NOTES PRATIQUES

D'OPHTALMOLOGIE

PAR LE DOCTEUR

JEAN ROSMINI

DIRECTEUR

DE L'INSTITUT OPHTALMIQUE

DE MILAN

PREMIÈRE PARTIE

MILAN

IMPRIMERIE LOUIS DE JACQUES PIROLA

1889.

NOTES PRATIQUES

D'OPHTALMOLOGIE

PAR LE DOCTEUR

JEAN ROSMINI

DIRECTEUR

DE L'INSTITUT OPHTALMIQUE

DE MILAN

PREMIÈRE PARTIE

MILAN

IMPRIMERIE LOUIS DE JACQUES PIROLA

1889.

AVANT-PROPOS

A mes Collègues de France,

> ..... Je ne sais si le style
> Pourra vous en paraître assez net et facile
> Et si du choix des mots vous vous contenterez.
>
> MOLIÈRE (*Le Misanthrope*).

Je ne sais vraiment si je parviendrai à mieux me faire comprendre en traduisant dans votre gracieux et spirituel idiome quelques uns de mes plus anciens travaux et d'autres plus récents, relatifs à la spécialité scientifique que je cultive avec amour, mieux encore, avec passion, si ce n'est avec une habileté réelle. On pourra peut-être et à bon droit s'étonner que j'aie pris une telle détermination presqu'au déclin de ma modeste existence et de l'exercice professionnel, lorsque les tentatives d'illustrer en quelque sorte mon mince savoir ne peuvent plus être qu'un éclair éphémère et sans vivacité. Plusieurs penseront peut-être que j'ai été poussé par l'ambition ainsi que par le vain désir de faire connaitre à l'étranger le peu que

j'ai fait et que j'ai écrit et cela dans le but de m'acquérir des compliments ou des louanges qui m'auraient fait défaut dans ma patrie. Non, car je crois n'avoir jamais péché par vanité et moins aujourd'hui que jamais; néanmoins je ne regarderai pas comme un outrage si l'on me suppose de l'ambition et si l'on m'en fait un délit. Je suis intimément convaincu qu'une noble ambition, loin d'être un défaut est au contraire une qualité, je dirai même une force qui fait l'homme constamment actif et par conséquent plus ou moins utile; je crois en outre que l'orgueil national, qui est un puissant levier du progrès dans les Sciences, dans les Lettres, dans les Arts aussi bien que dans l'Industrie et sous les Armes, constitue et représente cet ensemble d'ambitions individuelles qui poussent à étudier avec obstination, à produire dans une juste mesure, à perfectionner avec sagacité. Je crois qu'il y a beaucoup moins d'orgueil national en Italie qu'en France, en Angleterre et en Allemagne, parce que chez les Italiens le nombre des ambitieux est très restreint comparativement à celui des savants trop modestes, tandis que, même parmi les hommes de mérite, il n'y manquent pas des gens paresseuse ou vaniteux qui, plus satisfaits d'apparoître que de valoir, ne produisent jamais rien, ou au contraire en surabondance, mais avec insuffisante discernement et des choses d'une utilité problématique.

Si je me suis décidé à reproduire dans une édition française mes modestes travaux c'est dans le but d'exciter mes collègues à suivre cet exemple en faisant une régle générale de ce qui n'a été jusqu'ici qu'une rare exception de la part de quelques uns, car c'est une très utile habitude désormais répandue partout où l'on étudie et où l'on produit beaucoup et où règne

le désir bien fondé de le faire connaitre, même pour l'honneur de son propre pays. Si, selon mon désir, ce système sera adopté par mes confrères, les oculistes étrangers pourront facilement se convaincre qu'en Italie aussi le progrès n'est pas stationnaire mais qu'il va chaque jour en s'affirmant davantage dans toutes les branches de l'ophtalmologie moderne; ils verront en outre que la généralisation de l'*antisepsie* est désormais pour nous aussi une des plus grandes ressources de la thérapeutique et de la chirurgie oculaire; enfin ils reconnaitront que, si nous avons beaucoup appris par l'enseignement d'autrui, nous pouvons à notre tour apprendre quelque chose aux autres.

De telle sorte, nos collègues étrangers qui, avec une infatigable activité, nous gratifient chaque année d'un bon nombre de publications ophtalmologiques aussi intéressantes qu'utiles, constateront que chez nous le travail constant n'a jamais chômé et que, si la plus part du temps nos œuvres sont restées à peu près ignorées, il ne faut l'attribuer qu'à l'insouciance des auteurs à les traduire dans un idiome qu'aucun homme studieux n'ignore et aujourd'hui universellement compris, je veux dire la langue française.

Par suite des nombreuses citations introduites dans mon ouvrage, jaurai l'occasion de faire connaître à nos insignes collègues des pays étrangers la plus part de nos médecins spécialistes, beaucoup plus dignes que moi d'être signalés à l'estime générale des ophtalmologues.

Les histoires cliniques ainsi que les expérimentations qui s'y rapportent, de même que l'exposition des faits qui forment le fond de cette ouvrage, sont tous relatifs à des malades qui ont séjourné à l'Institut Ophtalmique de Milan, créé par mon

initiative et que je dirige depuis seize ans avec l'affection d'un père pour son enfant. Je pourrai de cette manière donner une idée de ce que sont et de ce que produisent nos cliniques oculistiques, et j'aurai l'occasion de signaler à l'appréciation de mes confrères l'Institut qui est l'objet de ma prédilection et qui fait honneur à l'esprit philantropique de mes concitoyens, comme il est aussi la preuve évidente du grand valeur de l'initiative individuelle dirigée vers un but éminemment humanitaire et sans arrière pensée.

Si ce n'est qu'aujourd'hui que je réalise mon idée de publier cette traduction, c'est parce que j'attendais l'occasion de pouvoir terminer quelques *notes pratiques* sur les méthodes thérapeutiques les plus récentes afin de les mettre en regard aux anciens systèmes, qui me donnèrent dans le temps passé une proportion satisfaisante de bons résultats, dans le but de démontrer par des arguments valides, bases sur une plus grande quantité de faits, l'efficacité vraiment supérieure des premières sur les seconds, et cela surtout dans les cas de quelques affections considérées jadis presqu' incurables ou tout au moins rebelles aux remèdes les plus réputés (1).

---

(1) Ce recueil sera divisé en deux parties.

La première contiendra:

a) Quatre lettres sur la *Kérato-plastique.*

b) Une Note sur l'*Ophtalmie sympathique et sur son traitement.*

La seconde renferme:

a) Une Note sur la *Conjonctivite granuleuse et trachomateuse* tirée du premier *Compte-Rendu* de l'Institut Ophtalmique de Milan;

b) Une Note sur l'*emploi de l'iodoforme en thérapeutique oculaire;*

c) Une Note sur l'*usage du sublimé corrosif dans le traitement des affections oculaires, surtout de l'ophtalmie granuleuse et du trachome.*

Je ne dois pas taire en outre, que, désireux de concourir autant que mes faibles moyens me le permettent à la célébration de la grande fête des Sciences, des Arts, de l'Industrie que Paris offre à cette heure afin de glorifier par un monument aussi impérissable qu'utile le centenaire de la grande Révolution qui fut la mère de la Liberté, l'émancipation du Savoir et du Travail, j'ai pensé d'offrir à mes collègues de France et à ceux des autres pays qui accourreront sûrément en grand nombre dans la capitale morale de l'univers, un recueil de mes œuvres principales en fait d'*ophtalmologie*, avec l'espoir qu'ils voudront bien lui faire un bon accueil.

Certainement ces pages ne possèdent pas le style élégant de Lamartine et de De Musset, parce que conçues et écrites par un italien, mais j'ai la confiance qu'on me pardonnera le peu d'élégance du langage si je suis parvenu tout au moins à me faire comprendre par une suffisante clarté d'expression.

SUR UN CAS
DE
KÉRATO-PLASTIQUE
OPÉRÉ
moyennant une cornée de lapin greffée
chez un individu dont les cornées furent détruites
par l'explosion d'une mine

Lettre adressée à M.r le Prof. Chev. Gaétan Strambio
par le Chev. Docteur Jean Rosmini
Directeur de l'Institut Ophthalmique de Milan

Actes du Congrès, mais tous les collègues présents promirent de s' en occuper sérieusement et d' en faire l' application pratique à la première occasion propice qui s' offrirait à eux.

Dans sa très-intéressante communication l'illustre professeur de l' Université de Padoue, faisait mention, avant tout, des nombreuses tentatives de Munk et de Koenigsoffer en Allemagne, de Feldmann, Demarres, Plouvier en France, de Mutzer, Kylmy, Stilling en Angleterre, pour greffer une nouvelle cornée transparente sur l'œil humain, tentatives toujours restées infructueuses, par ce que, même dans les rares cas où la transplantation faisait souche, la nouvelle cornée rencontrait de telles altérations qu'elle devenait totalement opaque.

Selon le prof. Gradenigo dans les transports faits jusqu' à ce jour, on a toujours voulu transplanter une trop grande quantité de cornée, tandisque un point seul de tissu transparent aurait suffi pour rendre très-avantageusement à l'opéré un degré de vue suffisant. Et en outre, ajoutait-il, les expériences ont toujours été tentées sur des yeux trop détériorés, où faisait défaut la chambre antérieure, car si à la transparence de la cornée la substance aqueuse est nécessaire, elle doit l'être à double raison pour une cornée greffée qui se trouve par le fait en de moins avantageuses conditions pour vivre et conserver sa transparence.

C'est à la suite de ces considérations qu'il se voua à de nouvelles études et à de nouvelles expériences pour vérifier si, en vascularisant artificiellement chez le lapin une portion plus ou moins étendue de cornée, il serait possible d'en conserver une parcelle limitée mais suffisante pour le but désiré et si en préparant convenablement l'œil de greffer la petite transplantation pourrait faire souche sur lui plus facilement.

Le résultat de ses études et de ses expérimentations le déterminèrent à la fin à préférer le procédé sur le quel il appela l'attention du Congrès, consistant en deux époques distinctes et distantes, l'une de préparation de la greffe, l'autre de son application à demeure.

Pour exécuter la première il était nécessaire de détacher par disection toute la conjonctive de la sclérotique de l'œil destiné

à recevoir la greffe pour la rattacher ensuite moyennant une anse circulaire de soie sur la cicatrice cornéenne préalablement écorcée pour l'y faire adhérer enfin à l'aide d'un bandage compressif méthodique; et sur la cornée de l'animal désigné à fournir la greffe il fallait produire artificiellement deux ou trois ptériges dans le but de constituer au segment à transplanter une demi corniche vasculaire qui devait ensuite être complétée par la partie de conjonctive continue et contiguë au segment même.

Pour l'exécution de la seconde, soit l'application de la greffe il fallait tout d'abord détacher la conjonctive de la cicatrice cornéenne, puis extirper dans toute son épaisseur une portion de celle-ci suffisante à donner accès aux rayons lumineux correspondant au point qui devait recevoir la greffe cornéenne. En dernier lieu, l'animal occis, il fallait lui enlever toute la conjonctive sclérale avec la cornée entière, sacrifier de cette dernière toute la partie placée sous la base des ptériges artificiels et terminer l'opération par 8 ou 10 points de suture joignant les marges périphériques de la conjonctive du lapin aux marges péricornéennes sanguinolentes de la conjonctive de l'individu soumis à l'opération. Un bandage méthodiquement compressif devait faciliter l'adhésion de la greffe, le renouvellement de l'humeur aqueuse suffire à maintenir la distension et la transparence du petit segment cornéen placé en face de la brèche de la cicatrice cornéenne préventivement substituée à la pupille détruite.

Il est presque superflu que je t'ajoute que l'auteur posait pour conditions indispensables à l'exécution d'une pareille entreprise chirurgicale l'existence d'une chambre antérieure, tant petite fut-elle, l'état général de bonne santé, la rapide perception, au moins quantitative, de la lumière.

Bien qu'un autre Congrès oculistique, et, plus récemment encore, quelques collègues aient jugé que ni l'expérience clinique, ni le raisonnement scientifique pouvaient justifier une tentative quelconque ayant pour but d'enlever l'opacité cornéenne aux moyen d'opérations, le prof. Gradenigo pensait, comme bien d'autres et moi aussi, qu'une telle sentence était trop injuste et sévère et que M.r Wecker était bien plus raisonnable lorsqu'il

écrivait dans son ouvrage: *C'est à coup sûr une triste chose que de voir un malade dont la rétine conserve toute son intégrité devenir victime d'une cécité absolue par le seul fait de l'opacité cornéenne. Espérons que de nouvelles études chirurgicales, pleinement justifiées d'ailleurs par la nature même du mal, mèneront à des résultats plus satisfaisants.* Pour tout celà j'étais donc désireux qu'une occasion me fut offerte pour effectuer la tentative hardie proposée par notre collègue italien et pour justifier de plus en plus les espérances de l'illustre allemand. Grande fut donc ma joie lorsque, il y a six semaines, se présenta à cet Institut un robuste jeune homme de Trente, de 21 ans, qui, en revenant de France horriblement mutilé par l'explosion d'une mine, semblait avoir été inspiré de venir précisément à moi pour qu'il me fut permis de prouver par le fait que ce qui semble incroyable n'est pas toujours impossible.

Il avait la figure, la poitrine, les bras, tout le corps enfin déformé et noirci par les produits de l'explosion mentionnée, mais ce qui rendait son état encore plus digne de pitié c'était la cécité dont il était frappé par *phtisie complète du bulbe droit* et par une *cicatrice rentrante de la cornée de l'œil gauche* qui donnait à cet organe l'apparence d'un *moignon après l'extraction d'un large staphylome opaque.*

Si tu avais vu cette monstruosité tu aurais dû proclamer inutile et presque ridicule toute tentative opératoire qu'on eut voulu expérimenter pour rendre un peu de vue à ce malheureux. Cependant m'ayant assuré, ce que je pus constater moi-même, que malgré une si horrible mutilation *cette informe relique de ce qui fut un œil jadis* conservait encore la perception distincte de la lumière, réfléchissant à la proposition Gradenigo, je demandais aussitôt à cette pauvre victime du travail s'il se sentait disposé à en subir l'application, ce qui pourait lui coûter de nouvelles souffrances peut-être inutiles, mais qui pourrait peut-être aussi lui rendre un degré visuel suffisant pour se guider tout seul. Il n'hésita pas à me déclarer qu'il était prêt à tout, malgré que je n'eusse à lui offrir qu'un faible espoir d'obtenir quelque résultat avantageux de la tentative proposée. Il se fit conduire pour quelques jours à son pays natal pour saluer, si

ce n'est revoir ses parents, qu'il avait quitté trois ans auparavant avec l'espoir de gagner dans les travaux hazardeux des mines quelques gros pécule, tandisqu'il y avait perdu au contraire le bien inestimable de la vue. Dix jours plus tard il revint plein d'espoir résigné à souffrir n'importe quelle torture qui serait bientôt oubliée, s'il pouvait être délivré de la plus grave des infortunes, la cécité. — J'écrivis de suite au professeur Gradenigo l'invitant à sacrifier par amour à la science et à l'humanité quelques journées de son temps précieux afin de venir visiter notre malade et constater si ce ne serait pas par hazard chose utile que d'appliquer en cette occurrence la tentative hardie d'opération qu'il avait proposée. — Il ne tarda pas à arriver, visita le malade et ne dissimula pas que le défaut absolu de chambre antérieure rendait moins probable la réussite heureuse du procédé de greffe qu'il avait imaginé, mais en présence de l'état robuste du patient et de la perception indubitable de la lumière qui persistait chez le malheureux mutilé, il m'encouragea à tenter sa méthode opératoire et au surplus pour m'en faciliter l'exécution il m'offrit gracieusement de préparer lui-même l'œil du lapin qui devait servir à notre expérimentation. De mon coté je préparais l'œil de l'infirme de la manière que je l'ai expliqué plus haut et je répétais sur d'autres lapins la même opération des ptériges artificiels comme je l'avais vu faire au prof. Gradenigo. Mais par malheur tandis que le déplacement de la conjonctive péricicatricielle avait adhéré très régulièrement sur la cicatrice décortiquée de notre patient, les ptériges artificiels pratiqués sur différents lapins, chez les uns, après la levée des points de suture qui en joignaient les bords, s'étaient rétractés laissant comme empreinte une coloration grisâtre limitant une zone assez large de cornée transparente, et avaient produit chez d'autres de nombreuses phlycténules ou opacités diffuses du parenchyme cornéen.

En attendant les jours s'écoulaient et l'impatience commençait à gagner le malade avide de couronner les souffrances endurées par une dernière douleur qui lui faisait espérer par compensation le rétablissement au moins partiel de la vue.

En face de sa juste insistance, plutôt que rester dans l'inertie

nous nous décidâmes à profiter de la cornée préparée par le prof. Gradenigo et puisqu'elle n'avait pas eu la réussite qu'il désirait pour faire la transplantation d'une simple petite zone cornéenne encadrée, en partie par la conjonctive laissée sur place et en partie par celle qu'on avait artificiellement déplacée pour la formation des ptériges, nous fîmes une variante à notre programme et nous résolûmes non seulement de l'enlever toute entière mais de l'appliquer en totalité avec toute la conjonctive sclérale du lapin (1).

L'idée de varier le programme était du reste, selon moi, assez justifiée même par la condition spéciale du bulbe sur le quel nous voulions faire le transfert, vu que le manque absolu de chambre antérieure et le niveau de la cicatrice scléro-cornéenne presque paralléle à l'anneau antérieur de la sclérotique inspirait assez la crainte que la greffe d'un petit morceau de cornée put difficilement préparer et maintenir un espace suffisant de chambre en conservant stablement sa transparence.

C'est pour cela que le 6 avril courant, sans même chloroformiser préalablement le malade, ce qui lui avait causé trop de désagréments lorsque nous y avions eu recours pour lui préparer l'œil à l'opération, nous passâmes avant tout à une soigneuse dissection de la conjonctive de la cicatrice pseudo-cornéenne et

---

(1) Le D.r I. R. Wolfe chirurgien de l'Institut Ophtalmique de Glascow dans une admirable Relation sur un cas très-bien réussi de transplantation de la conjonctive de lapin, lue à la Société medico-chirurgicale de la ditte ville, le 6 décembre 1872, s'exprime ainsi: « Le succès de cette première tentative m'a suggéré une autre idée, sinon d'autres espérances. Ne serait-il pas possible un jour, en donnant un peu plus d'extension à ce procédé de greffe animale, d'implanter aussi bien une cornée entière de lapin qu'un morceau de conjonctive, sur un œil atteint de leucome total et ne serait-il pas permis d'espérer de guérir de la sorte une affection jusqu'à cette heure tout à fait irrémédiable? On rencontre en effet dans les hospices pour les aveugles des sujets ayant pourtant toutes les membranes de l'œil, à part la cornée, parfaitement saines. La transplantation d'une cornée étrangére deviendra peut-être un jour un moyen précieux pour ces infortunés à qui il serait possible ainsi de rendre une cornée transparente.... » (V. *Annales d'Oculistique* de Bruxelles, t. 69, p. 121).

de toute la surface scléroticale et au lieu d'en couper une portion pour en unir les marges sanguinolentes à la conjonctive du lapin moyennant la suture prescrite par le prof. Gradenigo, nous pensâmes qu'en l'abandonnant à la simple rétraction spontanée nous aurions pu insinuer sous elle les limbes de la greffe conjonctivale, qui se trouvant ainsi entre deux couches muqueuses et une marge de leur même nature fortement gonflées par l'inflammation artificielle adhérente et récemment avivées par la coupure auraient fort probablement rencontré les éléments vitaux de soudure bien plus tenaces et homogènes que les sutures de soie.

Le soulévement de la conjonctive étant terminé je pratiquai au moyen du Kératotome de Beer un tout petit bord dans le centre de la cicatrice qui semblait constituée par un prolongement du tissu scléral plutôt que par les éléments des leucomes ordinaires et ayant saisi ce bord avec une pincette je le tranchai d'un coup de ciseau. Il en résulta un trou de couleur noire brillante qui avait toutes les apparences d'une pupille et derrière la quelle on voyait évidemment l'humeur vitrée. Ceci fait nous abaissâmes rapidement les paupières du malade en les tenant doucement comprimées au moyen d'un tampon de coton pendant qu'on tuait le lapin pour lui extraire la cornée et la conjonctive sclérale. Dans la hâte de cette opération nous ne pûmes empêcher que, l'humeur s'échappant, l'iris ne s'étendit aussi sur la surface postérieure de la cornée, ce qui nous força à quelques manipulations pour l'éliminer. De même nous ne pûmes empêcher que quelques brins de sclérotique ne restassent adhérents sur certains points de la cornée. Ce petit inconvénient ne nous préoccupa pas gravement et nous passâmes aussitôt à introduire la greffe ayant soin d'insinuer sous la conjonctive du patient la portion conjonctivale du transport, mais malgré tous nos soins pour l'étendre le mieux possible la cornée resta tant soit peu plissée et paraîssait par ce fait plus opaque qu'elle ne l'était à peine extraite du lapin. A dire vrai cette circostance nous faisait craindre fortement que notre tentative dut aboutir à un insuccès complet et je te laisse à penser quelle fut la joie que j'éprouvai, et quelle satisfaction, lorsque 48 heures

après en enlevant le bandage nous constatâmes que la cornée greffée avait récupéré sa convexité normale et laissait encore voir par son travers le point noir de la brèche faite au beau milieu de la cicatrice et que les marges gonflées de la conjonctive du patient s'étaient déja régulièrement soudées sur celles de la greffe conjonctivale, exception faite pourtant de la partie inférieure, qui, soit par les seccousses des mouvements instinctifs de la paupière inférieure, soit à cause de la majeure extension des découpures de la sclérotique restée attachée à la cornée transplantée présentait des rides blanc-jaunâtres qui paraissaient vouloir se détacher et tomber mortifiées. Notre malade à peine débarassé de son bandage s'était soudainement écrié: « *Oh! comme je vois bien!* » et nous, pour nous assurer que cette exclamation représentait une réalité et non pas seulement une illusion, nous aurions volontiers poursuivi nos investigations, mais c'était chose imprudente et par conséquent nous nous tinmes satisfaits pour l'heure d'avoir pu constater que la soudure de la greffe marchait en bonne voie.

