cette pratique est indispensable, car si ces vaisseaux ne sont pas de nature à reproduire la maladie primitive, ils peuvent cependant retarder l'éclaircissement de la cornée et s'opposer au but principal de l'opération.

7° Lorsque les deux yeux sont malades, il est plus prudent de les opérer à quelques jours d'intervalle ; nous avons remarqué qu'en opérant les deux yeux en même temps, une légère phlogose se manifeste et se condense de préférence sur l'un de ces organes ; cela n'a

pas lieu lorsqu'on laisse passer une certaine période de temps entre les deux opérations.

8° Toutes les fois que la kératoïdite panniforme est consécutive au trichiasis, à l'entropion ou à l'ectropion, le traitement de ces maladies doit précéder la tonsure conjonctivale; il en est de même des granulations palpébrales.

9° Tout en faisant une large part à ces granulations comme cause productive des lésions chroniques de la cornée, nous avons prouvé que les kératoïdites vasculaires et ulcéreuses pouvaient exister indépendamment de l'état granuleux des paupières. En admettant même que les altérations organiques de la cornée soient uniquement dues aux granulations, comme celles-ci sont ordinairement très-opiniâtres, il ne faut pas attendre leur disparition pour exciser vigoureusement la conjonctive bulbo-cornéenne.

10° Ces faits bien établis, rien ne nous paraît plus irrationnel que de s'acharner, comme on le fait habituellement, à cautériser et à scarifier les paupières pendant plusieurs mois, pendant une année même, lorsque l'affection, localisée sur la cornée, fait continuellement des progrès; aussi pendant qu'on s'occupe exclusivement des granulations, les vascularisations se multiplient, les épanchements interlamellaires augmentent et la cornée s'ulcère et s'opacifie; dans ces cas, il faut avant tout sauver la cornée, arrêter sa marche ulcéreuse, quelles que soient les causes qui aient déterminé son altération organique.

11° Nous avons souvent remarqué que la guérison des granulations palpébrales n'était que plus facile après l'excision et la cautérisation de la totalité de la muqueuse bulbaire. D'autres fois les granulations disparaissent par le fait seul de la tonsure conjonctivale. Cela s'explique par l'énorme quantité de sang qui s'écoule des tissus excisés et par le dégorgement des paupières. Et d'ailleurs si la présence des granulations palpébrales suffit pour occasionner les lésions de la cornée, celles-ci à leur tour ne contribuent pas moins à entretenir l'état morbide palpébral, qui a plus de chance de disparaître après l'élimination des produits anormaux de la conjonctive bulbaire et de la cornée.

12° Ce que nous venons de dire ne s'applique pas à une variété particulière de granulations fongueuses; aussi nous avons vu la tonsure conjonctivale échouer complètement dans les kératoïdites vasculaires

chroniques qui coïncidaient avec une altération fongueuse des paupières. Cette affection est heureusement peu fréquente, du moins en France; c'est une espèce de blennorrhée chronique de la conjonctive palpébrale, un état intermédiaire entre les granulations fibro-plastiques et le trachoma. Les quatre paupières sont ordinairement granuleuses; elles ont plus que le double de leur volume ordinaire; les bourrelets rétro-tarsiens sont énormes. La surface interne des paupières est flasque, ulcérée et végétante. Si l'on essaye de renverser les paupières, elles saignent; si l'on applique le blépharostat pour les fixer pendant l'opération, le simple écartement des branches de l'instrument provoque un écoulement sanguin et des déchirements vers la région rétro-tarsienne comme s'il s'agissait d'une dégénérescence encéphaloïde. Ce qu'il y a de singulier dans cette variété de granulations, c'est que, malgré l'abondance de la sécrétion puriforme et l'état morbide des paupières, la cornée se vascularise très-lentement et elle ne s'ulcère qu'à la longue. Pendant longtemps elle offre la coloration d'un gris sale, mais sans solution de continuité. On a beau cautériser, scarifier, exciser les productions anormales de la paupière, elles se reproduisent avec la même intensité et offrent les mêmes caractères. Sur quatre malades dont nous avons tonsuré le globe, l'opération n'a pas mieux réussi que les nombreux moyens qu'on avait essayés précédemment et qu'on a employés depuis.

13° L'excision totale de la conjonctive n'est pas indiquée non plus dans les ophthalmies purulentes; dans ces cas la pratique ordinaire est préférable, c'est-à-dire les débridements plus ou moins étendus, circulaires ou rayonnés, de la conjonctive chémosée. Il est inutile, il serait même dangereux de tondre complètement la conjonctive bulbaire pendant la période désorganisatrice de la phlogose purulente.

14° On a parlé du danger qui pourrait résulter, dans la tonsure conjonctivale, de mettre à nu une vaste surface oculaire pour combattre les affections vasculaires et panniformes de la cornée. Nous avons suffisamment démontré par des faits que jamais l'opération n'était suivie d'accidents graves. Plus, au contraire, on met de hardiesse à enlever toute la conjonctive et le tissu cellulaire sous-jacent, hypertrophié ou non, plus la guérison est prompte; et si quelquefois, par la pusillanimité ou l'indocilité du malade, il devient difficile de dépouiller complètement la sclérotique, les débris cellulo-muqueux qui restent sur cette membrane agissent comme corps étranger, irri-

tent l'œil, retardent la guérison et forment une cicatrisation irrégulière et des brides conjonctivales qu'on a beaucoup de peine à faire disparaître.

15° Une autre objection consisterait dans les douleurs intenses provoquées par une opération longue et délicate. Les douleurs ne constituent pas une contre-indication surtout lorsqu'il s'agit de cas désespérés; et, d'ailleurs, on a la ressource du chloroforme, dont nous nous servons rarement, il est vrai, parce que nous préférons pratiquer l'opération, le malade étant assis. C'est en faisant en 1848 des tonsures conjonctivales sur deux jeunes malades, dont l'un, à cause de son indocilité, fut chloroformé, que nous constatâmes comparativement l'altération momentanée du sang pendant l'influence anesthésique. (*Obs. communiquée à l'Académie des sciences, séance du 17 janvier 1848.*)

16° On ne manquera pas de dire que la tonsure conjonctivale ne constitue pas une méthode nouvelle; qu'elle n'est qu'une combinaison d'éléments opératoires déjà connus depuis longtemps (scarification, excision, cautérisation); d'accord, mais il nous sera permis de faire observer : 1° que l'ablation complète d'une muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent diffère essentiellement de l'excision partielle rayonnée ou circulaire suivie ordinairement de récurrence, aussi, pour être efficace, est-on forcé de recommencer deux ou trois fois l'opération; 2° que l'abrasion suivie de l'excision des vaisseaux cornéens périphériques a peu d'analogie avec la simple scarification; 3° que personne n'avait osé compléter l'opération par la cautérisation de toutes les surfaces dénudées du globe; 4° que les éléments sus-indiqués employés isolément échouent dans un grand nombre de cas, tandis que, mis en pratique simultanément, ils guérissent souvent les affections les plus rebelles; qu'enfin le fait important, capital, et nous osons dire nouveau de cette méthode, consiste dans son application dans les cas les plus variés depuis la phlébectasie la plus simple, mais opiniâtre et chronique, jusqu'aux ulcérations les plus étendues et le pannus charnu le plus prononcé.

17° Une deuxième opération échoue rarement lorsque la tonsure conjonctivale, pratiquée une première fois, n'a pas donné, dans quelques cas exceptionnels, des résultats satisfaisants.

18° Comme énergie de traitement, comme hardiesse pratique et comme résultat opératoire, rien n'est comparable à la tonsure con-