En outre, le déplissement de la cornée du lapin nous rendit à peu près sûrs qu'à travers le trou exécuté dans la cicatrice scléro-cornéenne un suintement aqueux s'était opéré, humeur qui, ainsi que l'avait observé pour le premier notre regretté collègue Trinchinetti, vient précisément sécrétée par les procédés ciliaires. Chez notre malade ces derniers avaient été à coup sûr longtemps resserrés et comprimés, mais ayant lieu de croire qu'ils n'étaient point complètement desséchés et atrophiés, il n'était pas absurde de croire que l'obstacle de la cicatrice scléro-cornéenne une fois atterré leur sécrétion se frayat un chemin dans la nouvelle chambre antérieure. S'il en était ainsi on pouvait nourrir l'espérance fondée que par le rétablissement progressif de l'activité sécrétoire et les courants exosmotiques de l'humeur vitrée ceux-ci dussent concourir également à raviver et éclaircir progressivement les éléments istologiques de la cornée récemment greffée.

Nous échangions ces considérations en replaçant le bandage sur l'œil de notre malade, et maintenant j'ai voulu te les soumettre afin que toi, anatomiste et physiologiste aussi distingué

qu'éminent clinique, tu veuilles me dire en toute franchise si tu les crois justes et soutenables, ou si elles te semblent erronées et illusoires.

Mais alors tu me demanderas naturellement: quelles mutations en mieux ou en pis se sont manifestées les jours suivants dans l'œil de ton *homme-lapin?*

D'abord je te dirai que le globe de l'œil n'a manifesté aucun signe de grave irritation, ni douleur ni larmoîment, aucune autre sorte de peine. La conjonctive a conservé un moyen gonflement hypérémique, auquel s'est joint le développement progressif de vases minuscules nouveaux, non seulement dans les parties conjonctivales de la greffe, mais encore dans ses petites marges, au point qu'à cette heure (nous sommes au 15e jour de l'opération) il n'est plus possible de distinguer où finit la propriété de notre malade et où commence celle du lapin; la cornée de ce dernier conserve toujours sa convexité normale, mais présente l'aspect de ce que l'on nomme la kératite-parenchymateuse. Malgré tout cela notre patient en outre de mieux voir la lumière, qui ne le fatigue plus, distingue très-bien, si l'on passe la main devant lui, la direction des mouvements exécutés. Ces conditions out été constatées non seulement par mes aides et par moi, mais encore par le prof. Jean Polli et par les docteurs Prandina, Saccani, Gilardi, Colombi, Grandi ainsi que plusieurs autres personnes profanes à la science, désireuses néanmoins de voir ce nouveau cas certes très-surprenant.

Maintenant je te dirai ce que j'espère pour l'avenir de cet intéressant et très patient malade.

Il te souvient sans doute comme quoi pour le traitement des voiles épais de la cornée humaine rebelles à tous les remèdes ordinaires plusieurs oculistes de tous les pays ont constaté l'efficacité surprenante de l'inoculation de la blennorrhée urétrale, proposée pour la première fois, si je ne me trompe, par Piringer et Jaeger, la quelle éveillant une inflammation très aiguë dans toute la conjonctive blépharo-bulbaire servait admirablement à ramollir, fondre et métamorphoser les néoformations et les exsudés qui constituent les épaississements des couches super-

ficielles et profondes du tissu cornéen et par suite en provoquaient la solution ou la résorption rendant à la cornée sa transparence plus ou moins normale.

Je m'attends donc que quelque chose de semblable puisse arriver à la nouvelle cornée de mon *homme-lapin* par la vertu même de ce gonflement vasculaire qui a si bien su souder un tissu vif à un tissu mort, établissant entre eux des rapports évidents de circulation sanguine et d'activité nutritive, de même il pourrait très-bien activer aussi dans le parenchyme de la cornée implantée cet échange de matériaux qui constituent le système parasite de nutrition propre à la cornée de l'homme et à celle des animaux et qui du reste représente le mode par le quel ont l'habitude de se résoudre les opacités produites dans la cornée par l'inflammation ou par les procédés nécrobiotiques.

Pour faciliter de tels résultats je me propose de réappliquer à l'œil néoformé ou réformé de mon malade les fomentations humido-chaudes que j'ai déjà employées et qui selon ma ferme croyance ont largement contribué à assurer l'attache de la cornée transplantée. S'il n'arrive pas de voir se refermer la brèche pratiquée dans la cicatrice de notre sujet, par où, crois-je, s'est écoulé l'humeur aqueuse qui lui a procuré et lui conserve la distension de la cornée greffée, j'ai la persuasion que sa lucidité sera sans aucun doute facilitée et deviendra suffisante pour lui rendre un degré de vue convenable.

Si par contre mes prévisions ne se confirmaient pas, je ne m'arrêterai pas découragé, mais j'en déduirai un enseignement pour modifier ou perfectionner la modalité de l'opération en améliorant la méthode de préparation de l'œil du lapin et laissant l'animal vivant durant l'opération au lieu de le tuer avant d'exécuter l'émission de la greffe.

J'espère que la nouvelle Société protectrice des animaux ne m'intentera pas un procès si, par amour de la science et de l'humanité, j'aurai la hardiesse de tourmenter encore un grand nombre de lapins pour étudier le perfectionnement d'un acte opératoire qui, j'en ai la conviction, doit réussir d'une incontestable utilité.

Quelle que soit l'issue finale du cas que je viens de te rapporter, comme de tout autre auquel il me sera donné d'appliquer pareille opération, je t'en informerai. En attendant je te remercie de la courtoisie avec la quelle tu as fait accueil à cette communication et je me déclare avec estime et sincérité

Ton affectionné collègue & ami

D.r JEAN ROSMINI.

NOUVELLES APPLICATIONS

DE

KÉRATO-PLASTIQUE

par greffe de cornée de lapin

Lettre adressée au Noble D.r Pierre Gradenigo
Prof. d'Oculistique à l'Université R. de Padoue
par le D.r Chev. Jean Rosmini
Directeur de l'Institut Ophtalmique de Milan

Excellent Ami & Collègue,

Si la lettre que tu m'as adressée dans la *Gazette Médicale de Padoue* du 9 mai dernier pour manifester l'impression *franche et nette* que te fit la relation de ma première tentative de *Kérato-plastique* n'avait pas été, selon ton désir ou ta demande, reproduite par les *Annales d'Ophtalmologie,* j'aurais silencieusement respecté tes observations critiques et j'aurais encore attendu volontiers la réception du *lapin à cornée magnifiquement préparée,* que tu m'avais promis tant de fois pour tenter de nouveau et à la première occasion une *greffe cornéenne* selon la méthode que tu as préconisée.

Mais quand j'ai vu que notre journal, je dirai officiel de la spécialité, reproduisait en entier ta lettre critique et ne référait qu'une partie seulement de ma relation incriminée et en lui lançant au surplus ses flèches ironiques tout à fait hors de propos, j'ai pensé qu'en opposant un silence absolu à ta critique, bien que très polie, et aux sarcasmes, quoique de haut partis, de ceux qui m'appelaient fabricant de feux d'artifice ne pouvait être ni chose convenable à ma dignité personnelle, ni être bien interprétée soit par les lecteurs des *Annales d'Ophtalmologie* soit par ceux de la *Gazette Médicale.*

D'un autre côté je n'aurais pas voulu susciter une polémique simplement pour te dire que les *négations théoriques* de ta critique étaient trop absolues, et dire à d'autres qu'il n'était ni juste ni sérieux de *faire les louanges de certaines tentatives de l'art* parce qu' *ingénieuses* et par ce que *tôt ou tard elles donneront des résultats regardés aujourd'hui comme impossibles*, et puis ensuite jeter le blâme sur qui ayant obtenu de ces tentatives un premier résultat, tant imparfait soit-il, avait cru chose méritoire d'y appeler l'attention des lecteurs studieux à fin de les enocurager à répéter, modifier, perfectionner des expériences qui pourraient peut-être par la suite indiquer aux praticiens la voie meilleure pour arriver à l'idéal désiré.

Mais avant de répondre à ta critique, j'ai préféré poursuivre les études et les expérimentations sur l'intéressant sujet de la greffe cornéenne, mais comme ton bienheureux lapin padouan n'arrivait jamais et que je ne parvenais pas à obtenir sur ses timides congénères milanais la préparation de la cornée comme tu la veux, je tâchai, ainsi che je l'avais promis dans ma lettre au prof. Strambio, d'étudier telles modifications au procédé que j'avais employé, qui me paraissaient devoir en faciliter l'éxécution et rendre sinon complets, meilleurs au moins, les résultats définitifs.

Les faits m'ont donné raison et comme les *faits* ne sont pas des *illusions* que l'on raconte pour *tromper les autres*, je te ferai conséquemment l'exposition sincère de ceux que j'ai observés sans prétendre par là d'avoir porté des trésors à la science ni d'avoir droit à une majeure bonne renommée que celle dont je jouis auprès de mes collègues et concitoyens grâce à mon activité et à ma bonne volonté.

Néanmoins avant de t'exposer les faits aux quels je fais allusion il faut que tu me concèdes quelques réflexions sur les censures que tu m'as adressées relativement au compte-rendu de ma première tentative de *greffe cornéenne*.

J'ai à cœur avant tout de te faire observer que si moi, *non par mon impatience*, mais par celle très raisonnable de mon pauvre malade auquel les frais d'un trop long séjour à mon Etablissement étaient un sujet d'inquiétude, *j'ai voulu tenter la*

transplantation d'une entière cornée de lapin *sur un œil humain preparé par ton procédé* je ne crois pas d'*avoir fait*, comme tu dis, *plus ou moins de ce que d'autres avaient exécuté*, car il n'est pas à ma connaissance que les premières tentatives de greffe cornéenne exécutées par les auteurs cités dans ton mémoire, et recités dans le mien, aient été exécutées en préparant au préalable l'œil humain selon la méthode que tu as enseignée. Au contraire, cette préparation est, selon moi, la condition principale qui donne le plus grand fondement de rationalité et de réussite possible à ton procédé et qui rend susceptible, quoique tu dises, de bons résultats même le mien, surtout après la modification que j'ai adoptée et dont je te parlerai plus loin.

Les probabilités de succès, dis-tu, *pour chaque opération de greffe sont en raison inverse de l'extension du tissu qui est implanté;* si cela était vrai, en sens absolu, la greffe d'un morceau de cornée pas plus large qu'une pupille normale, pourvu qu'entouré de tes ptéryges artificiels devrait se souder bien plus facilement qu'un morceau plus grand ou qu'une cornée entière. Je veux bien te le concéder. Mais comment se conservera la transparence de ce morceau? jusqu'à quand se conservera-t-elle? les vases de tes ptéryges artificiels seront-ils fidèles à la consigne de rester dans les limites que tu leur auras assignées? ne les envahiront-ils pas, ne les rendront-ils pas opaques, ne les recouvriront-ils pas? et le tissu pseudo-cornéen ou cicatriciel au sein duquel tu auras ensaché comme *dans une niche* cette *petite possession* du lapin en contractant avec elle les adhérences nécessaires saura-t-il respecter l'homogénéité de tissure, la parfaite transparence de cette minuscule fraction de cornée? ou ne servira-t-il pas à en étouffer, à en dénaturer les éléments jusqu'au point de les anéantir en entier ou à les rendre complètement opaques? Je ne nie ni n'affirme rien, je doute seulement; et ce doute qui n'est pas chez moi seul, il t'appartiendra de le résoudre quand tu nous donneras les détails du premier cas de *greffe cornéenne bien réussi* que tu mentionnes dans ta lettre.

« Pour implanter, affirmes-tu, avec quelque probabilité de « succès toute une cornée de lapin dans l'œil d'un homme, il « est nécessaire d'y pratiquer un trou, c'est-à-dire d'y obtenir

« une perte de substance telle qu'elle surpasse les diamètres « d'une cornée normale, intéressant le corps ciliaire, facilitant « le déplacement du cristallin, ou la sortie de la vitrée, si la « lentille, comme dans ton cas, faisait défaut. »

Si cela encore était vrai, mon cher professeur et ami, autant vaudrait-il dire en d'autres termes *que pour greffer une cornée de lapin* sur *un œil humain il est nécessaire de le vider* que pour *réparer* il est nécessaire de *détruire* plus ou moins complètement l'organe qui doit être réparé.

Choses semblables je ne les ai pas avancées ni ne pouvais les concevoir, et tu n'aurais pas mal fait en disant quelques mots à tes lecteurs sur le mode d'exécution de ma tentative de greffe et sur les résultats successifs qui en émergèrent et se maintinrent pendant 20 jours après l'opération. Tu les aurais persuadés que, sans un seul point de suture, le seul renflement des vases et du tissu liant de la conjonctive produit par la préparation de l'œil humain selon ta méthode avait suffi pour *vascularisер finement la conjonctive, les limbes de la sclérotique ainsi que les marges cornéennes du vaste morceau de greffe,* le quel manifestait seulement dans sa marge inférieure une certaine dépression et une colorisation moins rose et tendant au jaune ce qui était l'indice d'une soudure partiellement imparfaite et encore mal assurée. Tu les aurais persuadés que, malgré tout cela, *la cornée greffée avait retrouvé après deux jours et conservait après 15 sa convexité normale* ce qui prouvait qu'il avait suffi du *petit trou creusé dans la cicatrice scléro-cornéenne* de mon malade pour permettre le *suintement de l'humeur aqueuse dans sa nouvelle chambre antérieure et laissait l'espoir fondé que par le rétablissement toujours plus prononcé de l'activité sécrétoire et des courants exosmotiques de cette humeur ceux-ci dussent également contribuer avec efficacité à raviver et à éclaircir progressivement les éléments histologiques de la nouvelle cornée.*

Tu déclaras au contraire « que si le diamètre du trou pra- « tiqué chez l'homme était plus petit que celui de la cornée « de l'animal, même dans l'hypothèse *presqu'impossible* que la « nouvelle cornée se conserva transparente un tissu épithélial « (*Descemet*) se trouvant superposé à un tissu sanguinolent

« (*cornée ou pseudo-cornée dénuée des ptéryges*) il en adviendrait
« immanquablement dans un temps assez bref l'obstruction totale
« ou cicatrisation du trou même exécuté dans l'œil humain,
« ainsi qu'il arrive après la trépanation cornéenne et l'ampu-
« tation du staphylome ou du bulbe par défaut d'obstacle main-
« tenu par un nouveau tissu inséré pouvant empêcher le pro-
« cédé de réparation. »

Mais cette objection, mon excellent collègue, me semble devoir infirmer ta méthode plus que la mienne pour l'exécution de la greffe de la cornée.

Je puis supposer en effet, et aujourd'hui j'ai motif de croire, que si à travers le trou pratiqué dans la cicatrice cornéenne coule de l'humeur aqueuse, celle-ci suffira à empêcher que le trou ne se bouche pourvu que la cornée greffée ait adhéré complètement par ses marges à la conjonctive sclérale de l'œil humain, même au risque de s'être partiellement identifiée avec le tissu sanguinolent de la cornée ou pseudo-cornée privée de ptéryges. Je puis supposer et maintenant, redis-je, j'ai motifs de croire que le courant de l'humeur aqueuse rétabli en outre d'être suffisant à maintenir béante la brèche ouverte dans la cicatrice cornéenne a également la valeur de déterminer devant elle un certain espace de chambre antérieure de même que de rétablir et conserver dans la zone correspondante de la cornée greffée la transparence qui est nécessaire à l'exercice de la fonction visuelle.

Si par contre, comme tu le conseilles, *la portion de cornée à greffer est non seulement très petite mais encore très soutenue et fortifiée par une muqueuse épaisse et vascularisée*, je crois moi aussi que l'on pourra, comme tu l'assures, *très bien donner au trou de l'œil humain une très petite et exacte ampleur proportionnée à la grandeur de la greffe animale. Mais que cette dernière puisse enfin être enchassée comme dans une niche par la cornée opaque ou mieux par les marges du trou y exécuté* et qu'à la maintenir dans une telle position puisse servir efficacement l'action je dirai centrifuge des 10 ou 12 points de suture destinés à réunir la conjonctive du lapin à celle de l'homme combinée à l'action centripéde d'un méthodique bandage compressif,

c'est là un fait que je ne me hazarderai pas de déclarer impossible, mais qui me semble bien difficile à obtenir.

Quoiqu'il en soit pourtant, et, en admettant même que l'on réussisse à obtenir cet ensevelissement de la petite zone de cornée animale, il me semble que l'incorporation de la *partie muqueuse épaissie et vascularisée de la greffe animale sur la cornée ou pseudo-cornée rendue sanglante pour la débarasser des ptéryges* doive produire une certaine exagération de gonflement vasculaire capable par elle même ou d'étouffer et faire tomber la partie cornéenne de la greffe ou bien de provoquer chez elle ou sur elle une vascularisation ou une condensation équivalentes par leurs effets à l'obstruction totale ou cicatrisation que tu prétends devoir survenir infailliblement dans le trou fait à l'œil humain lorsque, comme dans mon procédé, il est plus petit que la cornée animale implantée.

Mais il est temps enfin que je te dise quels sont les faits et les observations qui m'induisirent à ne pas abandonner, mais à modifier seulement le *procedé de kérato-plastique,* que j'employai la première fois, bien que je n'aie jamais nié et nie encore moins aujourd'hui, que celui que tu as proposé, quoique de beaucoup plus difficile à exécuter, repose sur une base très rationelle. J'en ai profité au contraire moi aussi, comme en profiteront, je pense, tous ceux qui ne dédaigneront pas de répéter ou modifier dans un sens ou dans un autre de semblables tentatives de chirurgie réparatrice qui *sont d'ailleurs,* comme l'a dit Wecker, *pleinement justifiées* par la nature même du mal pour lequel elles furent proposées.

Avant tout je te dirai de quelle manière procédèrent les événements chez le sujet de ma première opération le 22e jour après l'exécution. La cornée greffée, qui quelques jours avant se conservait encore dans se convexité normale bien qu'elle présentât l'aspect d'une *kératite parenchymateuse,* commença à s'affaisser, se détachant de la marge inférieure du bourrelet chémotique qui en couvrait incomplètement les bords où depuis les premiers jours elle avait présenté des *rides blanc-jaunâtres* qui semblaient annoncer leur chute mortifiée. Par la fissure qui en résultait ou put voir pendant quelques jours dégoutter une

humeur limpide qui avait toutes les apparences de celle aqueuse. Plus tard cette cornée prit une teinte jaune du centre vers la périphérie, puis elle perdit par désagrégement les lamelles plus superficielles et enfin elle se rida prenant un aspect diaphane opale qui laissait encore entrevoir les petits vases de la cicatrice pseudo-cornéenne inférieure ainsi qu'une couleur grisâtre indiquant le point où était survenu la cloture du trou que l'on y avait exécuté.

Cependant comme ce dernier n'était peut-être pas complètement oblitéré notre malheureux patient voyait encore tant soit peu les ombres et les mouvements des gros objets, tandis qu'avant l'opération il distinguait à peine la lumière qui lui était extrémement pénible lorsqu'elle était intense. Cette circostance fut pour lui si confortante que, non sans une grande surprise de ma part, il se déclara disposé, si j'y consentais, à se soumettre une seconde fois à la même opération. Je pris du temps pour lui répondre et seconder son courage unique plutôt que rare, mais enfin pressé par son insistance deux mois après la première opération je me mis en mesure d'exécuter la seconde. Je prédisposai donc de rechef le bulbe du malade, selon le mode que tu as indiqué toi-même, et dix jours après je passai à l'exécution de la greffe avec les mêmes modalités que j'ai décrites dans ma lettre au prof. Strambio. Cette fois-ci cependant je laissai le lapin vivant et je lui soulevai de l'arrière à l'avant toute la conjonctive sclérale la portant à couvrir la cornée, et pendant que mes deux assistants enlevaient cette derniere en faisant contemporainement deux bordures dans le haut et dans le bas au moyen du petit couteau de Graefe, ainsi que cela se pratique pour l'extraction linéaire modifiée en terminant l'excision avec de petits ciseaux, moi je fis l'exportation d'une partie centrale de la cicatrice d'une dimension un peu plus grande que la première fois. De cette ouverture s'écoulérent à peine quelques gouttes d'une humeur liquide semblable à l'aqueuse suivie ensuite d'une toute petite hernie très limitée de l'humeur vitrée, la quelle toute fois ne se déchira pas et ne mit aucun obstacle à la pose immédiate de la large greffe cornéo-conjonctivale. Cette fois encore comme la première nous appli-

quâmes subitement un régulier bandage compressif pendant 48 heures; et lorsque nous l'enlevâmes la cornée greffée avait repris sa convexité naturelle et un degré de transparence bien plus grand que la première fois, qui laissait mieux voir aussi le noir de la brêche établie dans le centre de la cicatrice et derrière elle, mais à sa marge inférieure elle offrait encore la même dépression et la même irrégularité d'adhésion avec la conjonctive du patient que nous avions remarquées la fois précédente. Les jours suivants nous vîmes encore se renouveller la néoformation de vaisseaux minuscules nombreux dans les parties conjonctivales et jusque dans les petites marges sclérales et cornéennes de la greffe; la transparence relative et la convexité de la partie centrale se maintenaient encore plus satisfaisantes qu'après la première tentative, mais la dépression dans la marge inférieure ne paraissait pas vouloir se modifier ni se couvrir de nouveaux vases comme il était advenu dans tout le reste de la partie périphérique de la greffe; bien plus, à peine 12 jours après à l'affaissement succeda la perforation, et l'on put alors constater que les marges de la greffe étaient dans quatre cinquièmes de leur partie ténacement soudées entre la conjonctive et la sclérotique péricicatricielles, que la partie cornéenne bien que légèrement plissée conservait néanmoins une suffisante lucidité qui permettait de distinguer parfaitement le trou pratiqué dans la cicatrice et l'humeur limpide qui en découlait.