jonctivale contre les affections panniformes, si ce n'est l'inoculation de la matière blennorrhagique proposée par Fr. Jaeger. On a considéré pendant longtemps l'inoculation de la matière blennorrhagique comme téméraire et dangereuse : téméraire, oui ; dangereuse, non. Les nombreux essais qu'on a faits à l'étranger et surtout en Belgique, les résultats obtenus dans ce pays par MM. Fallot, Hairion, Van Roosbroeck, Warlomont, Bosch, etc., ne laissent aucun doute sur l'innocuité et sur l'efficacité de l'inoculation. Doit-on la préférer à la tonsure conjonctivale ? Celle-ci a l'avantage d'être indiquée dans les kératoïdites panniformes les plus simples comme dans le pannus le plus prononcé ; on doit, au contraire, s'abstenir d'introduire dans l'œil le pus blennophthalmique tant qu'il y a des portions de cornée saines et tant que cette membrane n'est pas entièrement couverte d'un produit anormal épais et charnu. Sans déprécier la valeur thérapeutique de l'inoculation, nous avons pensé, nous pensons encore, qu'une opération chirurgicale qui enlève mécaniquement les fausses membranes, qui enraye la douleur, qui loin de provoquer l'inflammation suppurative fait cesser la phlogose chronique, doit être préférée à un moyen qui, pour être efficace, doit avant tout occasionner l'explosion d'une ophthalmie purulente, nécessairement suivie de fortes douleurs, de gonflement palpébral, de fièvre, d'insomnie, de chémosis et de céphalalgie. Quoi qu'il en soit, sans la tonsure conjonctivale, nous n'hésiterions pas à adopter l'inoculation, car, par deux voies différentes, on arrive à imprimer à l'organe une violente et nouvelle activité, afin d'obtenir dans les cas graves et opiniâtres la disparition des produits anormaux et le rétablissement de la vision.

19° La tonsure conjonctivale, qui réussit toujours à guérir la propulsion cornéenne coïncidant avec les kératoïdites graves, doit être tentée contre les staphylômes commençants de la cornée.

20° Des faits, en petit nombre, il est vrai, nous autorisent à penser que l'excision de la conjonctive bulbaire et du tissu cellulaire sous-jacent, suivie de cautérisation, peut être efficace dans quelques cas de névralgies circumorbitaires périodiques et opiniâtres, compliquées de vascularisations anormales partielles ou totales de la conjonctive bulbaire.

21° La tonsure conjonctivale est aux kératoïdites ce que l'iridectomie est au glaucome et aux iridochoroïdites ; les deux opérations ne donnent de résultats que parce qu'elles provoquent une détente dans l'organe et

font disparaître l'inflammation. Leur analogie devient plus évidente lorsqu'on pense qu'elles peuvent être pratiquées en pleine période aiguë. Aussi pensons-nous que, dans quelques cas de glaucome aigu et surtout d'iridochoroïdites, l'excision de la totalité de la conjonctive, suivie seulement de la cautérisation des surfaces scléroticales dénudées, peut remplacer avantageusement l'opération de Graefe. En excisant dans notre méthode la totalité de la conjonctive, on enlève les branches terminales des artères musculaires et, par conséquent, les ciliaires antérieures qui, après avoir traversé la sclérotique très-près de la cornée, vont au grand cercle artériel de l'iris. La tonsure conjonctivale aurait en outre sur l'iridectomie l'avantage de n'enlever que les tissus externes du globe qui se reproduisent en peu de temps, tandis que l'iridectomie laisse la mutilation permanente d'une membrane interne. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que les deux opérations dégorgent les tissus, provoquent une détente du globe, modifient la vitalité de l'organe, améliorent la fonction et enrayent la douleur.

22° La tonsure conjonctivale réussit-elle toujours à rétablir la vision? Non; comme dans les autres opérations, elle est quelquefois suivie d'insuccès. Cependant, lorsque la lésion n'est pas trop ancienne, les résultats qu'on obtient sont vraiment extraordinaires, et cela, après que les autres traitements ont échoué. Dans les cas graves et datant de plusieurs années, le rétablissement de la vision dépend de la nature des exsudations et du degré d'opacité cicatricielle que le ramollissement et les ulcérations ont laissé sur la cornée. Mais lors même que l'opération ne donne pas une vision suffisante, elle guérit toujours l'organe d'une phlogose chronique qui est ordinairement au-dessus des ressources généralement employées.

23° Quand on pense à la gravité et à la fréquence des maladies de la cornée qui dans quelques contrées, en Afrique, par exemple, dépassent de moitié le chiffre général des affections oculaires; si l'on réfléchit que, même en Europe, sur cent maladies de cette nature, le tiers, plus une notable fraction, se rapportent aux lésions de cette membrane; que dans ce chiffre les kératoïdites vasculaires, ulcéreuses et panniformes ont la plus large part, on trouvera peut-être qu'il n'est pas sans quelque utilité de vulgariser, par la publication de ce travail, un mode opératoire dont vingt années d'expérience ont constaté l'efficacité.

FIN.