Les choses se maintinrent dans cet état pendant plusieurs jours encore sans que l'on eut à vérifier l'écaillement des petites lames superficielles du morceau de la greffe ni la désunion progressive des marges du transport de la cornée du bourrellet légèrement chémotique de la conjonctive du malade; bien plus, il était curieux de voir comme chaque fois que l'on appuyait légèrement la paupière supérieure sur la marge inférieure de la greffe pour la réouvrir ensuite ce limbe détaché se soulevait comme une soupape et se refermait ensuite lorsqu'on abandonnait la paupière à elle même. Cette circonstance particulière me poussa à faire une nouvelle tentative pour voir si en reportant sur la partie de la greffe détachée la conjonctive

sclérale du patient, qui s'en était éloignée, je réussirais à l'y faire adhérer de nouveau. A cet effet je soulevai une autre fois cette portion de conjonctive qui était encore passablement gonflé et je la traversai sur les deux cotés par deux anses de soie que je fixai, en tirant légèrement, à deux plissures conjonctivales du segment équatorial supérieur du bulbe. J'en obtins momentanément le déplacement conjonctival désiré, mais quoique même la marge inférieure de la greffe en fut converte, je ne parvins malheureusement pas à empêcher, ou peut-être hatai-je, la réduction atrophique du morceau greffé. Malgré cette seconde catastrophe il resta encore au patient la bien maigre satisfaction de distinguer les ombres et les mouvements des objets grossiers, mais des faits observés dans cette seconde expérimentation j'en tirai l'idée de la modification du procédé opératoire auquel j'ai fait allusion au commencement de cette lettre, et qu'il me fut donné, comme je vais te le dire, d'effectuer dans un autre cas et dont la résultante fut vraiment satisfaisante.

Cette seconde expérience répétée à court intervalle de la première et sur le même individu confirmait la possibilité de transplanter sur l'œil humain une cornée même entière de lapin pourvue de sa conjonctive bulbaire, mais démontrait en même temps la nécessité de trouver un expédient qui servit à maintenir durablement couverte en même temps que la conjonctive gonflée aussi la partie plus basse du morceau de greffe afin que celui-ci en se vascularisant également, put s'identifier solidement à la conjonctive sclérale du patient. L'expédient ne pouvait être qu'une suture convenable, dont toi-même soutenais la nécessité absolue dans la lettre que tu m'as adressée et je me promis donc d'en faire l'application la première fois qu'un malade m'offrirait les signes indicatifs de la kérato plastique.

Et le malade se présenta en effet à cet Institut le 1er juin de la courante année dans la personne d'un Louis Poggi, maçon de son état, âgé de 44 ans, habitant le canton externe de Milan, sur le quai de P. Ticinese, N. 72. La vue de l'œil droit était assez imparfaite, parce qu'ayant souffert plusieurs attaques de choroïdéite séreuse il avait subi deux opérations d'iridectomie et plus tard il avait dû se soumettre à l'extraction de la len-

tille du même œil par suite de cataracte. Il était presque aveugle de l'œil gauche en conséquence d'une large cicatrice leucomateuse adhérente qui envahissait les quatre cinquièmes de la cornée et qui dans le cinquième supérieur était encore un peu transparente et laissait apercevoir un petit espace de chambre et l'absence de l'iris qui avait été tranché. Ce colobome néanmoins étant totalement couvert par la paupière ne lui concédait un peu de perception que lorsqu'il baissait extraordinairement le bulbe. Il avait plusieurs fois manifesté un vif désir que l'on tentât quelque opération même à cet œil, parce qu'ayant l'autre très faible et facile à se fatiguer il ne pouvait que médiocrement s'occuper et par là gagner plus médiocrement sa vie. La seule tentative possible était la greffe de la cornée; trouvant donc chez lui toutes les indications que tu signales comme conditions de cet acte opératoire je me préparai à l'exécuter n'apportant pour toute modification au procédé déjà employé que l'application de deux anses latérales de suture par lesquelles précisément je voulais forcer la partie inférieure à se superposer et se maintenir dans un contact mutuel avec la partie inférieure de la greffe.

Dans ce but je disposai préalablement deux fils de soie munis à chaque extrémité d'une aiguille, je les appliquai tout d'abord aux deux côtés de la partie inférieure de la conjonctive sclérale du lapin les faisant pénétrer derrière elle tout près de la marge de la cornée pour les faire sortir à la partie plus basse ou éloignée. Ensuite ayant extrait de la manière que j'ai expliqué précédemment toute la cornée de l'animal conjointement à sa conjonctive sclérale je couchai la partie supérieure et latérale de celle-ci sous la conjonctive récemment soulevée du patient tandis que j'insinuai le coté muni des deux anses de soie sous la partie inférieure de la conjonctive. Ensuite au moyen d'une des aiguilles qui se trouvait à la périphérie de la greffe je portai une des extrémité du premier fil derriére la conjonctive du patient dans le pli de transition, tandis qu'avec celui qui restait, dans la partie plus concentrique de la greffe je fis passer l'autre bout du fil à travers la conjonctive péricornéenne du malade, pour les nouer ensemble avec l'autre extrémité du fil

que j'avais insinué dans le pli conjonctival de transition. Ayant répété ces mêmes points de suture de l'autre coté toute la partie inférieure de la greffe restait couverte également par la conjonctive artificiellement enflée et se trouvait par là en condition de pouvoir subir elle même d'une manière uniforme les effets avantageux d'un méthodique bandage compressif et de pouvoir résister sans déplacement aux inévitables contractions des muscles palpébraux. Or donc, le résultat de cette bien simple modification fut d'abord que la soudure des marges de la greffe réussit tout à fait complète à ce point que sur un angle du segment inférieur il se vérifia durant le procédé d'adhésion un progrès si luxuriant de la conjonction sur un brin de sclérotique qui faisait partie de la greffe que l'on fut obligé de l'exciser. En outre la cornée implantée, quoiqu'elle ne conservât que durant les 10 premiers jours sa convexité normale; parceque sa partie périphérique avait fait adhérence avec la superficie decortiquée et sanguinolente de l'ancienne et profonde cicatrice leucomateuse et s'était aussi couverte superficiellement de minuscules vaisseaux; cependant tandisque dans le premier mois elle était légérement affaissée et de couleur gris-bleuâtre, elle devint ensuite de plus en plus transparente au centre et à la partie supérieure.

Après de tels résultats, tu conviendras toi même, que j'avais un motif suffisant de soutenir ce que j'ai dit précédemment, savoir, que même lorsque se produit l'adhésion partielle de la surface postérieure de la greffe aux parties décortiquées de la cicatrice, il ne s'ensuit pas que doive nécessairement se vérifier l'oblitération de la brèche placée devant la cicatrice, en second lieu que quand par cette brèche il peut se produire un courant, même faible, d'humeur aqueuse, celui-ci suffit non seulement à empêcher l'obstruction de cette brèche mais à rétablir encore et à maintenir la transparence au moins dans la zone de la cornée greffée qui git devant elle.

Il est presque superflu d'ajouter que l'individu, chez le quel j'ai obtenu par la greffe cornéenne un résultat aussi satisfaisant, distingue maintenant tous les objets de quelque dimension, et même les personnes, et, si j'aurai le plaisir de recevoir une

nouvelle visite de ta part, ce sera un devoir pour moi de te le présenter.

En attendant je te salue cordialement et je me dis avec la plus grande estime

Milan, 28 août 1877.

Ton affect. Ami et Collègue

Dr JEAN ROSMINI.

ENCORE
DE LA
KÉRATO-PLASTIQUE
moyennant greffe de la cornée de lapin

Troisième lettre adressée au Noble Chev. D.r Pierre Gradenigo
Professeur d'Oculistique à l'Université R. de Padoue

par le Chev. D.r Jean Rosmini
Directeur de l'Institut Ophtalmique de Milan

Excellent Ami & Collègue.

Depuis l'époque où nous nous quittâmes après le Congrès de Florence j'avais résolu de t'écrire encore quelque chose au sujet de ma dernière opération de *kérato-plastique* couronnée d'une heureuse issue, dans le but de compléter un peu mieux la trop succinte relation que je t'en avais transmise par ma lettre qui répondait à tes observations critiques sur ma première tentative de *transplantation cornéenne*. Mais les nombreuses occupations qui absorbaient tout mon temps et l'espoir d'être en mesure par un nouveau cas pratique du même genre de donner une majeure efficacité à ce que je voulais te dire à cet égard, m'empêchèrent pendant plusieurs mois de donner cours à ma délibération.

Mais quand j'ai lu dans les *Annales d'Ophtalmologie* et dans le *Mouvement médico-chirurgical* de Naples les procès-verbaux de nos séances au Congrès susénoncé, relevant du résumé plus que laconique de nos travaux et de nos discours sur ce très important sujet, de quelle sorte l'honorable Secrétaire avait jugé convenable de condenser dans une seule phrase extrêmement inexacte la description du fait que j'avais exposé à l'assemblée, j'ai éprouvé pour mon compte le besoin de réparer

par une rectification explicite les effets décourageants de l'interprétation erronée donnée par cette phrase à mes paroles. Ne voulant pas d'autre part soulever moi aussi, comme le fit l'insigne prof. Morano, pour une semblable raison, une polémique désagréable avec notre aussi irritable que docte collègue de Naples, j'ai pensé que j'atteindrais également mon but en adressant à toi cette lettre que j'avais déjà pensé de t'écrire.

Je ne sais pas si toi, si le D.r Simi et le D.r Santarnecchi (1) aurez été satisfaits de la manière dont les susdits procès-verbaux ont résumé les discours que vous avez prononcés sur vos tentatives de *transplantations cornéennes;* je puis néanmoins assurer que mes paroles furent complètement trahies par la plume inattentive et avare de M.r le Secrétaire du Congrès.

Et pour preuve de cela il me suffirait de te rappeler les deux dernières périodes conclusives et concluantes de ma lettre du 28 août 1877 par les quelles je t'annonçais d'avoir obtenu un très satisfaisant résultat par le transport d'une entière cornée de lapin, ajoutant au procédé déjà décrit une suture spéciale destinée à maintenir d'une manière durable la partie plus basse de la greffe couverte par la conjonctive gonflée du patient afin qu'en se vascularisant cette partie de la greffe put solidement s'identifier avec la conjonctive.

" ..... *La cornée greffée,* écrivais-je, *bien que durant les* " *10 premiers jours seulement ait conservé sa convexité normale,* " *parceque sa partie périphérique ayant contracté adhérence avec* " *la superficie décortiquée et sanguinolente de l'ancienne et très* " *profonde cicatrice leucomateuse s'était couverte même sur sa* " *surface de* vaisseaux minuscules, *toutefois, pendant que le premier* " *mois elle était restée un peu affaissée et de couleur gris-bleuâtre,* " *par la suite elle devint de plus en plus transparente dans le* " *centre et la partie supérieure.....*

---

(1) Le D.r Santarnecchi de Livourne a publié la relation d'une tentative de *kerato-plastique*, qui quoique infructueuse l'a conduit à des conclusions encourageantes, qui méritent d'être prises en sérieuse considération. Voir le journal *Lo Sperimentale*, mars 1877.

" *Il est presque superflu d'ajouter que l'individu, chez le quel* " *j'ai obtenu un aussi satisfaisant résultat distingue bien main-* " *tenant, les objets grossiers et même les personnes.* "

L'honorable Secrétaire du Congrès doit certainement avoir lu ces déclarations dans la *Gazette Médicale Lombarde* du 1er septembre 1877, ou tout au moins dans l'extrait de la même *Gazette* que je lui avais adressée quelques jours avant mon arrivéc à Florence. Je ne sais donc vraiment comprendre comment il a pu les résumer dans la phrase inconcluante ou plutôt *déconcluante:* " *Dans un second cas la permanence de la cornée fut plus prolongée* (1). " Tu me diras peut-être: " le Secrétaire ne pouvait ni ne devait tenir compte au procès-verbal des choses précédemment publiées dans le journaux, mais seulement de ce qui avait été dit au Congrès, " mais alors je te rappelerai que précisément à cette occasion je répétai avec plus de développement non seulement les mêmes déclarations que je viens d'énoncer, mais que je citai les nom de divers médecins respectables de Milan et autres villes qui, dans la première semaine de septembre, pendant le Congrès des médecins communaux, eurent à en constater la véridicité et parmi lesquels il me souvient d'avoir cité le D.r Bertani, député au Parlement, le D.r Ceccarelli, chirurgien en chef de l'Hôpital de Rimini, et plusieurs autres qu'il serait trop long d'énumérer. Je te rappelerai enfin d'avoir terminé en déclarant que la veille de mon départ pour Florence, soit quatre mois environ après l'opé-

---

(1) Voici les phrases presque télégraphiques par lesquelles le prof. Del Monte résuma dans le procès-verbal la relation que je fis au Congrès de mes trois expérimentations de *kérato-plastique.* — " Le sociétaire Rosmini rap- " pelle à ce sujet une de ses publications et raconte les particularités du " cas déjà publié qui se réduisent aux suivantes: Perception quantitative " de la lumière, manque de chambre antérieure. Le lapin préparé par Gra- " denigo, les ptéryges produits disparaissent après quelques jours. — Ne " voulant pas cependant renoncer à la tentative il exporte toute la cornée " avec la conjonctive environante. — La cornée vécu quelque temps puis se " troubla en s'effeuillant. — *Dans un second cas la permanence de la cornée* " *fut plus prolongée.* " (Voir *Annales d'Ophtalmologie,* VI année, liv. IV, pag. 675.)

ration, mon malade possédait non seulement intactes la conjonctive et la cornée greffée, mais conservait encore un degré de perception suffisant pour lui permettre de distinguer la forme et l'éventuel mouvement des doigts et des objets un peu gros, ce qui me laissait un grand fondement d'espoir, que, en continuant avec insistance l'usage des poudres et des pommades ophtalmiques, je réussirais à augmenter et rendre plus lucide la transparence de la portion de cornée greffée qui n'avait pas contracté une adhérence tenace avec la cicatrice cornéenne préalablement décortiquée du malade.

Il était permis à l'honorable Secrétaire d'accorder la foi négative di S. Thomas à ces déclarations explicites, mais il ne pouvait pas croire de les avoir fidèlement résumées dans la phrase ambiguë que j'ai citée plus haut. Il n'était possible en effet d'en conclure si ce n'est que tandis que dans mon premier cas d'opération la cornée *était restée vivante pendant 22 jours, puis qu'elle se troubla en s'écaillant*, dans le 2e cas la permanence de la membrane greffée devait s'être prolongée quelques semaines en plus pour subir enfin le même sort que la précédente. — Moi, au contraire je puis t'assurer que même aujourd'hui les conditions oculaires de l'individu en question, quoiqu'elles n'aient pas obtenu les améliorations ultérieures que j'en espérais, se conservent cependant, dans l'état que j'ai succintement décrit dans la première lettre que je t'adressais, de telle sorte que ce matin même j'ai pu présenter mon sujet à l'illustre prof. Paul Gorini qui s'est montré extrèmement satisfait de ce qu'il lui a été permis de constater personnellement.

Toutefois j'éprouve le besoin de te donner ici maintenant quelques détails assez intéressants sur ce même cas et que j'avais omis par briéveté dans ma première description; je pourrai de la sorte répondre aussi à quelques observations qui me furent adressées au Congrès par l'estimable D.r Pierd'houy.

Je dois avouer en premier lieu que si l'œil, sur lequel j' ai cru devoir opérer la *kérato-plastique*, présentait en lui même toutes les conditions que tu qualifies comme des signes indicatifs de cette opération, il n'y aurait pas eu cependant nécessité

absolue de l'exécuter parceque l'individu jouissait encore d'un discret degré de vue à l'œil droit quoiqu'il y eu subi trois iridectomies, ainsi que l'extraction du cristallin cataracteux. Au contraire, si le malade même n' eut pas insisté plusieurs fois pour que je tente une opération quelconque sur le gauche qui était pour lui une dégoutante difformité souvent très tourmentante et dont il se serait volontiers délivré même au prix de sacrifier le bulbe, peut-être n'aurais-je pas choisi cette occasion pour ma troisième tentative de *transplantation cornéenne.*

D'autre part, comme dans cet œil aussi il y avait permanence de perception visuelle lorsqu' il l'abaissait fortement, parceque dans sa partie plus haute la cornée possédait encore un petit segment transversal transparent, derrière lequel une iridectomie avait été exécutée plusieurs années auparavant, je n'aurais pas, certes, tenté une opération d'effet problématique, qui pouvait éventuellement faire perdre à cet œil le peu de faculté visuelle qui lui restait, si je n'avais pensé que, même en cas de possible catastrophe, il serait néanmoins resté à mon patient la ressource d'un peu de vue dans l'autre œil.

On m'a observé que sans avoir recours à la *kérato-plastique* j' aurais peut-être pu améliorer les conditions de mon malade en me limitant à exécuter une ténotomie du muscle droit supérieur pour déplacer l'œil vers le bas et rendre ainsi plus utile le segment de cornée resté transparent et le colobome irien qui y correspondait.

Je ne nierai pas le rationalisme théorique de cette observation, mais je puis néanmoins répondre à l'appui de quelques faits pratiques, que lorsque les conditions spéciales d' une opacité cornéenne forcent à exécuter une pupille artificielle correspondante au segment supérieur de la cornée, si l' autre œil est aveugle ou détruit, celui qui fut opéré est guidé par l'instinct à se diriger vers le bas et peu à peu l'habitude fait prévaloir l'énergie du muscle droit inférieur en confrontation à celle du muscle supérieur qui devient insuffisante, et cette mutation des rapports musculaires suffisent à rétablir l'exercice de la vision malgré la position excentrique de la pupille artificielle sans qu' il soit nécessaire de recourir à la ténotomie du muscle droit

supérieur. Quand au contraire les deux yeux possèdent encore un certain degré de faculté visuelle, mais contrastent entre eux par la position de la pupille normale ou artificielle, ou pour m'exprimer plus clairement, si l'un possède la pupille dans les conditions normales ou un colobome artificiel vers le bas, tandisque l'autre a subi une iridectomie vers le haut, si l'on veut exécuter une ténotomie pour rendre les deux pupilles parallèles, on arrive bien difficilement à mettre en parfait équilibre les deux axes optiques, ce qui détermine nécessairement la diplopie, qui, par le désagrément qu' elle produit, au lieu de permettre au muscle tranché de se rendre insuffisant en comparaison de son antagoniste, éveille en lui des contractions exagérées, dont le dernier résultat est de ramener le bulbe dans sa position primitive, annullant de la sorte les effets de l'opération subie.

Ce furent ces considérations qui me firent préférer la tentative radicale d'une *kérato-plastique* au palliatif temporaire d'une simple ténotomie.

En outre on m'a observé que j'ai omis dans ma description d'indiquer si dans l'œil de mon sujet, derrière la large cicatrice leucomateuse, il y avait ou non le cristallin transparent ou cataracteux. A cette trop juste observation je ne puis à moins que de répondre, que si la largeur de la tache cicatricielle, qui, comme je l'ai dit, occupait les quatre cinquièmes de la cornée, me laissait à cet égard dans l' incertitude, une circonstance pourtant me faisait croire que le cristallin était sorti pendant la formation de la kératite ulcéreuse qui s'était éteinte avec la production de la susdite cicatrice leucomateuse. — De fait, en faisant incliner le bulbe vers le bas, on voyait à travers la petite portion transparente de la cornée un menu carré de l'iris échappé à l'iridectomie, qui adhérait par son bord inférieur à la partie postérieure et quasi centrale de la cicatrice.

Il était permis d'inférer de là que ce déplacement de l'iris avait été l' effet et était conséquemment l' indice actuel de la luxation survenue et de la sortie successive du cristallin.

Si sous ce rapport les choses étaient ce qu'elles me semblaient, on avait, d'après mon opinion, un motif de plus pour se décider à tenter la *kérato-plastique* et poure spérer de rencontrer moins

d'obstacles en l'exécutant et partant de meilleurs résultats consécutifs.

Enfin on m'a observé que je n'avais pas indiqué, avec assez d'exactitude, l'acuité visuelle de l'œil opéré avant et après l'opération, mais à cela je puis répondre, que dans le cas concret, vu la grandeur spéciale et la densité de l'opacité cornéenne il était absolument impossible de préciser par des formules mathématiques ou par les données positives de l'optométrie le quantitatif du visus et l'extension ou la limitation de la sensibilité rétinique. Par suite il me semblait de m'être exprimé assez clairement en disant *presque aveugle* l'œil en question parce que, avec un colobome artificiel de l'iris très limité correspondant à la zône de cornée qui dans l'exercice ordinaire de la vision est habituellement couverte par la paupière supérieure, il ne pouvait jouir de quelque perception visuelle que lorsqu'il était incliné dans une certaine mesure vers le bas. Il me semblait en outre de n'avoir dit ni trop ni pas assez en affirmant qu'après l'opération la zône de cornée greffée correspondant à la brèche prédisposée dans la cicatrice cornéenne de mon malade était devenue de plus en plus transparente dans le centre et dans la partie haute de manière à permettre à l'individu de distinguer les doigts et les objets un peu gros sans le contraindre comme avant l'opération à diriger fortement le bulbe vers le bas. Et si, après, tout on m'opposait que l'avantage procréé à mon malade par le moyen de la *kérato-plastique* a été bien peu de chose, parce qu'avant comme après il est mieux servi par l'œil droit quoique opéré une fois de la cataracte et plusieurs fois d'iridectomie, je répondrais que la réussite en ce cas de la soudure de la greffe et la conservation partielle de sa transparence donne motif suffisant pour espérer qu'une semblable opération pourra devenir une ressource inestimable pour les individus qui auraient les deux yeux dans des conditions analogues ou semblables à celles que présentait mon malade dans l'œil gauche seulement.

Il est évident qu'être tirés d'une cécité absolue sera pour ces malheureux un grand confort même au cas où le degré de vue qu'ils retrouveraient ne leur permit ni de lire ni de travailler.

Maintenant que j'ai répondu aux objections qui me furent adressées au Congrès, je reviens sur mes pas pour te décrire un peu plus minutieusement le mode par lequel je procédais à l'exécution de ma troisième épreuve de transplantation cornéenne. — Encouragé par les résultats initials, quoique temporaires, à deux reprises obtenus chez le premier individu sur le quel j'avais tenté la *kérato-plastique* dans des conditions bien moins favorables, je me mis en mesure de préparer l'œil du nouveau sujet selon la méthode que tu as indiquée, en lui soulevant soigneusement au moyen d'une paire de petits ciseaux émoussés toute la conjonctive sclérale depuis le pericorné jusqu'à la partie la plus reculée du bulbe; je passai ensuite à la décortication de la cicatrice et du petit segment transparent de la cornée, en enlevant de l'une toute la partie conjonctivale hypertrophiée au moyen d'une pincette et d'un petit couteau et raclant de l'autre l'épithelium et les lames plus superficielles à l'aide des mêmes instruments. Ensuite je rattachai la conjonctive sclérale, précédemment soulevée, moyennant trois points verticaux de suture et un transversal, à peu près comme on fait pour compléter l'opération du staphylome selon la méthode de Wecker. Enfin j'appliquai le bandage compressif de Arlt dans le but de faciliter et mieux assurer l'adhésion de la conjonctive sclérale à la surface décortiquée de la cornée et de la cicatrice. Ayant enlevé 48 heures après le bandage, quoique je reconnusse que l'effet en était déjà en partie obtenu, je jugeai opportun, après avoir levé les points de suture, de le replacer et le maintenir pendant quelques jours encore afin de consolider majeurement l'adhésion.

Dix jours après l'opération que je viens de décrire, après le narcotisme du patient, je déplaçai de nouveau par dissection la conjonctive légèrement enflée de ses récentes adhérences avec la cicatrice cornéenne et de toute la superficie scléroticale, et à peine vis-je cesser le dégouttement sanguin provenant des villositée vasculaires néoformées, qui donnaient à toute la superficie cicatricielle et cornéenne un aspect uniforme, j'exécutai avec la pointe du kératotome un limbe triangulaire irrégulier dans le centre de la cicatrice, et l'ayant saisi avec une pincette

je le tranchai d'un coup de ciseaux, remarquant immédiatement que derrière ce limbe se trouvait cette petite frange de tissu iridé dont j'ai fait ci-dessus mention, ce qui nous rendait sûr que la brèche faite avait intéressé toute l'épaisseur de la cicatrice. En effet il en sortit d'abord un peu d' humeur limpide absolument semblable à l'aqueuse, puis se montra une petite bulle brillante plus dense, qui évidemment était une petite hernie de l'humeur vitrée et qui nous confirmait l'absence présomptive du cristallin.

Ayant ainsi préparé le bulbe je passai immédiatement à l'introduction de la greffe d' une entière cornée de lapin vivant, munie de sa respective conjonctive bulbaire et de quelques brins de sclérotique ayant soin d'introduire sous la conjonctive du malade les extrémités conjonctivales de la greffe, comme dans les deux précédentes expériences du même genre, afin que ces limbes se ravivassent en se soudant avec les deux pages et la marge pericornéenne de la conjonctive elle même fortement enflée par l'inflammation artificielle adhésive et par la récente incision. Mais comme il m'était arrivé d'observer dejà que la portion plus basse de la greffe ne pouvant être maintenue durablement couverte par la conjonctive sclérale de l'infirme ne réussissait ni à se vascularisèr ni à s'identifier avec elle, je pensai qu'avec deux fils de soie seuls, préalablement disposés dans le segment conjonctival inférieur du morceau à greffer, on pourrait exécuter une suture suffisante pour obtenir que même la partie inférieure de la greffe restât également couverte par la conjonctive artificiellement gonflée et restât par conséquent en condition de pouvoir subir d'une manière uniforme les effets avantageux d'un bandage compressif méthodique, et de pouvoir résister sans déplacement aux inévitables contractions des muscles palpébraux.

Le fait a prouvé que mes prévisions n'étaient pas illusoires puisque la soudure des marges de la greffe moyennant la vascularisation est réussie complète et même sur un angle du segment inférieur on vèrifia durant le progrès adhésif une si luxuriante végétation conjonctive chez le patient sur un brin de la sclérotique qui faisait partie de la greffe qu'il fut nécessaire d'en faire l'excision.

Dans ce cas encore la cornée greffée, qui au moment de l'implantation apparaissait un peu ridée et par suite plus opaque qu'elle ne l'était aussitôt sortie de l'œil du lapin avait repris, lorsqu'on enleva l'appareil compressif 48 heures après, sa normale convexité et une transparence suffisante pour distinguer le point noir de la brèche faite deux jours avant au beau milieu de la cicatrice leucomateuse du malade. Le déplissement opéré dans la nouvelle cornée, la conservation de sa convexité pendant 10 jours ne pouvaient s'expliquer sinon en admettant que la sécrétion de l'humeur aqueuse continuât en suintant dans la nouvelle chambre artificielle à travers la brèche prédisposée dans la cicatrice cornéenne.

Cependant comme le coté postérieur de la cornée implantée s'appuyait sur un tissu abondamment vascularisé ed avivé à plusieurs reprises par la coupure, il était naturel qu'elle dût subir une graduelle rétraction et l'adhésion successive à ce tissu et consécutivement une limitation pour la récolte de l'humeur aqueuse.

L'affaissement survint en effet ainsi que l'adhérence d'une bonne partie de la greffe à la cicatrice placée au dessous, au lieu de la décoloration en jaune et de l'effeuillement des éléments de la greffe qui s'étaient vérifiés dans mes deux premières tentatives de *kérato-plastique,* mais quand je m'y attendais le moins je notais que la zône de cornée correspondant à la partie préalablement perforée de la cicatrice se faisait toujours plus transparente. Je sentis en moi une nouvelle animation et je mis main à ces remèdes locaux dont on se sert d'habitude dans les traitements des taches et des voiles cornéens, alternant les insufflations de la poudre de calomel à l'usage de la pommade de Pagensketer. Par ces moyens je parvins à un éclaircissement ultérieur du centre et de la partie haute de la greffe qui permettait d'observer un discret espace noir de pupille sans même s'approcher trop de l'œil du patient et sans que celui-ci fût obligé comme devant de baisser fortement le bulbe pour distinguer parfaitement les objets d'un certain volume, surtout en les regardant le dos tourné à la source de lumière.

De tels résultats qui se conservent encore aujourd'hui intacts.

me permettent de soutenir que, même lorque se vérifie le cas d'une adhésion plus ou moins intense de la surface postérieure de la greffe cornéenne aux parties décortiquées de la cicatrice, il n'est pas dit que si le morceau cornéen transplanté ne se lie pas exactement avec la brèche de la cicatrice même celle-ci doive de nécessité s'oblitérer, tandis qu'au contraire s'il arrive qu' il puisse se déterminer un courant, même faible, d' humeur aqueuse cela peut suffire non seulement à empêcher l'obstruction de la brèche, mais encore à rétablir et conserver la transparence au moins dans la zône de la cornée implantée qui lui fait face. Tu as soutenu au Congrès une idée, sinon contraire, en partie au moins différente de la mienne, mais, si je ne me trompe, les résultats négatifs de tes essais de transplantation cornéenne n'ont pas servi à justifier en pratique ta pensée qui, en ligne théorique, est excessivement juste, et ont, non diminué mais augmenté la valeur des objections que je me permis de faire à tes idées pour répondre à celles que tu faisais aux miennes.

Je t'observai alors que, *si,* comme tu le conseilles, *le morceau de cornée à greffer est très petit et en outre très ferme et soutenu par une muqueuse épaisse et vascularisée,* je croyais moi aussi, *qu'il pourra se faire,* comme tu l'assures, *qu'on donne au trou dans l'œil humain une mesure très petite et exactement proportionnée à la grandeur de la greffe animale. Mais que celle-ci puisse être enserrée, come dans une niche par la cornée rendue opaque* ou par les marges du trou y pratiqué et qu'à la conserver dans une semblable position puisse servir avec efficacité l'action centrifuge des 10 ou 12 points de suture destinés à réunir la conjonctive du lapin à celle du patient, combinée à l'action centripède d'un bandage méthodiquement compressif, c'était là une chose, à mon avis, sinon impossible bien sûr très difficile à obtenir.

J'ajoutais encore que même en réussissant à obtenir cet enchâssement de la petite zône de cornée animale il me semblait que l'introduction de la *partie muqueuse épaissie et vascularisée de la greffe animale sur la cornée ou pseudo-cornée sanguinolente* devait déterminer une spéciale exagération du gonflement vasculaire apte par elle seule à faire tomber la portion cornéenne

de la greffe et provoquer en elle ou sur elle une vascularisation ou une condensation équivalentes par leurs effets à l'entière obstruction ou cicatrisation que tu pretendais devoir infaillablement survenir dans le trou exécuté à l'œil humain, quand, comme dans le procédé que j'ai adopté, il est plus petit que la cornée animale implantée.

A ces objections de ma part tu n'as pas répondu dans les séances du Congrès, découragé probablement par la froideur avec la quelle fut accueillie et traitée une semblable question par la majeure partie des collègues intervenus à la réunion, mais les résultats trop temporaires que tu dis d'avoir obtenu de l'application de ton procédé de *kérato-plastique* équivalurent, je crois, à une preuve que mes objections n'étaient pas sans fondement.

Après tout cependant je n'hésite pas à déclarer que d'après les faits observés dans mes trois expérimentations de transplantation cornéenne je fus induit dans la conviction qu'en combinant, et, je dirai presque, en *greffant* la méthode que tu enseignes avec celle que j'ai mis en usage on devrait aboutir facilement à des résultats plus complets et plus satisfaisants. Et de quelle manière je te le dirai de suite. Je voudrais, par exemple, conserver non seulement ta manière de préparer l'œil du sujet, mais aussi celle d'encadrer la cornée du lapin avec des ptéryges artificiels, mais au moment de la mise en place de la greffe, au lieu de sacrifier la partie de la cornée de l'animal munie des ptéryges en l'exportant je la laisserais intacte pour m'en servir comme base de soudure sur la cicatrice sanguinolente du patient ayant soin de faire correspondre la zône transparente du morceau greffé vis à vis de la brèche prédisposée dans la cicatrice même.

De telle sorte l'épaisseur de la portion de cornée couverte par les ptéryges contribuerait, selon moi, avec beaucoup d'opportunité à constituer entre la zône transparente de la greffe et le trou de la cicatrice un véritable espace de chambre artificielle et à établir par suite un discret courant d'humeur aqueuse très utile pour le maintient de la vitalité et de la transparence dans la partie centrale du morceau de la greffe.

Ensuite au lieu des nombreux points de suture que tu emploies pour réunir la conjonctive du lapin à celle du patient, je ne ferais qu'insinuer en haut et latéralement la conjonctive du morceau de greffe sous celle du patient gonflée artificiellement à plusieurs reprises, et je me bornerais à appliquer deux points de suture aux deux cotés de la partie conjonctivale inférieure de la greffe pour contraindre encore ici la conjonctive du patient à couvrir celle du morceau implanté, abandonnant ensuite à un bandage régulier le soin d'accélérer et assurer l'adhésion complète de la greffe animale aux tissus propres de l'œil opéré.

Je me proposerais de mettre à l'épreuve cette nouvelle modifications de ton procédé et du mien en fait de *kérato-plastique* à la première occasion proprice qui me serait offerte, mais, comme malheureusement je n'ai jamais pu jusqu'ici réussir à obtenir la préparation des ptéryges artificiels sur la cornée du lapin je te serais vraiment bien obligé si tu me facilitais le moyen de mettre en pratique mon idée en me faisant la courtoisie que tu n'as pas refusée à notre collègue Simi de Florence, de m'envoyer un lapin dont tu aurais préparé la cornée.

Je ne perds pas courage à la suite des insuccès que j'ai eu comme toi, comme Secondi, De Vincentiis, Simi, Santarnecchi dans ces tentatives de chirurgie réparatrice; je ne suis pas dissuadé de les réitérer par les sarcasmes de quelques uns ou par le silence dédaigneux de certains autres, mais je suis encouragé, sans me faire illusion pourtant, par le premier résultat, quoique imparfait, que j'ai obtenu comme par les paroles bienveillantes et pleines d'excitation par lesquelles le prof. Schöler et le prof. Hirschberg de Berlin ont dernièrement résumé ce que j'ai écrit sur cet important argument (1).

Je t'aurai peut-être ennuyé avec ce long verbiage, mais pour te remettre en bonne humeur je veux le terminer par les pa-

---

(1) Voir: *Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augen-Klinik* von dott. H. Schocler, Docent an der Universität zu Berlin im Jahre 1877. Voir: *Centralblat für praktische Augenheilkunde herausgegehen,* von dott. Hirschberg Privat Docent der Augenheilkunde an der Universität Berlin. August, 1877.

roles fort sensées qui sont la clôture d'une communication sur le même sujet du D.r Santarnecchi de Livourne.

« Il est impossible de formuler un jugement sur un seul cas « et il serait exhorbitant que par suite d'un premier insuccès « on dût absolument renoncer à l'éspérance, qu'un jour à force « de modifications ou de nouvelles tentatives, on puisse par- « venir à soulager ces malheureux qu'il est désolant de voir « victimes d'une cécité absolue par cause de l'opacité de la « cornée, tandis qu'ils possèdent encore un appareil sensitif et « apte à transmettre et à fonctionner normalement si les rayons « lumineux pouvaient se frayer une voie jusqu'à lui.

« C'est dans ce but que j'ai publié cette observation, heureux « si les oculistes voudront encore étudier la question et tenter « de nouveau ce qui, si l'on arrivait à un heureux résultat, « serait un des plus grands bienfaits dont l'humanité pourrait « se réjouir. »

Applaudissant à ces belles paroles je n'ajoute pour toi qu'une cordiale poignée de main et te souhaitant les meilleures prosperités je me proteste

Milan, Septembre 1878.

Ton affect. collègue et ami

D.r JEAN ROSMINI.

ENCORE

DE LA

KÉRATO-PLASTIQUE

moyénnant greffé de la cornée de lapin

Quatrième lettre adressée au Noble Chev. D.r Pierre Gradenigo
Professeur d'Oculistique à l'Université R. de Padoue

par le Chev. D.r Jean Rosmini
Directeur de l'Institut Ophtalmique de Milan

20 Mai 1889.

Mon très cher Ami,

Si en feuilletant le *Bulletin d'oculistique* de notre ami Simi le hazard a mis sous tes yeux les correspondances que j'ai publiées dans ce journal sur le dernier Congrès international d'ophtalmologie qui a eu lieu à Heidelberg, et au quel tu as eu tort de ne pas intervenir ainsi que la plus part des oculistes italiens, il ne te sera pas échapé surément de voir ce que j'écrivais dans ma seconde correspondance au sujet de la *kérato-plastique*. Toi, qui le premier encouragea en Italie l'audacieuse autant que raisonnable tentative de chirurgie réparatrice, en proposant à la peu nombreuse et timide assemblée des oculistes, réunis en 1876 à Turin, une méthode spéciale et fort rationnelle pour l'exécution de cette importante opération, tu dois avoir observé sans doute dans mon article deux choses qui t'auront satisfait doublement, comme un sincère ami d'abord, et ensuite en qualité de savant artiste. La première c'est la déclaration solemnelle que je fis à la susdite réunion, savoir que ma troisième expérience de *kérato-plastique* obtint un résultat non seulement immédiat et satisfaisant, mais que ce même résultat, malgré les prévisions et les dire contradictoires de nos collègues assemblés à Florence en 1877, s'est maintenu, et se maintient encore douze ans après que l'opération de *kérato-*

plastique a été exécutée. Et que cette affirmation soit d'une exactitude mathématique quiconque pourra le constater en se rendant à la ruelle S. Charles, N. 4, où demeure maintenant le nommé Poggi Louis qui est le sujet de ma 2e et de ma 3e lettre sur la *kérato-plastique* que je t'avais adressées et qui furent publiées dans notre *Gazette médicale* (1).

L'autre chose c'est la déclaration du D.r Hippel que j'ai rapportée, fidèlement conforme à ce que toi pour le premier tu as dis et démontré, savoir que l'on peut obtenir de la *kérato-plastique* les avantages convoités en greffant une petite portion de cornée transparente chez l'homme préparé par une couronne de trépan chargée de disposer antécedemment une brèche régulière dans la pseudo-cornée cicatricielle de l'homme, et d'extraire ensuite d'une cornée saine de lapin, une égale portion de cornée pour l'introduire immédiatement dans la brèche prédisposée dans l'épaisseur de la cicatrice cornéenne de l'homme. Bien plus, je n'ai pas manqué de faire observer au prof. Hippel, lorsqu'il me faisait la description du système qu'il emploie avec succès, que le fait dont il parlait, tu l'avais vérifié toi pour le premier et soutenu même contre mes oppositions et mes doutes. Je n'ai pas négligé d'ajouter comme quoi la majeure complication des procédés que tu emploies, c'est à dire la double préparation de l'œil humain et de celui du lapin était pleinement justifiée par une conception rationnelle qu'il était impossible de méconnaître. Il en convint effectivement, mais m'assura en même temps que par sa méthode plus simple et plus facile à exécuter il était également possible d'arriver au but désiré, aujourd'hui surtout où par les ressources de l'*antisepsie* d'un coté, celles de l'*anesthésie* cocaïnique de l'autre il était permis et même aisé d'accomplir certaines opérations que jadis, sans ces ressources, on aurait pu appeler *hazards irrationnels*. Un telle assurance m'était confirmée par plusieurs des oculistes présents au Congrès et par le D.r Brettauer de Trieste entre autres, qui avaient pu l'année précédente, à la réunion d'Heidelberg voir un des deux

(1) Voir *Mes lettres sur la kérato-plastique.* — *Gazette médicale italienne de Lombardie,* 20 avril et 1er septembre 1877 et 7 août 1878.

sujets chez le quel la *kérato-plastique* exécutée par Hippel avait été couronnée d'un succès tellement complet à permettre aux patients de distinguer les objets grossiers et même de lire à la distance habituelle les caractères N. 10 de l'échelle de Jaeger.

Je t'avoue que conséquemment à ce fait je devins fort désireux de me trouver en présence d'un cas qui me permit d'opérer une *kérato-plastique* selon la méthode de l'ophtalmologue de Giessen. Le cas ne tarda pas à m'être offert par une malheureuse femme devenue aveugle consécutivement à la vérole par vastes taches cicatricielles adhérentes des deux cornées, la quelle bien que débilitée, même dans sa constitution générale, par cette maladie, nourrissait néanmoins un grand désir de se soumettre à une telle tentative d'opération parce qu'elle conservait dans les deux yeux une assez claire perception de la lumière et du mouvement des objets qu'on agitait devant elle.

J'étais encouragé à tenter l'opération selon la nouvelle méthode susdite par la circonstance qu'un an avant j'avais pu constater dans un autre cas de *kérato-plastique* comme quoi l'antisepsie possède l'efficacité de contribuer au maintient d'une certaine vitalité dans le tissu cornéen greffé, c'est-à-dire à lui conserver pendant plusieurs jours sa transparence normale. Dans tous les autres cas exécutés précédemment sans le secours de l'antisepsie, la vitalité et la transparence de la cornée avaient été de courte durée et fort incomplètes, et parce que, même dans le cas très réussi de Louis Poggi, le retour de la transparence de la cornée greffée n'avait pas été immédiat, mais successif, et s'était limité à la petite partie correspondante, à la brêche préparée dans la cicatrice cornéenne du patient, tandis que tout le reste de la cornée du lapin implantée en entier sur la cicatrice cornéenne de l'homme, préalablement décortiquée s'était entièrement confondue avec elle en perdant nécessairement toute transparence.

Le cas au quel je fais allusion se rapporte à un pauvre aveugle des deux yeux à la suite d'une grave ophtalmie blennorrhagique qui avait déterminé dans l'œil droit la phtisie complète du bulbe, tandisque dans le gauche elle avait laissé un vaste leucome cicatriciel applati, autour du quel existaient encore quelques

résidus de cornée en apparence normale. Dans cet œil il y avait persistance d'une évidente perception de la lumière et des ombres des objets en mouvement, et c'était là la seule circonstance qui m'encourageait à consentir au vif désir du patient de se soumettre à une tentative de *kérato-plastique.*

Il n'était pas facile de pratiquer l'opération sur un tel individu, par le motif qu'un continuel nystagmus oscillatoire concomitant lui rendait impossible de tenir l'œil tranquille durant les phases de l'opération et au surplus parce que l'on pouvait facilement prévoir que le même inconvénient formerait un grave obstacle à l'adhérence de la greffe dans la brèche du leucome, ce que nous voulions exécuter avec l'entière cornée d'un jeune lapin munie de toute sa conjonctive sclérale.

Malgré tous ces inconvénients, après avoir préparé l'œil à opérer selon la méthode que tu as conseillée, je me mis en mesure, dix jours après, d'exécuter l'implantation de la greffe de la manière décrite dans ma seconde lettre sur la *kerato-plastique,* avec la seule différence que pour faire la brèche sur le centre de la cicatrice cornéenne je me servis du trépan au lieu du *kératotome* et des petits ciseaux employés dans les cas précédents, et que, entre un acte et l'autre de l'opération, je fis d'abondantes irrigations de sublimé corrosif (1 p. 3000) terminant enfin la médication avec une copieuse insufflation d'iodoforme finement porphyrisé à l'electrolise et un bandage méthodiquement compressif. Hé bien, la particularité qu'il me fut donné d'observer dans ce cas, bien qu'ayant attendu quatre jours à lever le bandage, fut que la cornée entière du lapin était encore parfaitement transparente quoique sur le bord inférieur elle fut déjà quelque peu plissée, parce que le mouvement oscillatoire continu du nystagmus avait, comme on ne le prevoyait que trop, empêché la coalescence de cette portion de la greffe, tandisque dans le haut et sur les cotés elle avait pris pied parfaitement.

Le résultat final au contraire fut entièrement négatif, mais malgré cela la parfaite lucidité restée dans la cornée greffée pendant plus de quatre jours, fait que j'attribue eclusivement à l'influence de l'antisepsie, me convainquit que ce n'était pas le cas de perdre courage, mais de retenter l'épreuve à la pre-

mière occasion avec une portion seulement plutôt qu'avec la totalité de cornée et de conjonctive, conformément à ta première idée qui fut ensuite adoptée par la pluralité des oculistes, qui, avec plus ou moins de succès, renouvellèrent la tentative de *kérato-plastique*.

Ce fut donc avec une joie véritable que j'appris de la bouche même du prof. Hippel que la greffe partielle de la cornée d'un lapin peut très bien faire souche et rester transparente sans être unie à une plus ou moins grande partie de conjonctive et même sans être fixée par aucune suture.

Par suite de cela je n'hésitai pas à tenter l'épreuve de la méthode Hippel sur la femme aveugle par suite de vérole, bien que ses conditions générales fussent loin d'être encourageantes. Et maintenant je m'empresse de te dire en toute sincérité comment les choses se passèrent. Le maniement et l'application du trépan de Bowman ne fut pas certainement chose très facile, d'abord sur la cicatrice cornéenne de la malade et ensuite sur la partie de cornée du lapin que je voulais extraire pour la greffer dans la brèche préalablement exécutée, mais j'ai néanmoins la satisfaction de t'assurer qu'après avoir enlevé le bandage une première fois quatre jours après l'opération et surtout lorsque je le fis une seconde fois le septième jour après l'implantation du lambeau de cornée; ce dernier conservait encore sa transparence normale et la malade assura d'avoir vu ma main, ma figure et même mes lunettes pince-nez avec la chainette qui y est attachée. Malheureusement pourtant l'émotion éprouvée par la patiente à ce premier résultat qu'elle était bien loin d'espérer aussi rapide, fut telle que tout le jour elle ne fit que rire et pleurer de consolation, oubliant entièrement mes recommandations explicites de silence et de tranquillité et qu'elle avait su conserver pendant les sept premiers jours. La conséquence de tout cela fut que pendant la nuit elle souffrit de douleurs névralgiques et d'insomnie et que le matin suivant nous trovâmmes le lambeau greffé opaque et en partie détaché. Ayant ensuite mis entièrement à découvert la brèche exécutée dans la cicatrice, nous êumes pour dernier résultat une vraie panophtalmie infective assez fatigante. Ce ne fut que quelques jours

après que je reçus du prof. Hippel la relation qu'il venait de publier sur sa méthode d'exécution de la *kérato-plastique,* par la quelle il obtint un double résultat très satisfaisant. Je pense qu'il ne te sera pas désagréable que je résume ici cet intéressant Mémoire, avec la persuasion qu'il servira à rehausser ton courage et à te faire reprendre ce genre d'expériences que toi pour le premier a mis en pratique et que tu as le droit et le devoir de recommencer malgré les protestations de quelques respectables histologues qui ont le tort de trop peu respecter l'importance des observations cliniques.

La lecture de ce mémoire du prof. Hippel servit à me confirmer encore une fois dans l'idée que tu as plusieurs fois exprimée pour la réussite de la *kérato-plastique,* surtout si l'on veut l'exécuter avec un simple disque de cornée dépourvu de conjonctive, une des conditions indispensables c'est que l'œil qui doit subir l'opération conserve au moins un petit espace de chambre antérieure, comme il existait du reste dans le cas de Louis Poggi que j'avais opéré avec un résultat satisfaisant. Cette lecture m'a en outre convaincu que la spécialité du trépan imaginé par Hippel, ainsi que le mode rationnel dont il en fait l'application et sait l'adapter selon les circonstances, sont deux conditions au surplus d'une grande importance qui doivent nécessairement influer sur le résultat immédiat et successif de la *kérato-plastique.*

Je me réserve de prier cet excellent collègue à vouloir bien m'en commissionner un identique à celui dont il fait usage pour l'employer selon ses indications aussitôt qu'un cas propice se présentera à moi pour tenter cette opération délicate.

Je termine en te priant avec instance de vouloir bien me donner quelques nouvelles sur le résultat des études et des expériences que tu n'auras pas surément cessé de faire à ce sujet, et tu me donneras par là une preuve que tu n'as pas entièrement oublié celui qui est et sera toujours

Ton ami très affectionné

D.r JEAN ROSMINI.

Une nouvelle méthode de greffe de la cornée par le D.r A. V. Hippel de Giessen.

A la réunion de la Société Ophtalmologique en 1886 et 1887 j'ai présenté deux succintes communications sur une nouvelle méthode de *kérato-plastique* par la quelle j'ai pu réussir la greffe d'un morceau de la cornée d'un lapin sur l'œil humain affecté de *leucome* en conservant à cette portion de cornée sa transparence normale. Je n'ai pas cru devoir dans cette occasion faire un examen critique des précédents travaux sur ce sujet, ni une description détaillée de mon procédé ou de ses indications et de tous les accidents qui peuvent dériver de l'opération, ni non plus même un examen du procédé de guérison. Mon intention était de rèserver ces considérations en les réunissant dans un mémoire destiné à ce journal, lorsque par un plus grand nombre de transplantations au moyen de la nouvelle méthode il m'aurait été possible de répondre d'une manière satisfaisante à toutes les questions qui attendaient encore une solution. Deux motifs pourtant m'engagent à dévancer cette publication: la considération d'abord que le matériel clinique dont je dispose n'est pas assez riche pour fournir dans une période déterminée un nombre de cas suffisants qui soient aptes à une telle transplantation; en second lieu le désir de donner à mes collégues qui voudraient exécuter l'opération une description aussi minutieuse que possible sur le mécanisme technique qui m'a paru le mieux adapté. J'admets que ce mode d'opérer était sous plus d'un rapport susceptible de perfectionnement et demandait aussi quelque heureuse modification, mais je crois néanmoins nécessaire d'en conseiller l'exacte observance à tous ceux qui exécutent pour la première fois une *kérato-plastique;* ce sera le moyen le plus sûr d'éviter un insuccès.

Depuis que parut dans ce journal mon dernier article sur la transplantation cornéenne les publications sur ce sujet sont encore fort rares.

Sellerbeck rapporte un cas dans le quel après avoir établi une fistule ou une brèche cornéenne, il recouvrit la cornée greffée avec deux marges conjonctivales, decollées par le haut et par le bas a fin d'obtenir pour la réussite de la greffe des conditions meilleures que celles qui semblaient lui avoir été offertes précédemment par mon procédé. Le résultat immédiat fut très satisfaisant, mais, hélas! d'une aussi courte durée que dans mes tentatives: la puissance visuelle acquise ne fit que diminuer. Sellerbeck attribue la cause de l'insuccès à l'irritation, à la rétraction de la marge conjonctivale inférieure; elle aurait déterminé l'opacité parenchymateuse de la portion cornéenne transplantée. Des résultats tout aussi peu satisfaisants auraient été obtenus par Dürr qui exécuta dans 13 cas la greffe partielle en exportant périphériquement les couches cornéennes rendues opaques et en transplantant une

portion extraite des lamelles plus superficielles de la cornée du lapin avec la portion conjonctivale relative. La transparence se maintint plus long temps que par les méthodes précédentes, mais s'évanouit ensuite complètement.

Meelsen et Angelucci tentèrent de répondre aux questions sur la possibilité de la *kérato-plastique* au moyen d'expériences sur les animaux et par des recherches histologiques. Tout louable que soit l'essai d'appuyer et compléter par des recherches expérimentales et microscopiques les résultats des observations cliniques, il ne me semble pas qu'on puisse admettre ce que disent ces auteurs : « L'application clinique de la transplantation obtiendra « une valeur scientifique alors seulement qu'elle sera basée sur la connais- « sance des modifications microscopiques des tissus dans ce procédé. » Comme un semblable mode de voir porte sans autre à transporter sur l'œil humain malade les observations faites sur l'œil normal des animaux, et à émettre, sans une expérience clinique personnelle des affirmations qui ne peuvent avoir aucune valeur générale, de même la valeur de l'expérimentation dans la question qui nous occupe perd de sa force et l'observation clinique conserve le droit de précédence sur la microscopique, sans mériter pour autant le reproche de « procédé non scientifique. »

Les susdits auteurs condensent les résultats de leurs recherches dans les conclusions suivantes : « Dans la plus part des cas la portion cornéenne trans- « plantée est en partie détruite et le reste se trouve clos dans un tissu ci- « catriciel opaque. La réussite de la greffe avec conservation du morceau de « la cornée ne sera possible que lorsqu'il sera nourri non seulement par la « circonférence, mais encore par la superficie intérieure moyennant un tissu « sous-jacent, soit préexistant soit de nouvelle formation. » Ces observations seront très admissibles pour l'œil du chien, mais n'ont aucune valeur générale pour l'œil humain trachomateux, parce qu'à la suite de nombreuses expériences personnelles je puis affirmer nettement :

1° Qne le morceau transplanté n'est détruit qu'exceptionnellement.

2° Que la nutrition marginale du morceau transplanté suffit parfaitement à le conserver et que la production de tissu néoformé sur sa superficie postérieure forme une désagréable complication, non nécessaire, du procédé de cicatrisation, complication qui détruit fort vite tout résultat optique.

3° Que même sans de telles néoproductions de la part de l'iris le morceau cornéen greffé perd rapidement sa transparence par tuméfaction de son tissu ou par suite d'une perte plus ou moins vaste de l'épithélium.

Ces faits qui j'avais relevé depuis longtemps déjà ont été constatés par tous les auteurs qui ont exécuté des transplantations sur l'homme et ne peuvent être ébranlés par les résultats différents d'expérimentations faites sur les animaux.

Dans l'hypothèse que le tissu cornéen conserverait peut-être mieux la transparence Peschel, ainsi que le rapporte Revelli, fit la tentative de transplanter dans l'œil humain des morceaux de cornées extraites de l'œil du chien

ou de cochon. Les résultats ne correspondirent pas à l'attente: « les limbes cornéens se réabsorbèrent par la naissance de granulations. »

Ne connaissant probablement pas les vraies tentatives de Mèibaumius et les miennes pour greffer stablement dans un œil trachomateux une cornée artificielle, Martin recommande le procédé suivant qui a quelque chose de fantastique: « l'œil leuchomateux doit d'abord être tourné vers l'intérieur à 90° (!) au moyen du déplacement du muscle interne, de manière à ce que la sclérotique occupe le centre de la fente palpébrale. »

« Quinze jours après, lorsque la conjonctive a repris son état normal, j'introduis sous-conjonctivalement, dans le plan de l'œil ainsi préparé, a 6 millim., environ de la cornée, un petit appareil en or, fabriqué par M. Mathieu sur mes indications, véritable clou à large tête, demi-cylindrique percé d'une ouverture de 0.8 millim. Ce petit tube s'introduit avec la plus grande facilité et la conjonctive qui lui forme un revetement, le maintient facilement en place. Quand l'œil est habitué à l'instrument, huit à dix jours après, il ne reste plus qu'à dégager l'orifice du clou à le debarasser de son obturateur et la lumiere ne trouve plus d'obstacle pour pénétrer dans l'intérieur de la cavité oculaire. Pour opérer ce dégagement je me sers d'un galvano-cautère dont l'action est instantanée. L'opération est terminée. »

J'ai cité textuellement la description de la méthode.

Toute tentative pour implanter dans la sclérotique un instrument en forme de clou devra faillir surément de même sorte que nos tentatives précédentes pour fixer une cornée artificielle dans le leucome. Le procédé publié par l'auteur devait avant de recueillir quelque expérience à ce sujet trouver certainement bien peu d'imitateurs.

L'insuccès de toutes les tentatives faites jusqu'ici par d'autres et par moi pour résondre le problème de la *kérato-plastique* ne pouvait pas me déterminer à abandonner complètement l'étude d'une question scientifique à la quelle j'avais sacrifié temps et travaux; bien loin de là, je-me sentis poussé à scruter le motif qui déterminait d'une manière si fatale et si rapide l'opacité du morceau implanté, même lorsque la greffe avait parfaitement fait souche. Les excellentes recherches de Leber sur la transmutation des liquides dans l'œil me semblèrent renfermer la clef de l'énigme, parce qu'elles démontraient que la transparence de tissu cornéen dépend de l'intégrité de l'épithélium de la membrane de Descemet. Sa destruction détermine le gonflement et le trouble des couches inférieures du parenchyme et la chute de l'épithélium antérieur par la pénétration de l'humeur aqueuse dans le tissu. Si on répare les dommages dans l'épithélium de la membrane de Descemet, les altérations disparaissent et la cornée reprend sa transparence; si le défaut persiste le trouble se maintient. Que dans la transplantation d'un morceau de cornée les marges de la menbrane de Descemet ne se dilatent pas, qu'elles s'amoncellent toujours plus ou moins en vertu de leur élasticité, je le savais déjà par des expériences de *kérato-plastique* sur des lapins. Le liquide peut par conséquent pénétrer dans le tissu cornéen en s'infiltrant des marges de la portion cor-

néenne implantée, et le défaut du substance restant, peut s'étendre graduellement aux parties centrales d'où il résulte la perte complète de transparence.

Le résultat des observations cliniques répond parfaitement à cette hypothèse; le trouble et la tuméfaction du morceau cornéen débutent toujours par les marges et de là se propage vers le centre.

Dans de pareilles conditions il me semble que d'ultérieures tentatives dans cette voie manquent le but et je crois nécessaire une modification dans la méthode opératoire. Comme on ne peut chasser la nuisible influence de l'humeur aqueuse qu'en conservant la membrane de Descemet je fus entraîné à embrasser une idée émise d'abord par Ph. Von Walther et dont la pratique application est due a Mulhauer et Dürr et à tenter la transplantation partielle d'une manière différente de mes prédécesseurs. Toujours convaincu que l'opération ne réussit que lorsque le défaut du leucome et la portion de cornée greffée ont la même et exacte grandeur j'incisai avec le trépan que j'ai décrit dans le leucome un morceau de la largeur de 4 millim. et je l'enlevai au moyen du couteau de Graëfe, laissant en place la membrane de Descemet. Un morceau de cornée d'un diamètre égal enlevé à un chien de l'épaisseur de 1 millim. servit pour réparer le dommage produit. J'exécutai cette opération en trois fois différentes et selon le mode énoncé; chaque fois le lambeau implanté prit facilement souche, mais dès le lendemain commença à se troubler et enfin était devenu entièrement opaque au bout de quelques semaines. Comme dans ces cas il était impossible d'attribuer l'insuccès à l'humeur aqueuse, je supposai que cet insuccès dérivait de quelque lésion du tissu pendant l'extraction des couches superficielles de la cornée, c'est-à-dire qu'il fut la conséquence d'une kératite traumatique. Je crus qu'il me serait possible de l'éviter en me servant d'une cornée plus mince permettant de transplanter sur la membrane de Descemet de l'œil humain un morceau découpé de toute son épaisseur au moyen du trépan. La justesse de cette supposition fut démontrée par la première opération exécutée selon cette méthode et du résultat durable de la quelle j'ai fait part aux collègues réunis a Heidelberg en leur présentant la patiente.

J'affirmai dans cette occasion que naturellement ma méthode n'était point praticable dans les cas de leucome totalement adhérent; par conséquent Adamück dans sa récente publication ne nous apprend absolument rien de nouveau en constatant encore une fois ce fait. Le mérite d'originalité fait également défaut dans ses tentatives de *kérato-plastique* avec des cornées de poulet, dont, comme chacun sait, fit inutilement usage Dieffenbach. Quiconque peut facilement s'imaginer que les opérations d'Adamück n'obtinrent aucun résultat, parce que la brèche dans le leucome ne coincidait pas avec la largeur du lambeau transplanté, bien plus on dut encore l'élargir au moyen des ciseaux ou du bistouri: il suffit d'avoir employé un peu plus de temps à l'étude de cette question que ne l'a fait Adamück. « Dans deux de ces cinq cas il survint la suppuration de l'œil, dans les trois autres le décours de la

guérison fut régulier et l'état consécutif de l'œil était tel que nous fummes involontairement conduits à affirmer qu'on devait par cette voie aboutir aux résultats désirés. » Une affirmation pareille me semble un peu risquée, parce que les malades d'Adamück ne restèrent pas en observation plus de 6 a 8 semaines, et tous les auteurs qui s'étaient occupés précédemment de tentatives de transplantations de cornées entières (Kônigs, Hofer, Power, Rosmini et moi) arrivèrent au concordant résultat que les cornées, même après une implantation complètement réussie, deviennent toujours troubles et rétractées. Par conséquent tant qu'Adamück n'apportera pas à l'appui de son procédé des arguments plus solides que ceux de sa derniere publication il est difficile qu'il trouve des imitateurs.

Enfin dans une courte notice Boucher parle de la méthode de *kérato-plastique* que j'ai recommandée.

Tout en convenant que l'on peut par ce moyen parvenir au but jusqu'ici vainement poursuivi il lui refuse néanmoins la mise en pratique par suite der difficultés techniques et par l'insuffisance des instruments que j'emploie. Boucher demande avant tout une indication précise, c'est à dire quels sont les cas de leucome qui se prêtent à une trépanation et ceux qui n'en sont pas susceptibles; puis il demande la construction d'un instrument qui permette d'exporter les minces couches du leucome et de pénétrer ainsi graduellement jusqu'à la membrane de Descemet. — Tant qu'on ne sera pas arrivé à ces conditions il ne peut considérer ma méthode que comme le point de départ d'ultérieures recherches. Il est bien évident que je suis loin de nier de possibles améliorations de mon système, mes communications en font foi ainsi que mes efforts pour faciliter le mécanisme technique moyennant des modifications du trépan. Cependant il m'a semblé qu'à défaut d'une meilleure méthode il était opportun d'établir des essais de *kérato-plastique* dans un certain nombre de cas et de publier les observations ainsi recueillies. Par leur examen d'autres expérimentateurs pourront par là se prémunir contre des erreurs techniques et par suite des insuccès qui en dérivent, ce qui n'est pas possible à celui qui parcourt pour la première fois une route toute nouvelle.

En premier lieu, pour ce qui regarde la question de savoir quels sont les leucomes qui se prêtent à une trépanation, je dirai que j'ai cru d'abord de pouvoir choisir les seuls cas de leucome étendu, mais qui ne traversent pas l'épaisseur de la cornée, ceux non adhérents. Préciser avec sureté jusqu'à quel point s'étend le trouble de la cornée, celà n'est possible que l'orsqu'il y a encore ou d'un coté ou de l'autre une marge périphérique assez transparente pour qu'il soit possible de projeter moyennant une forte loupe un puissant rayon lumineux à travers le leucome et examiner sa marge à la lumière transversale. Toute fois même cette recherche ne garantit pas d'une manière absolue des erreurs, parce que dans les parties d'un leucome l'opacité pénétre très-souvent à une profondeur très inégale. Moi même je fus plusieurs fois désagréablement surpris après dissection du lambeau trépané de trouver en-

core sur le fond de la brêche une couche de cornée opaque. Le décours de l'affection dans un cas dont j'ai fait succintement mention à Heidelberg m'avait cependant appris que l'on peut vérifier sous la portion transplantée un notable éclaircissement du point opaque, et qne, conséquemment, même un leucome qui s'étend jusqu'à la membrane de Descemet est susceptible dans certaines circostances de subir une *kérato-plastique*. Je ne puis dire pourtant *a priori* qu'il soit possible de toujours compter sur une aussi favorable contingence; une expérimentation plus étendue peut seule fournir une réponse à cet égard. On n'a aucune contreindication à l'exécution de la greffe dans les adhérences s'étendant entre le leucome et l'iris, pourvu que la chambre antérieure ne soit pas entiérement supprimée: il serait à recommander de tenter l'opération dans les leucomes plutôt fréquents, étendus mais non complets qui font suite à l'*uleus serpens,* dans les quels, comme on le sait, l'iridectomie périphérique ne donne la plus part du temps que des résultats optiques très insuffisants. — Il ne sera pas toujours possible de greffer le lambeau dans le centre de la cornée, mais même avec une position excentrique on pourra espérer d'obtenir une faculté visuelle utile pourvu que, la greffe ayant fait souche, on exécute précisément au dessous un colobome de l'iris. Il n'y a de complètement inaccessibles à l'opération que les leucomes entièrement adhérents ou proéminents dans les quels le tissu cicatriciel présente un amincissement notable.

Avant d'exécuter la transplantation il est nécessaire avant tout de se faire un jugement sûr relativement à l'épaisseur de la cornée leucomateuse. Cela devient facile, si, après avoir produit l'anesthésie de l'œil au moyen de la cocaïne, on tâte avec une délicate spatule en gomme et une légère pression, la partie destinée à recevoir la greffe. Tout notable amincissement de la membrane se manifeste par une diminution de la résistance opposée à la spatule. Dans les cas que j'ai opéré l'épaisseur avait environ 1 millim. Je me sers pour l'opération du trépan présenté au dernier Congrès ophtalmologique (que l'on trouve au prix de 50 francs chez les successeurs de Liebrich à Giössen). Il contient dans la capsule située à l'extrèmité supérieure un mouvement d'horlogerie qui imprime à la couronne un grand nombre de tours réguliers et très rapides. Un légère pression de l'index sur le bouton de la capsule met en mouvement le mécanisme et le coupant du trépan pénétre aisément et sans secousse dans le tissu du leucome. La courone du trépan s'arrête aussitôt que le doigt abandonne le bouton.

Pour éviter tout danger de perforation de la cornée on a fixé sur la couronne deux petites pièces glissantes qui font saillie, qui ont une largeur d'un demi millimètre à leur extrémité inférieure et que l'on peut au moyen d'une vis arrêter à la hauteur nécessaire au dessus du coupant. Mises en position utile ces deux pièces forment un appareil indicateur de la mesure. Cet appareil comprend un cylindre d'ivoire et une chape métallique; le cylindre porte une échelle par divisions de 0. 25 et 0. 50 millimètres; la partie de la chape métallique est très fine pour permettre facilement la

lecture des nombres inscrits sur le cylindre; la partie opposée s'élargit dans une petite bagne. L'appareil fixé sur 0, le cylindre d'ivoire occupe complètement la gaine; si on le fixe sur 0. 5 ou sur 0. 75 il se forme dans la bagne un espace d'égale profondeur numérique. Dans cet espace on amène la couronne du trépan, on fait descendre les points d'arrêt jusq'au niveau de la bague et on les fixe au moyen de la vis. Si on a quelque doute sur l'épaisseur du leucome il devient utile pour éviter une perforation de limiter d'abord la trèpanation à 0. 75 millim.; si on croit nécessaire d'aller plus loin la correction n'offre aucune difficulté, la forme et le genre de la brèche reconnus. Ces indications données je passe à la description de l'opération.

1er *Opération.* On ouvre les paupières au moyen d'un appareil élévatoire. En appliquant la couronne du trépan il faut avoir soin que le coupant tombe perpendiculairement sur la surface du leucome; ce n'est qu'ainsi que la brèche acquiert une profondeur uniforme et des marges verticales. Dans ce but je conseille de fixer le bulbe intérieurement et extérieurement au moyen de deux pincettes afin d'éviter toute possibilité de mouvement. L'anesthésie cocaïnique permet de saisir amplement la conjonctive. Je n'ai jamais employé le chloroforme pour ne pas être dérangé par des vomissements durant de si délicates opérations. Il faut s'abstenir d'une manière absolue de toute pression du trépan soit pour éviter les contusions conséquentes des marges, soit à cause du danger d'une perforation possible qui est susceptible de survenir dens ces cas malgré la gaine protectrice. Quant au diamètre de la couronne du trépan, je conseille de ne pas dépasser 4 millim., ou 4 millim., 5 au plus, parce qu'avec l'augmentation de la largeur du lambeau on voit diminuer la probabilité de réussite de la greffe et de la conservation de la transparence et parce que l'on rencontre dans la défectuosité du leucome quelque difficulté pour le fixer en place, vu que la membrane de Descemet, lorsque la brèche est trop large, tend à s'exhausser dans le centre per suite de la pression endoculaire. Cette limitation périphérique du lambeau de leucome à extraire termine le premier acte de l'opération. Une hémorragie plus ou moins forte se produit toujours par l'abscission des vaisseaux, même dans les leucomes en apparence les moins vascularisés, mais on l'arrête facilement en y appuyant des touffes de coton imbibées d'une solution de sublimé et refroidies sur la glace. Il n'est qu'exceptionnellement nécessaire d'enlever l'appareil élévatoire et d'exercer une compression plus prolongée.

Le second acte consiste à soulever le lambeau et c'est assurément la partie la plus délicate de l'opération. Je me sers pour cela d'une pincette à iris un peu plus forte et à dents aiguës et d'un petit couteau de Graeffe. Pour opérer sur l'œil droit je me tiens derrière le malade et je soulève le lambeau du haut en bas; sur l'œil gauche j'agis en sens inverse afin de n'être pas gêné par le nez du patient dans le maniement de l'appareil. La saisie du morceau de leucome à exporter se trouve facilitée par le fait que ses marges se rétractent jusqu'à un certain point des tissus environnants. Il est très important d'avancer rapidement une des branches de la pince jusqu'au

fond de la brèche, afin qu'en la fermant le lambeau puisse être tiré en avant dans toute son étendue et que le couteau puisse être enfoncé à la profondeur nécessaire. En étirant ainsi avec une force modérée le lambeau on arrive par de légères et lentes secousses à mener le couteau d'un bord à l'autre de la brèche exécutée par le trépan et de cette sorte on enlève graduellement tout le morceau. On n'arrivera jamais à rester exactement et avec une précision mathématique toujours sur le même plan et à obtenir une surface absolument plane: cependant on parviendra avec un peu d'exercice à l'aboutissement de cette condition, parce que, ainsi qu'il est notoire, le tissu cornéen se sépare assez facilement en lamelles. Selon mes expérimentations une brèche ainsi obtenue est toujours suffisante pour permettre la greffe d'un morceau de cornée de lapin conservant sa transparence. Les prévisions théoriques de Boucher, que dans ces cas il doit y avoir une accumulation de la lymphe entre les inégalités du fond de la brèche et le lambeau greffé, reçoivent donc par le fait un démenti. Le détachement des couches leucomateuses rencontre de sérieuses difficultés dans l'immanquable hémorragie, plus ou moins copieuse, qui couvre le champ restreint de l'opération. Pour diminuer un tel inconvénient, il faut qu'un aide essuie à chaque coup de bistouri moyennant les touffes de coton que j'ai indiquées précédemment. Il arrive cependant qu'on doit quelques fois interrompre l'opération et mettre en œuvre pendant quelque temps les compressions. L'abscission terminée les bords de la solution de continuité doivent avoir partout une égale hauteur et tomber perpendiculairement sur le fond qui est formé par la membrane de Descemet et par une couche aussi mince que possible de tissu cornéen. Je ne crois pas que techniquement on parvienne à laisser seule la membranne de Descemet, possedât-on même le trépan invoqué par Boucher; et mes précédentes observations relativement à l'abscission du leucome doivent être intérprétées *cum grano salis*. Si sur le fond de la brèche on découvre encore ci et là quelques parcelles de tissu opaque, je m'abstiens de toute ultérieure tentative pour l'enlever; on n'y parvient jamais et on court le risque de perforer la cornée. Ces opacités, comme je l'ai dit, sont susceptibles de s'éclaireir spontanément et ne rendent pas funeste le pronostic, de même qu'il n'y a rien à craindre des vaisseaux restés surplace dans les couches cornéennes; dans deux cas que jai pu observer ils disparaissent presque complètement par involution.

Le second acte de l'opération mené à bonne fin, il faut laver l'œil avec une solution tiède de sublimé corrosif (1 pour 5000), on le ferme et on le comprime légèrement pour faire cesser entièrement l'hémorragie des vaisseaux leucomateux.

3me *Opération*. Au moyen du même trépan on enlère un lambeau de cornée de l'œil d'un lapin préalablement soumis à l'anesthésie cocaïnique. Autant que possible je me sers d'un animal jeune parce que sa cornée plus mince se prête plus efficacement à remplir la brèche que celle d'un lapin adulte. La gaine placée sur la couronne du trépan est fixée entre 1. et 5 millim. afin

que la lame puisse pénétrer plus profondément dans l'œil et séparer toute l'épaisseur de la cornée. Il est plas difficile qu'on ne pourrait le croire de prime abord d'exècuter une somblable abscission sans offenser le lambeau, parce que la forte couvexité de la cornée du lapin empêche très souvent que le trépan tombe tout à fait perpendiculaire et par conséquent il coupe d'un coté plutôt que de l'autre. Dans ce cas le lambeau se recroqueville sous la couronne qui tourne rapidement et en se plissant il devient impropre à tout service. Un inconvénient aussi déplorable peut arriver à quiconque tente l'abscission en ne fixant l'œil qu'avec des pincettes parce que le bulbe peut facilement s'echapper. On a une plus grande sureté de le tenir immobile en se servant d'un *erochet à strabisme* que l'on insinue derrière le bulbe prur le fixer contre les paupières. Il serait peut-être encore plus avantageux d'énucléer le bulbe. le fixer dans un rècipient adapté et puis de le trépaner; cependant je ne puis encore parler de cette méthode par ma propre expérience. Le trépan doit appuyer sur le bulbe, mais sans pression et la pénétration de la lame doit être surveillée des deux cotés de l'œil. Quand il ne reste qu'em point exigu on peut le couper avec des ciseaux très fins, mais il faut prendre garde de blesser la surface interne du lombeau ou de sa marge. Si la trépanation est réussie correctement le lambeau se montre transparent jusqu'au bord et son épithélium entièrement lisse. Parfois on voit adhérer à sa partie postérieure quelques fragments irisés qu'on fera disparaître par un lavage avec une salution a 0. 6 pour 100 de chlorure de sodium stérilisée et chauffée avant de le transporter au moyen d'une spatule de caoutchou sur l'œil humain.

La 4me phase de l'opération consiste à placer la cornée du lapin dans la brèche du leucome. Pour ce faire il faut se servir d'un élévatoire. Les paupières étant ouvertes par un assistent on doit constater avant tout si l'hémorragie produite par l'excision des vaisseaux est entièrement cessée. S'il en est ainsi ou place le lambeau tout près de la brèche sur la surface du leucome et on le fait glisser lentement sur la marge de solution de continuité jusqu'à l'y introduire et de manière qu'il ne pénetre aucune bulle d'air entre lui et la couche cornéenne. En suite on le comprime délicatement avec la spatule jusqu'an fond de la brèche pour qu'il s'y adapte dans tous les sens. Selon l'épaisseur du leucome et de la cornée du lapin la superficie vient à se trouver plus ou moins exactement au niveau de la cornée environnante. S'il y a quelque dépression du lambeau cela n'aura pas de conséquence pour le décours successif; si au contraire il surpasse le niveau des bords du leucome il pourra se déplacer facilement ou être expulsé [peu de temps après ou bien il se troublera.

Après avoir disposé régulièrement le lambeau de greffe il faut le saupoudrer légèrement d'iodoforme, puis fermer les paupières en tirant vers le bas la supérieure saisie par les céls a fin de ne pas déplacer le lambeau transplanté; puis ou tiendra en repos les deux yeux moyennant un bandage compressif de gaze amidonnée qu'on laisera sur place pendant deux ou trois jours.

A partir du troisième jour le bandage doit être renouvellé chaque vingt-quatre heures. Après une semaine on laisse libre l'œil qui n'a pas été opéré et l'on permet au malade de quitter le lit; dès le 8me ou 10me jour ou peut laisser ouvert même l'œil qui a subi l'opération pourvu toute fois qu'il n'y aît plus signe d'injection.

Après avoir expliqué le mode de l'opération il me reste à signaler les inconvénients qui peuvent la compliquer.

Si le leucome se présente d'une épaisseur inégale, ou si le trépan a pénétré trop profondément il y a péril de transpercer la menbrane de Descemet sur un ponit ou sur l'autre. Alors l'humeur aqueuse s'ouvre au déhors une voie d'écoulement, la chambre antérieure se trouve abolie et dans ce cas il faut renoncer momentanement à poursuivre l'opération. Quatre ou six semaines en suite la brèche s'est assez solidement cicatrisée et on peut sans crainte recommencer l'opération sur le même endroit. Si le trépan n'a pas pénétré à une profondeur d'aumoins 0. 75 millim. dans le leucome, les bords de l'excavation ne prêtent pas un soutient suffisant; par conséquent une incision trop superficielle exige que l'opération soit reprise. Un incident irémédiable c'est celui d'une application oblique du trépan parce que le bord de la bréche n'est pas vertical et celle ci est plus profonde d'un cotè que de l'autre et que l'on ne peut disséquer d'une manière exacte le morceau du leucome. Si l'erreur est reconnue à temps il ne faut pas poursuivre l'opération, mais attendre que la bréche soit cicatrisée.

Une contusion des marges qu'il m'était donné d'observer assez souvent lorsque je faisais usage de l'ancien trépan n'est plus possibles-avec le nouveau que j'ai décrit. Il faut également avoir soin de ne pas appliquer le trépan trop légérement parce que dans les rapides évolutions de la couronne la lame se déplace sur le leucome et les marges risultent irrégulières.

Dans la dissection du lambeau il peut arriver que la pincette soit placée trop superficiellement et laisse une conche de tissu trop épaisse de la cornée adhérente à la membrane de Descemet. Il est fort difficile de remèdier à cette erreur, car on ne réussit qu'exceptionnellement à enlever ensuite d'un seul coup l'excès de tissu; le fond de la brèche reste très irrégulier et il est très facile de perforer la cornée. Il ne reste dans ce cas qu'à surseoir à l'opération et à conserver l'œil bandé jusqu'à ce que la perte de substance dans le leucome soit comblée par un connexif néoformé. Si en disséquant aucontraire à la profondeur voulue on perfore sur un point la membrane de Descemet, on peut poursuivre l'opération malgré la perte d'humeur aqueuse. Dans deux circostances où il m'advint de constater cette complication, la petite perforation se ferma rapidement et la chambre antérieure se rétablit assez vite.

Un maniement inhabile du couteau peut laisser quelques particules de tissu leucomateux adhérentes aux marges de sorte que la brèche termine profondément en forme d'entounoir. C'est là une circonstance très défavorable parce qu'on ue réussit pas ensuite à exporter lo tissu restant et le lambeau ne s'adapte plus avec régularité à sa place.

J'ai déjà fait mention de l'inconvénient que produit l'hémorragie qui fait suite à l'abscission des vaisseaux du leucome; elle ne manque jamais dans la dissection du lambeau et quelques fois elle se renouvelle aux dernier instant de l'opération lorsqu'on est sur le point d'introduire dans la brèche le lambeau de la cornée du lapin. Une fois même il m'arriva de devoir le retirer de la brèche, de le laver dans une solution de chlorure de sodium et de le maintenir pendant un quart d'heure sur la conjonctive jusqu'à cessation de l'hémorragie; la greffe réussit néanmoins et resta transparente.

On rencontre quelques fois une autre difficulté au dernier instant, lorsque, ou par suite de la forte pression endoculaire, ou de l'extrême finesse de la couche restante de la cornée, le fond de la brèche devient convexe et protubérant et le lambeau transplanté ne trouve plus une base solide et se déplace à chaque mouvement de l'œil. Dans ce cas je dois recommander la ponction de la chambre antérieure; il suffit de la diminution passagère de la tension pour permettre l'adaptation de la cornée de lapin; alors la commissure avec le fond se produit rapidement.

J'ajonterai enfin une courte description du procédé de guérison basé sur huit cas opérés par ma méthode, et j'observe dès ce moment que la réussite ne fut obtenue que dans quatre. Trois fois l'insuccès doit s'attribuer au défaut de capacité technique de ma part, ce que je pourrai éviter à l'avenir pas un plus grand exercice; une fois la cause provint de la contenance déraisonnable de la malade après l'opération. Si dans les cas à décours régulier on examine l'œil 24 heures après la transplantation on reconnait une faible injection conjonctivale et ciliaire; le leucome sillonné dabord par de nombreux vaisseaux n'en présenter-plus maintenant ou tout au moins très peu qui soient visibles et qui ont leur direction vers le bord de la brèche. La marge offre sur une extension de 1 à 2 millim. les signes d'une légère kératite tracomateuse, elle est d'une couleur blanc-grisâtre et surpasse quelque peu le niveau du lambeau greffé dont elle est séparée tout à l'entour par un mince sillon.

Le lambeau apparait entièrement transparent ou présente une légère nébulosité qui s'évanouit en quelques jours; son épithélium est lisse et brillant. La couche cornéenne restée sur place, dans la zône de contact avec la cornée du lapin réfléchit plus spécialement la lumière; on n'y remarque des modifications de quelque importance sinon quand il s'y trouvent des vaisseaux qui sont dans ce cas très dilatés, comme tous les autres du leucome, et on les observe facilement par transparence à travers le lambeau greffé.

Dans le décours de la premiére semaine l'inflammation du bulbe disparait ordinairement d'une manière complète, la tuméfaction de la marge du leucome est réduite par une suffisante vascularisation, le sillon existant entre elle et le leucome se comble, tandis que l'épithélium, sur quelques points d'abord et enfin tout à l'entour s'avance du leucome sur la greffe. Celle ci ne se vascularise pas ni ne s'enfle; au contraire on a vérifié quelques fois dans la seconde semaine de légères infiltrations sur ses marges avec déper-

dition locale de l'épithélium. Ces infiltrations disparurent en deux on trois jours sans laisser trace de nébulosités. La troisième semaine écoulée, la greffe, à en juger macroscopiquement a contracté une adhésion définitive; du moins, à partir de cette époque, chez la patiente que j'ai présentée à Heidelberg, il ne m'a plus été possible de constater aucune modifications dans l'œil opéré. La cornée transplantée etait au même niveau des parties environnantes, l'épithélium se prolongeait sur elle; la puissance visuelle de la possibilité de compter les doigts à la distance de deux mètres s'était élevée $V > {}^{20}/_{200}$. Cette guérison idéale, selon mes expériences ne peut s'obtenir que lorsque le leucome ne s'étend pas à toute l'épaisseur de la cornée et que la couche laissée sur place est transparente et peu vascularisée.

Si l'on est contraint à laisser sur place quelque partie du tissu cornéen, opaque il faut alors nn laps de temps beaucoup plus long pour que toutes les modifications successives à la transplantation puissent avoir leur entier développement. La greffe, il est vrai, fait rapidement souche et reste transparente, mais ces cas néanmoins, semblent rester d'abord sans résultat positif, par ce que, durant la première semaine après l'opération, l'opacité des couches profondes sous le lambeau augmente considérablement, et, des marges du leucome, de petits vaisseaux nombreux s'y prolongent, au point que la couche profonde se présente colorée d'un rouge intense. Dans un cas semblable la vascularisation ne commença à diminuer qu'an bout de la troisième semaine ainsi que l'éclaircissement de l'opacité; à la fin de la 4me la patiente pouvait compter les doigt à quatre mètres de distance (avant l'opération à 3 mètres seulement); à la 7me on ne distinguait plus de vaisseaux, même avec la loupe, l'opacité s'était éclaircie à $V = {}^{20}/_{200}$. Malheureusement la patiente ne voulut plus rester à la clinique ce qui fait qu'à cette heure je ne suis pas en mesure d'indiquer pendant combien de temps il faut surveiller ces cas si l'on vent aboutir au meilleur résultat possible. Mais il découle surément de ce que j'ai rapporté que, même dans les leucomes interessant toute l'époisseur de la cornée, la greffe peut donner lieu à une notable amélioration du pouvoir visuel.

Si par une erreur technique dans l'opération la brèche du leucome n'a pas la profondeur nécessaire ou si ses marges ne sont pas coupées très verticalement, le lambeau transplanté se déplace même sous une médications et au premièr pansement on le trouve gonflé et opaque dans le sac conjonctival. La réaction dans l'œil n'est pas du tout plus accentuée: la marge du leucome se vascularise sous une légère inflammation conjonctivale et ciliaire; de menus vaisseaux se répandent dans le champ de la brèche et celle-ci se remplit dans l'espace de 8 à 10 jours d'une néoformation connexive, qui dans les quatre cas que j'ai observé, resta beaucoup plus transparente que le leucome extrait. Dnns aucun cas on eut à vérifier l'éctasie de la cornée, et à la fin de la seconde semaine, tout symptôme d'irritation dans l'œil ayant disparu, ou pouvait renvoyer les malades.

De tout ce que j'ai relaté je tire les conclusions suivantes:

1° Que la greffe de la cornée au moyen de ma méthode est démontrée possible d'une manière irréfutable, avec conservation durable de sa transparence et avec acquisition d'un pouvoir visuel suffisant.

2° Que la transplantation peut être tentée avec probabilité de succès même dans les leucomes qui envahissent toute l'épaisseur de la cornée.

3° Que ne sont pas susceptible de l'opération les leucomes complètement adhérents ou proéminents.

4° Que l'opération est exempte de tout danger et présente pour les patients des dérangements minimes et peut par conséquent être exécutée dans tout les cas ou l'on n'aurait qu'un faible espoir de réussite.

Giessen, janvier 1888.

De l'Ophtalmie Sympathique

ET DE SON TRAITEMENT

PAR

le D.r Chev. Jean Rosmini

Directeur de l'Institut Ophtalmique de Milan

Extrait des *Annales d'Ophtalmologie*, XII Année, livr. 2

Ce n'était point mon intention de vous parler *ex professo* sur la vraie pathogénie de l'Ophtalmie sympathique, soit sur la nature intime de cette très-antipathique ophtalmopathie, et sur son mode de transmission, car dans ce cas j'aurais dû vous soumettre au moins un résumé critique des discussions fort intéressantes qui ont eu lieu à ce sujet au Congrès international de Londres, entre MM. Snellen, Brailey, Poncet, Moren, Grünhangen, Leber, Samelshon, Pffuger, Boucheron et Panas de Paris. Mon intention était simplement de répondre à l'invitation contenue dans la première circulaire du respectable Comité ordonnateur de notre réunion actuelle lorsque je proposais que parmi les matières à traiter on y comprit aussi ce thème qui avait déja été soumis à l'assemblée de Rome, mais laissé sans discussion, précisément parcequ'à cette époque cette thèse très importante ayant été traitée au Congrès de Londres sous des aspects divers et des points de vue divergents on avait jugé chose plus prudente de continuer nos études sur ce sujet, faisant profit des notions mises au jour dans la docte réunion anglaise, avant de manifester sur cette question nos avis et nos convictions.

Je m'attendais néanmoins à ce que d'autres plus capables et plus autorisés que moi prissent à charge d'en traiter la matière sur la base des résultats de leurs observations mêmes et de leurs expériences, me réservant de prendre ensuite part à la discussion pour exprimer mes opinions tirées d'une série assez longue de faits de ce genre que j'ai pu observer.

Mais ayant vu que l'ordre du jour de cette séance m'invite à prendre pour le premier la parole sur cette question ardue

je me bornerai à vous parler des principaux cas, parmi d'autres nombreux d'ophtalmie sympathique, qu'il m'a été donné de rencontrer, et ensuite j'ajouterai les conclusions que j'en ai tirées, les unes conformes, les autres opposées aux opinions exprimées en la matière au Congrès par les auteurs que j'ai cité ci-devant.

Les cas que j'ai enrigistrés sont au nombre de trentecinq, les quels, par la cause déterminante de l'irritation ou de l'inflammation sympathique, je pourrais diviser en trois groupes:

1° Affections spontanées primitives ou secondaires intéressant l'iris ou le corps ciliaire;

2° Affections traumatiques récentes ou anciennes déterminées par des blessures accidentelles de la cornée ou de l'iris ou de la sclérotique et du corps ciliaire ou par des opérations exercées sur celui-ci ou sur les autres;

3° Néoplasmes endoculaires, qui dans leurs évolutions progressives produisirent une irritation antérieure ou postérieure de l'uvée.

Je dois ranger dans le premier groupe douze cas de cicatrices ectasiques de la cornée, ou de sclérectasies antérieures consécutives à des ulcérations cornéennes répétées compliquées d'irritations irido-ciliaires, ou cilio-choroïdéales vérifiées chez des individus de constitution lymphatique et de tempérament nerveux éréthistique, ulcérations qui pour conséquence finale des recrudescences réitérées déterminèrent des phénomènes d'irritation sympathique dans l'autre œil manifestées ou par photophobie avec épiphore et asthénopie rebelles à tout traitement, ou bien par une Kératite élémentaire unie à congestion ciliaire avec photophobie, ou encore par une Kératite ulcéreuse compliquée d'hypopion et de véritable cyclite avec névralgies très douloureuses, qui après avoir résisté à tous les traitements les plus rationnels cessèrent et guérirent comme par enchantement en quelques jours à la suite de l'énucléation du bulbe primitivement malade. Et de ces cas je pourrais vous tisser l'histoire en détail si je n'étais retenu par la crainte de fatiguer votre patience et si je n'avais hâte de vous parler de quelques autres du second groupe, qui me semblent mériter plus d'intérêt.

Le premier de ces cas du second groupe se rapporte à un certain Emanuel Morena de Milan.

Morena Emanuel, de Milan, âgé de 16 ans, ouvrier en orfévrerie.

C'est un jeune homme de constitution lymphatique, de tempérament nerveux. Vers les derniers jours du mois de mars 1874 il fut frappé à l'œil gauche par une petite verge d'or, avec la quelle il travaillait, et qui lui procura une lacération irrégulière de la cornée et du bord scléral et abolition immédiate de la chambre antérieure, protubérance rameuse de l'iris et d'une petite partie du corps ciliaire et opacité de la lentille. On nous présenta le blessé quatre jours après l'accident. La personne qui l'ammène nous assure que le corps étranger, cause de la blessure, avait été immédiatement enlevé, et qu' il était de dimension telle à ne pouvoir être resté dans l'œil même en partie. Nous croyons néanmoins nécessaire d'enlever les petites protubérances iridéennes les plus proéminentes et l'individu content de se sentir soulagé de ses douleurs et d'avoir obtenu une amélioration suffisante dans l'aspect de l'œil veut quitter l'établissement après six jours seulement de présence. Mais il y revient quatre jours après avec les signes d'une grave *Kerato-iritide suppurative.* On lui fait des bains tièdes, on lui applique des cataplasmes, on lui instille l'atropine et on y joint dans un but révulsif une injection de calomel à la tempe. Les phénomènes irritatifs diminuent, la réparation de la cornée s' achemine jusqu'au point de devenir transparente pour la moitié externe; mais par contre on observe dans l'autre œil, après trois semaines, un certain degré de photophobie accompagné d' une menue et profonde injection péricornéenne — la pupille y devient irrégulière — la vue trouble — surviennent des douleurs surciliaires et endoculaires qui augmentent par la pression sur le bulbe — l'humeur aqueuse se trouble — enfin tous ces phénomènes sont suivis d'hypopion dont les éléments dérivent évidemment de la périphérie de l'iris, soit du ligament pectiné, enfin on constate tous les éléments d'une *Iridocyclite* que l'on juge sympathique. Nous pensons aussitôt à l'opportunité de l'*énucléation* de l'œil traumatique, mais cette opération est refusée par le malade et par ses parents. On a donc recours aux demi-mesures, de pratiquer là aussi une injection de calomel

à la tempe et on en obtient une amélioration si rapide et si progressive qu' il nous est permis de renvoyer le malade après un mois de cure et de renoncer à l'énucléation proposée. Fatale illusion pourtant, car tout aussitôt que les avantages obtenus par la révulsion furent épuisés et que le pus de l'abcès artificiel à la tempe fut tari, — renaissent les symptomes de la cyclite associés à ceux de la choroïdéite et s'accentuent les douleurs accompagnées de photopsies et de myodésopsie — la vue devient fort trouble par intermittence. — Faisant alors violence aux craintes du malade et à la répugnance de ses parents on prend la décision d'exécuter l'*énucléation du bulbe blessé;* elle réussit régulière et sans accidents successifs. Nous arrêtons par là d' une manière évidente les progrès menaçants d' une *cyclo-choroïdéite,* la vue restant néanmoins un peu voilée avec association insistente de myodésopsie par opacités mobiles dans le cristallin ainsi que le retour de photopsie plus ou moins douloureuse. — On continue un traitement résolutif local au moyen de l'onguent napolitain et des mouches à l'iodure de potassium, et un traitement interne tonique par le citrate de fer et la quinine. — L'aspect du malade s'améliore; pendant quelque temps il réacquiert un passable degré de vue, de telle sorte que pendant un an nous ne le revîmes plus au Dispensaire. — Au mois de juin 1876 il se représente avec la lentille opaque, la chambre antérieure presque anéantie, la pupille totalement immobile insensible au mydriatique — le bulbe est très peu consistant et cependant l'infirme aperçoit encore les ombres grossières des objets. On se décide à faire une *iridectomie inférieure* préparatoire, sauf à extraire plus tard ou même contemporainement le cristallin. On pratique une très régulière incision inférieure de la cornée au moyen du Kératotome, mais au moment où l'on saisit avec la pincette la partie de l'iris dont on doit faire l'abscission, celle-ci se meut et rentre dans la chambre; alors pour ne pas continuer des manipulations dangereuses on décide, séance tenante, de faire la Kystotomie, et elle nous confirme le soupçon que la cataracte fut de nature molle, de sorte que nous en obtenons aisément l'extraction au seul moyen du massage aidé de quelques pressions au moyen

de la cuiller de Davix. A notre étonnement et à sa grande satisfaction l'individu distingue les objets grossiers. Pendant près de deux mois les choses continuent sur le même pied, mais ensuite, la partie de l'iris qui n'a pas été excisée se retire inférieurement entrainant presque avec elle le bord supérieur de la pupille; celle-ci se referme et la zone sclérale inférieure qui va en se déprimant indique le principe d'une cyclite réduisible.

La cornée cependant restait entière dans ses diamètres et dans sa transparence et la couleur de la partie de l'iris qui n'était pas masquée ou plutôt qui ne s'était pas retirée se maintenait presque égale à la règle physiologique; la perception de la lumière continuait et les phosphènes étaient pareillement dans leur état normal, l'inférieur excepté qui était un peu plus pâle. Que faire en pareille contingence? laisser aveugle un jeune-homme de vingt ans sans tenter quelque opération qui lui rendit un peu de lumière me semblait presque une prudence coupable; tenter de rechef une iridectomie par le haut après la nullité de résultat de celle tentée par le bas n'était certainement pas le cas opportun. Je pensai alors que la seule opération rationnelle ne pouvait, ne devait être qu'une iridectomie double proposée vers cette époque par le D.r Wecker, et j'étais déjà décidé à l'exécuter, lorsque par suite de la présence à Milan de notre respectable prof. Gradenigo, que j'avais bien auparavant surnommé le Wecker italien, je voulus être encouragé non seulement de son conseil, mais laisser à ses mains plus expérimentées la satisfaction d'exécuter pour la première fois dans ma clinique cette opération très délicate qui eut une réussite parfaite et qui rendit au malheureux patient un degré de vue raisonnable qu'il conserve encore aujourd'hui, et qui lui permet même de s'occuper de quelques travaux de son état.

Ce fait étaîerait, selon moi, en premier lieu une des assertions de Sneller, savoir que l'ophtalmie sympathique peut quelques fois être considérée comme une suite de continuité, ou mieux encore une métastase. En effet la première injection de calomel à la tempe correspondant à l'œil blessé en déterminant une révulsion temporaire du progrès de la *Kérato-cyclite* provoquée par l'affection traumatique servit à mettre un frein à sa

violence et à en accélérer la résolution, mais ne parvînt pas à empêcher que peu de temps après il ne se manifesta dans l'autre œil l'irido-cyclite sympathique, comme il arrive précisément dans les cas de métastase, qui s'arrêtent à l'improviste et cessent dans une région pour transmigrer dans une autre. La même loi physio-pathologique sert à expliquer l'amélioration temporaire produite dans la symptomathologie de l'irido-cyclite sympathique à la suite de la seconde injection de calomel et la recrudescence ou diffusion de ce progrès à toute la partie uvéale survenue précisément quand fut évacuée la suppuration causée par cette dernière à la tempe ou soit lorsque furent épuisées les phases de la métastase artificiellement provoquée.

La seconde conséquence que l'on pourrait déduire du cas exposé et de quelques autres que j'eus l'occasion d'observer, et dont je m'abstiens, par amour de briéveté, de vous donner les détails, est que lorsque le point de départ de la forme sympathique est représenté par une *Kérato-cyclite* on *irido-cyclite traumatique* la marche secondaire ou sympathique se manifeste presque toujours assez vite, soit quelques semaines à peine après le développement de l'affection primitive et prend la forme d'une vraie cyclite, qui, si elle n'est rapidement enrayée par une prompte énucléation du bulbe blessé, devient bientôt une *uvéite maligne* ainsi que l'appelle fort justement M.r Brailey de Londres, parcequ'absolument rebelle à tout moyen de traîtement.

La troisième déduction que nous pouvons en tirer est que l'adoption de demi-mesures pour vaincre les premiers symptômes de la cyclite sympathique est chose inopportune plutôt que prudente, car, en temporisant, l'uvéite éventuellement bénigne se fait maligne, et une tardive énucléation du bulbe blessé, rendu du reste complètement impropre au service de ses fonctions, peut devenir entièrement inutile ou d'un minime avantage.

Il découle clairement de là que, si, dans le cas que je vous ai rapporté, au lieu de condescendre aux protestations du malade et de ses parents, au lieu de nous laisser illusionner par l'amélioration obtenue au moyen de la seconde injection de calomél, nous eussions exécuté l'énucléation aussitôt que se manifestèrent les premiers symptômes de la cyclite sympathique, fort proba-

blement elle ne se serait pas étendue à toute la partie uvéale produisant le trouble du cristallin et l'opacité de la lentille, qui rendirent par suite nécessaire son extraction et l'iridectomie successive; et le malade au lieu de reconquérir un degré de vue limité, l'aurait peut-être récupérée entièrement ou tout au moins à un degré supérieur.

L'autre cas du second groupe se rapporte à un enfant de 10 ans, un nommé Bosisio Louis de Milan, lymphatiquement constitué, qui en jouant à l'âge de cinq ans avait fait éclater la capsule d'un fusil de chasse, par la quelle il avait été blessé à l'œil gauche au centre de la cornée. La plaie lui avait produit une inflammation aiguë, qui dans l'espace d'environ trois mois avait réduit le bulbe à la forme d'un microphtalmos congénital où la cornée présentait dans le centre une *striure blanche* comme résultat et indice de la blessure reçue, laissant entrevoir un espace de chambre relativement normal, l'iris d'une teinte verdâtre et la pupille voilée par une opacité d'un blanc sale, qui avait l'aspect d'un cristallin cataracteux adhérent. Son père me rapportait que pendant les quatre années qui suivirent le funeste accident le bulbe blessé était toujours resté douloureusement sensible à la pression, mais qu'à de rares intervalles, et pour de courtes périodes, il se montrait rougeâtre à l'extérieur. Ces incomodités ne l'avaient pas empêché cependant de commencer et de terminer ses études élémentaires, et il était déja parvenu à la moitié de son premier cours de gymnase, quand dans le courant de l'été de 1877 il commença à reconnaître que de temps à autre la lecture le fatiguait; mais au bout de quelques mois l'asthénopie intermittente devint presque constante s'associant parfois à de vraies douleurs dans l'œil et à un principe de photopsie.

Plus tard il prit en aversion la lumière artificielle, tolérant avec peine celle naturelle même peu intense et enfin un jour il éprouva soudainement pendant quelques minutes un tel obscurcissement de vue à l'empêcher de distinguer la physionomie des personnes et même des objets grossiers. Son père épouvanté consulta le prof. Quaglino, qui, constatant l'évidence d'une ophtalmie sympathique, conseilla d'urgence l'énucléation du bulbe. Le con-

seil fut accepté et on était sur le point de commencer l'opération, quand l'enfant épouvanté des préparatifs protesta en criant ce qui obligea de surseoir à l'opération. Mais deux jours après un nouvel obscurcissement s'étant manifesté et de la durée de presque vingt minutes, le père du jeune homme voulut avoir aussi mon avis, qui fut naturellement conforme à celui du prof. Quaglino. Voulant néanmoins mieux prédisposer l'enfant je fis semblant d'attribuer cette grave asthénopie à la fatigue extraordinaire de l'unique nerf fonctionnant et je conseillai l'usage d'une lentille convexe convenable. Trois jours s'écoulèrent et un nouvel accès de vraie cécité qui se prolongea l'espace d'une demi-heure décida le père à persuader sérieusement son fils de la nécessité absolue de l'opération à la quelle heureusement il se soumit.

L'énucléation que j'exécutai, ayant au préalable fait usage des narcotiques, réussit très régulièrement, sans accident ni réaction aucune, de telle sorte que l'enfant qui était d'un aspect blême et d'une maigreur extraordinaire devint au bout de deux mois jouflu et dispos, ne ressentant plus ni douleurs ni fatigue visuelle, put reprendre régulièrement ses études et devint de plus en plus fort et robuste.

Le bulbe enlevé présentait le lendemain de l'opération une chambre antérieure beaucoup plus restreinte qu'elle ne le paraissait lorsque le bulbe était encore en place. La pupille était occupée par la capsule du cristallin adhérente au sphincter iridien, mais au lieu de la substance lenticulaire elle contenait la parcelle de la capsule de cuivre qui cinq ans auparavant avait blessé l'œil; le cristallin avait disparu et la rétine complètement détachée de la choroïdée formait une espèce d'entonnoir avec le faite au nerf optique et la base ténacement attachée aux bords de la cristalloïde postérieure; la chambre postérieure était occupée par un liquide jaune clair mêlé à quelques petits flocons d'albumine; le corps ciliaire et la choroïdée outre d'être amincis par l'atrophie diffuse des vases et du strome étaient couverts de minuscules grains de poudre à fusil, qui indubitablement s'étaient détachés de l'éclat de la capsule pénétré dans l'œil; dans la partie plus reculée de la choroïdée, tout près de

la papille, existait une large incrustation osséo-calcaire dont quelques pointes semblaient fixées tout autour de la papille du nerf optique.

Cette observation tendrait à démontrer que lorsque la plaie a produit une uvéite suivie d'obstruction des voies lymphatiques antérieures de l'œil et d'élargissement des voies lymphatiques postérieures par l'avancement du corps cristallin ou même de la rétine totale, l'irritation sympathique dans l'autre œil peut se manifester même très tardivement par la voie des nerfs ciliaires et du nerf optique sans qu'il se soit vérifié ou qu'il se vérifie à travers les espaces lymphatiques du nerf optique le transférement des produits lymphoïdes de l'uvéite d'un œil à l'autre ou par émigration spontanée comme opinent Machillavrij et Maxknies ou par le moyen de microbes que Berlin a supposés et qu'ont vus Snellen et Leber.

La même observation démontrerait contrairement à l'assertion de Brailey que l'uvéite maligne, cause fréquente d'ophtalmies sympathiques, peut donner lieu au développement d'ossifications à la surface extérieure de la choroïdéite. Que bien plus, dans notre cas il est permis de croire que la cause déterminante de l'irritation sympathique ne fut ni la cyclite traumatique primitive, ni l'uvéite consécutive qui provoqua le détachement total de la rétine et l'atrophie presque complète du corps cristallin, mais bien au contraire le dépos osséo-calcaire lentement formé entre la choroïdée et la rétine près du nerf optique comme issue finale de la lente choroïdéite dégénérative déterminée par l'influence de la minuscule poudre à feu que l'on trouva entre les mailles de la choroïdée atrophiée.

Si le petit éclat de capsule au lieu de détruire les éléments du cristallin et de se faire presque un revêtement protecteur de la cristalloïde épaissie, se fut arrêté entre l'iris et le corps ciliaire, il aurait fort probablement provoqué une irido-cyclite ou une cilio-choroïdéite suppurative; et alors l'ophthalmie sympathique se serait manifestée bien plus vite, comme dans le cas précédemment énoncé, assumant les caractères d'une uvéite métastatique.

Mais comme la source de l'uvéite traumatique était insuffi-

sante à produire la formation de ces amas considérables de cellules lymphoïdes disséminées sur toutes les parties de l'œil, ce qui forme la caractéristique de l'uvéite plus grave et aiguë, mais était au contraire très apte à déterminer et maintenir cette lente phlogose, à la quelle succède habituellement l'atrophie et la dégénération des éléments isthiologiques normaux; de même l'uvéite quelle que maligne qu'elle fut ne détermina dans l'autre œil les phénomènes sympathiques que lorsque la dégénération osseuse parvint à influencer de près le nerf optique ou les filaments ciliaires qui l'entourent. Et précisément parce que dans ce cas la propagation de l'irritation sympathique fut exclusivement causée par une action nerveuse réfléchie les phénomènes morbides qui la caractérisèrent furent exclusivement agissant ou dynamiques, et cessèrent complètement de suite après l'énucléation et ne reparurent jamais.

Le troisième cas du second groupe se rapporte à un aussi distingué que malheureux de nos collègues, le Dr P.... Augustin de Brescia qui subit il y a 22 ans une opération de cataracte à l'œil droit selon la méthode de dépression. Cette opération avait été suivie d'une très grave irido-cyclite que l'on avait vainement tenté de vaincre par les moyens ordinaires antiphlogistiques et ensuite par l'iridectomie, tandisque pour résultat final il lui était resté une phtisie complète de l'œil opéré et en surplus la situation aggravante d'une très douloureuse sensation intermittente d'étreinte ou d'écrasement du bulbe atrophié, jointe très souvent à une sensation très pénible d'éblouissements. Un semblable phénomène se reproduisait constamment à jours alternatifs, le matin de bonne heure, et continuait plus ou moins fort durant toute la journée ne déclinant qu'au coucher du soleil.

Les jours où il était libre, le D.r P. pouvait vaquer aux charges de sa profession, car l'oeil gauche, quoique affecté de myopie à un haut degré, fonctionnait très bien étant pourvu d'une forte lunette correctrice, mais dans les jours d'accès l'œil gauche même souffrait d'aversion à la lumière et de douleurs au sourcil. Quelques années plus tard la cataracte se manifesta aussi dans cet œil, et lorsqu'elle fut complète notre malheureux collègue demanda à subir l'opération; mais qui le visita lui posa pour

condition son consentement à l'énucléation préliminaire du moignon atrophié, car il y avait motif sérieux pour craindre que les douleurs invétérées de l'œil droit n'eussent déjà déterminé dans le gauche une décisive irritation ou tout au moins une singulière irritabilité sympathique qui aurait pu compromettre la réussite de l'opération réclamée. Malheureusement il ne voulut jamais consentir à ce conseil prudent et se contenta de subir pendant 16 ans une désolante cécité et les tourments périodiques que j'ai mentionnés, plutôt que de se soumettre à l'énucléation qui lui causait une invincible répugnance. Le hazard voulut que vers la fin de 1875 une parente de ce malheureux collègue m'interpella pour savoir si moi aussi je jugeais absolument dangereuse pour lui une opération de cataracte sans la faire précéder de celle conseillée par d'autres pour l'œil depuis longtemps perdu.

Je déclarai naturellement qu'avant de me prononcer il était nécessaire que je connusse en détail l'histoire du cas et surtout de voir le malade. Celui-ci m'écrivit toutes les informations désirées et se décida enfin à se présenter à mon établissement. Notant alors que l'individu, outre une costitution robuste, avait un aspect prospère, ce qu'on rencontre difficilement chez les gens qui souffrent d'ophtalmie sympathique, que l'œil gauche ne présentait absolument rien d'anormal, la pupille étant libre et très mobile, que les phosphènes étaient rapides et réguliers, facile et égale sur tous les points du champ visuel la perception de la lumière tant naturelle qu'artificielle, et m'étant assuré qu'il ne s'était jamais vérifié de douleurs dans cet œil, que la pupille n'avait jamais éprouvé par intermittence de mydriase et que la perception quantitative de la lumière n'avait jamais subi aucun changement il me sembla de pouvoir en arguer qu'une véritable irritation sympathique n'avait existé dans cet œil ni le menaçait et que les malaises éprouvés par les contours de l'orbite gauche, quand les douleurs du moignon droit étaient plus fortes, représentaient simplement un phénomène d'irradiation consensuelle. J'en conclus donc qu'il n'était pas indispensable de faire précéder l'énucléation du moignon atrophié à l'extraction de la cataracte et qu'on pourrait faire suivre la première à la seconde

dans le cas où une éventuelle réaction consécutive à l'extration du cristallin présenterait quelques uns des signes caractéristiques de l'irritation ou de l'inflammation sympathique.

Me prévalant en conséquence de la mydriase artificielle qui me révéla que la cataracte était évidemment capsulo-lenticulaire, je jugeais que la capsule étant un peu opaque et probablement conjointe au cristallin il était opportun, même nécessaire aussi, pour prévenir quelque iridite successive, d'exécuter ce qu'on appelle l'extraction *in toto*.

Ayant pratiqué la coupure linéaire selon la méthode de Graefe, et éxécuté l'iridectomie, le bord supérieur de la lentille se présenta aussitôt entre les marges intérieures de la blessure; introduisant alors derrière elle la cuiller de Gioppi je réussis facilement à l'extraire en totalité sans perte aucune de cristallin, donnant pour résultat une ample pupille d'un noir velouté. La prudence ne me permit de faire sur l'instant aucune épreuve de la vue, mais le jour suivant je pus me convaincre que les perceptions étaient assez distinctes, surtout si les doigts ou autres objets d'épreuve se présentaient par le haut, par le bas ou par les cotés, tandisque placés devant la pupille leur partie centrale paraissait légérement ombrée.

Aucune réaction ne fit suite à l'opération, la cicatrisation de la blessure fut complète en quelques jours, et peu à peu la perception des objets se fit en tout sens plus distincte, de telle sorte que je dus en conclure que cette *scotome centrale* qui s'était révélée pendant les deux premières semaines n'était due qu'à une certaine atonie partielle de la rétine *ex non usu* plutôt qu'à tout autre complication endoculaire, ce qui se trouva confirmé par l'observation ophtalmoscopique par la quelle on ne releva que le staphylôme péripapillaire caractéristique des autres degrés de myopie.

Rapatrié un mois après le malade continua à jouir d'un degré de vue très satisfaisant, car avec la lentille de verre positif de sept dioptries il distinguait fort bien tous les objets et avec celle de douze il parvenait à lire même les caractères minuscules d'imprimerie, non sans souffrir cependant quelque fatigue si la lecture était trop prolongée. Outre cela la susé-

noncée sensation périodique du bulbe atrophié persistait également pénible, et quand cette sensation se manifestait l'œil opéré souffrait de photophobie condamnant le malade à garder la chambre les fenêtres closes ou voilées par des rideaux bleus. Par contre aux jours de tranquillité il sortait de chez lui sans éprouver aucune souffrance, si bien que peu à peu il put reprende l'exercice de sa profession délaissée depuis plus de vingt ans. Ce bien-être ne dura pourtant qu'une année, car un beau jour s'étant exposé à un voyage assez long pour visiter un malade par une journée fort venteuse et très ensoleillée, il rentra chez lui avec un gros mal de tête et la vue considérablement offusquée. Il se condamna alors au repos, fit usage de quelques purgatifs et de la quinine, et les douleurs cessèrent et la vue s'éclaircit de nouveau, mais la photophobie le fatiguait encore, même les jours où il était libre de douleurs névralgiques à l'œil atrophié et la lecture lui était devenue désormais impossible. Il m'écrivit alors pour me demander conseil et je lui répondis en lui prescrivant les injections hypodermiques de calomel à la tempe droite et l'usage interne de la quinine le prévenant en même temps que si ces moyens thérapeutiques ne lui apportaient aucun soulagement il était indispensable qu'il se résigna à l'énucléation du bulbe atrophié, parceque ses souffrances actuelles ne devaient plus être considérées comme signes d'irritation consensuelle, mais bien au contraire une vraie affection sympathique de l'œil opéré. N'ayant malheureusement rien obtenu des moyens que je lui avais suggérés il voulut en expérimenter d'autres que n'eurent également qu'un résultat négatif. Enfin il céda à nos insistances et le 16 novembre 1878 il me fit appeler pour l'opération obstinément repoussée pendant de si longues années.

L'énucléation fut exécutée après narcotisme au chloroforme et lorsque j'eus dans les mains le moignon amputé je trouvais fort clairement l'explication de ses souffrances de longue date. Le moignon avait le volume d'une petite noix, la concistance et le poids d'une petite pierre; il était extérieurement constitué d'un rudiment de cornée et de la sclérotique recoquillée sur tous les points correspondant aux muscles droits qui ressemblaient

à autant de cordelettes destinées à l'enserrer fortement en tous sens intérieurement au noyau de la lentille pétrifiée et adhérant fortement à un point inférieur de l'insertion du corps ciliaire avec la choroïdée. L'une aussi bien que l'autre contractées et atrophieés, la rétine complètement détachée formait un entonnoir dont la base embrassait le noyau de la lentille pétrifiée, peu de sérosité jaunâtre occupait le petit espace resté entre la choroïdée atrophiée et la retine détachée; près du cône formé par cette dernière plusieurs petites écailles osseuses qu' on ne pouvait que difficilement détacher de la surface choroïdéale et pendant que celle-ci présentait son propre tissu atrophié on y remarquait toutes les diramations des nerfs ciliaires, les uns tortus, les autres effilés, plusieurs boursouflés.

Dans ce cas encore mettant en rapport les indications nécroscopiques avec la nature des tourments périodiques endurés par le patient on peut expliquer pourquoi les symptômes de l'irritation sympathique dans l'œil tardèrent si longtemps à se manifester comme dans le cas précédent du jeune Bosisio.

Maintenant je dois vous apprendre ce qu'il advint de notre infortuné collègue après l'extraction du bulbe atrophié.

Il n'éprouva aucune réaction consécutive à l'opération, au contraire, pendant 14 jours il ne ressentit aucune douleur ni à l'orbite ni à sa circonférence, la photophobie et l'asthénopie avaient cessé et il avait reconquis une vigueur visuelle presque normale.

Mais hélas! le quinzième jour l'orbite évidée se reprit à éprouver les mêmes sensations douloureuses que devant, la photophobie se reveilla et la faculté visuelle alla en s'affaiblissant jusqu'à s'éteindre complètement dans le courant du printemps de 1881.

Passant à Brescia au mois de juin de la même année je voulus visiter mon malheureux collègue et je ne dus que trop constater que la dernière cause de sa cécité avait été une *uvéite maligne* de caractère évidemment sympathique. De fait il présentait la réduction atrophiée du bulbe avec la cornée aplatie, ridée sur les marges, mais suffisament transparente pour laisser apercevoir l'iris décoloré par l'atrophie, le trou de la pupille

occupé par une opacité blanchâtre exsudante évidemment adhérente au sphincter iridien, il n'existait pas de dépression de la sclérotique correspondant aux muscles directs, mais le bulbe était plutôt mou. Le patient assurait néanmoins de conserver encore la perception quantitative de la lumière et ajoutait qu'il lui était arrivé de discerner pendant quelques minutes les meubles de sa chambre et une fois même les heures marquées par sa pendule.

Il est évident dans ce cas qu'il y eut une longue période d'*irritation sympathique* réfléchie des nerfs ciliaires et du tronc optique du bulbe atrophié aux nerfs ciliaires et au tronc optique de l'œil gauche par l'intérmédiaire du chiasma, selon l'hypothèse soutenue par Makenzie. A l'irritation sympathique succéda beaucoup plus tard la vraie *inflammation sympathique* soit l'uvéite maligne; mais comme celle-ci ne s'était manifestée que deux ans après que l'énucléation du bulbe atrophié avait consenti pendant 14 jours une suspension absolue de tous les signes préexistants de l'irritation sympathique il me semble qu'on pourrait soutenir pour conclusion que la propagation de la susdite affection est survenue par l'émigration des cellules lymphoïdes à travers les espaces lymphatiques du nerf optique avec ou sans la coopération d'une colonie de microbes ambulants. Il me semble plutôt que ce cas donne un appui à l'opinion de Mooren de Dusseldorf, savoir que la transmission s'effectue par le nerf optique ou par les nerfs ciliaires, en ce sens que la première réaction inflammatoire peut être localisée dans une partie quelconque des nerfs qui entrent dans la composition de l'œil ulcéré; et que la transmission une fois établie les sécrétions intérieures de l'œil congénère donnent à l'affection sympathique son empreinte particulière, car l'influence délétère de la lymphe qui s'est accumulée durant le procédé inflammatoire se fait sentir sur le cilinder axis des nerfs qu'elle enfle et décompose et la destruction du cilinder axis par l'action des stases lymphatiques est précisément selon lui le facteur intégral de ces phénomènes remarquables.

De même encore ce fait en confirmant l'opinion de Brailey et autres qu'il y a deux formes d'ophtalmie sympathique savoir:

l'irritative et l'inflammatoire, tendrait à démontrer que la seconde peut succéder à la première bien que toutes deux puissent coïncider.

Le même auteur ajoute que l'énucléation ne doit s'opérer que pour l'irritation sympathique, tandis qu'il n'y a aucun avantage à y recourir lorsque l'inflammation sympathique est déjà établie. Le cas que je viens de rapporter prouverait au surplus que l'énucléation n'apporte aucun ou à peine un précaire avantage quand l'irritation sympathique a duré trop longtemps et cela fort probablement par ce que la *névrose intéressant les fontions motrices sensitives et vasomotrices des nerfs ciliaires*, qui selon Max Unies constitue l'*irritation sympathique*, de caractère bénin, qui cesse au cesser de la cause, peut par contre très bien se transformer en *névrite séroplastique*, qui, une fois enracinée finit toujours par déterminer l'atrophie de l'œil, si cette cause a été trop tard éliminée par une tardive énucléation.

L'auteur susdit penche aussi vers l'opinion que la transmission de l'inflammation sympathique s'exécute par l'entremise du nerf optique, et notre cas fortifie, selon moi, cette hypothèse, car si par l'énucléation nous obtinmes pendant quelques jours la cessation de tout symptôme d'irritation sympathique, et que la vraie *uvéite maligne* qui anéantit la faculté visuelle et réduisit le bulbe à l'atrophie se déclara après plusieurs mois, on ne peut faire à moins d'attribuer cette fatale évolution à une vraie névrite optique ascendante qui a pour symptômes caractéristiques même les perceptions visuelles illusoires ou, dirai-je mieux, hallucinatoires qu'éprouva notre malade quoique personne très intelligente. Ces perceptions révèlent, selon moi, une anomale excitation des centres optiques cérébraux, la quelle, déterminant chez eux la reproduction visuelle d'images aperçues précédemment par les voies naturelles de condnction optique l'illusionèrent au point de lui faire sembler des perceptions réelles de son œil ce qui n'était au contraire qu'une maladive hallucination de son cerveau.

Je rappelle à cet égard les cas de deux femmes aveugles par suite d'ophtalmie sympathique qui assuraient, l'une d'avoir vu et compté tous les tableaux accrochés dans sa chambre, l'autre d'avoir vu devant elle une quantité de bouquets de fleurs et autres objets coloriés (*Fantasmatopsie*).

Enfin ce cas sert encore à convaincre que, si l'on avait exécuté l'énucléation desuite après l'extraction de la cataracte et aussitôt que se manifestèrent dans l'œil opéré les symptômes nerveux ou dynamiques de l'ophtalmie sympathique on n'aurait pas permis que l'irritation trop prolongée subie par les nerfs ciliaires et par le nerf optique de l'ancien bulbe atrophié donnât lieu à la transformation de la névrose en vraie névrite ascendante, la quelle se dilatant par la voie du chiasma au nerf optique provoqua la déclaration d'uvéite sympathique qui finit par réduire le malade à une complète cécité.

Au 3e group de formes sympathiques appartient le cas d'un certain Antoine Redaelli âgé de 53 ans, que je vis vingtquatre mois avant que ne se manifestassent chez lui les phénomènes d'irritation sympathique à l'œil gauche et qui offrait alors dans celui de droite le cadre ophtalmoscopique identique à celui qui dans la figure de la Planche N. 5 de Liebreich est qualifié comme une *choroïdite exsudative péripapillaire* avec *perforation de la rétine* tandis qu'il avait pour symptôme fonctionnant un large *scotome central absolu* qui limitait ses perceptions à la partie périphérique du champ visuel. Les tentatives de cure dissolvante générale et locale n'avaient abouti à rien, et bien plus, en peu de mois, cet œil était frappé d'une complète amaurose, tandis que la faculté visuelle de l'autre œil était restée tout à fait normale de manière à lui permettre de travailler.

Deux ans plus tard il se représentait parce que, outre les fortes souffrances de l'œil déjà paralysé, il éprouvait dans le congénère une forte aversion pour la lumière, spécialement pour l'artificielle, impossibilité absolue de lire et de fixer tout petit objet et puis enfin de temps à autre la vue s'offusquait au point de l'empêcher pendant quelques minutes de distinguer les personnes ou les choses. Lorsqu'il vint me consulter le visus de l'œil gauche était normal et très normales les conditions ophtalmoscopiques, bien que la lumière réfléchie de l'ophtalmoscope lui fussent très pénibles. Dans l'œil droit au contraire on trouvait tous les signes externes du glaucome aigu — dureté lapidaire du bulbe douloureusement sensible à la moindre pression, cornée pulvérulente, chambre presque anéantie — l'iris myotique tou-

chait presque la surface postérieure de la cornée, la lentille offusquée empêchait d'une manière absolue l'examen du fond oculaire — il y avait hypérémie sclérale prévalant sur la péricornée et en correspondance aux muscles directs qui est propre au glaucome et les névralgies ciliaires très douloureuses spécialement la nuit. C'est pourquoi tandis que j'argumentais que les dérangements des fonctions de l'autre œil représentaient autant de signes d'irritation sympathique, me remémorant le tableau ophtalmoscopique que j'avais observé deux ans auparavant dans l'œil droit, je ne pus à moins de douter que la forme actuelle glaucomateuse fut la conséquence d'une néoplasie endoculaire qui dans l'origine avait présenté la figure de la choroïdite exsudative avec perforation de la rétine.

L'indication de l'énucléation était donc en ce cas urgente, soit pour vaincre l'irritation sympathique de l'œil congénère, soit pour détruire la néoplasie avant qu'elle ne s'externât, comme aussi pour délivrer l'individu des tourments de la névralgie ciliaire. Cependant comme il nourissait une répugnance extraordinaire pour une semblable opération je tentai d'abord la scléroticotomie, de la quelle j'obtins pour vingt quatre heures une modification considérable dans l'aspect de l'œil, et la cessation absolue des douleurs ciliaires. Mais le jour suivant ces dernières s'étant renouvellées plus cruelles encore le patient se soumit, sous l'influence des narcotiques, à subir l'énucléation rédoutée.

L'opération réussit très régulièrement, elle ne fut pas suivie de la moindre réaction et les souffrances de l'œil congénère cessèrent complètement comme preuve qu'elles étaient de nature sympathique.

Le bulbe extrait fut peu de temps après examiné par le respectable Dr Denti, et je me réserve de publier bientôt avec d'autres l'analyse très soigneuse des renseignements macroscopiques et microscopiques qu'il en a tiré, me limitant pour le moment à déclarer come quoi, d'après ces recherches, il resta prouvé que le glaucome avait été réellement secondaire ou successif au développement progressif d'un *sarcome de la choroïde à petites* cellules *fuselées* et que le diagnostic clinique fait deux

années avant n'avait pas été tout à fait fallacieux puisque la perforation de la rétine fut réellement reconnue et attribuée par le vaillant microscopiste non pas à une simple *choroïdéite exsudée*, mais aux premières évolutions de la tumeur engendrée précisément tout près de la papille du nerf optique.

Il me reste à dire quelques mots sur la valeur comparative de l'innervation optico-ciliaire en comparaison de l'énucléation comme moyen curatif de l'ophtalmie sympathique. J' ai deux fois exécuté l'innervation, et comme il s'agissait d'une opération nouvelle et certainement plus difficile que l'énucléation je voulus m'assurer le concours d'un aussi habile qu'intelligent collègue, M. le Dr De Magri et je l'exécutais dans l'un et l'autre cas selon la méthode de Boucheron. Le premier cas se réfère à une certaine Marie Monzani de 16 ans, ouvrière en boutons de la fabrique Binda, jeune fille de constitution lymphatique affectée d'une *cicatrice staphylomateuse* de la *cornée droite* compliquée de *cyclite récidivante* qui pour phénomènes d'irritation sympathique de l'œil congénère était affectée de *photophobie, névralgies réitérées, asthenopie* obstinée et *obscurcissement visuel* intermittent. Le troisième jour après l'opération nous êumes la cangrène de la cicatrice cornéenne suivie d'une lente *panophtalmite* très douloureuse dont le résultat final fut une réduction si irrégulière du moignon atrophié qu'il fut absolument impossible de remédier à la résultante difformité par le moyen de la prothèse, quoique pour y réussir ont ait recommencé dix fois les tentatives. Outre cela l'asthénopie sympathique n'a jamais cessé entièrement de manière qu'après quelques heures de travail elle est obligée de l' interrompre ce qui rend son gain de bien mince profit.

Le second cas d'innervation se rapporte à une nommée Lucie Panceri de 18 ans, habitant aux alentours de Milan, couturière de son état, elle aussi de constitution lymphatique, mais d'un aspect relativement plus florissant que la précédente.

A la suite d'une chute, parait-il, faite à l'âge de 12 ans, ou consécutivement à un coup reçu dans l'œil droit, celui-ci par une lente irido-cyclite était devenu semi-atrophié et offrait outre l'amaurose une cataracte arido-siliceuse adhérente à l'iris; elle était en outre molestée par des névralgies ciliaires récidivistes

et par une presque continuelle douleur du bulbe au moindre attouchement.

Depuis qu'à 16 ans elle s'était assidument appliquée à l'ouvrage elle ressentait souvent des symptômes d' asthénopie, photopsie réitérée et de temps en temps des offuscations soudaines de la vue, qui dans les deux années successives se firent toujours plus fréquentes et prolongées de manière à lui inspirer une bien juste alarme. C'est alors qu'elle se présenta pour consulter M. le Dr De Magri qui jugeant ces phénomènes morbides comme signes d'irritation sympathique pensa qu'au lieu de recourir à l'énucléation il était préférable d'expérimenter l'efficacité de l'*innervation* spécialement parceque l'œil paralysé présentant encore l'aspect esthétique presque normal il valait mieux tenter de le conserver plutôt que de le sacrifier pour lui substituer un œil artificiel.

Mon respectable collègue recommanda la malade à mon institution et se prêta gracieusement, pour m'aider dans l'opération projetée. Mais malheureusement, malgré toutes les précautions indiquées en telle occurence, à peine le nerf optique fut il coupé qu'il se manifesta una hémorrhagie tellement imposante de l'arthère ophtalmique que l'on dut sur l' instant se décider pour l'énucléation du bulbe, et seulement alors on parvint à arrêter l' hémorrhagie par des moyens adaptés et la malade n'eut aucunement à en supporter de dommages, mais en retira au contraire l'avantage de la cessation complète des phénomènes d'irritation sympathique dont elle souffrait auparavant à l'œil gauche.

J'avoue franchement que l'issue malheureuse de ces deux épreuves m'enleva tout courage de retenter une autre fois l'innervation et c'est pour ce motif que chaque fois qu'il m'arrive d'observer des cas d'ophtalmie sympathique je ne fais jamais que conseiller ou exécuter l'énucléation.

NOTES PRATIQUES

D'OPHTALMOLOGIE

PAR LE DOCTEUR

JEAN ROSMINI

DIRECTEUR

DE L'INSTITUT OPHTALMIQUE

DE MILAN

DEUXIÈME PARTIE

MILAN

IMPRIMERIE LOUIS DE JACQUES PIROLA

1889.

MALADIES

DE LA

CONJONCTIVE

Extrait du PREMIER COMPTE-RENDU

de l'Institut Ophtalmique de Milan

« Les cliniques, dit le D.r Fienzal, doivent servir à répandre « et vulgariser les connaissances spéciales, ce que les écoles « dogmatiques seraient insuffisantes à accomplir; et l'expé- « rience que tout homme de bon sens et d'étude acquiert par « l'observation d'un nombre considérable de malades, ne doit « pas être perdue, ce qui aurait lieu jusqu'à un certain point « si elle ne devait servir qu'à l'avantage exclusif de ses propres « malades. »

Cette maxime très sensée, à mon avis, du célèbre médecin en chef de l'Hospice des Quinze-Vingts, m'a encouragé à donner à mon premier Compte-rendu actuel un développement plus étendu que ne le comportent ordinairement les travaux de ce genre, quand ils n'ont pas le but que je me suis fixé, c'est-à-dire celui d'être utile aux médecins qui ne sont pas spécialistes, mais qui se trouvent dans la nécessité absolue de posséder des connaissances pratiques sur la spécialité.

. . . . . .

. . . . . .

Quant aux titres par les quels j'ai distingué les différentes affections, je dois faire noter que quelques unes marquent de véritables procédés morbides limités ou associés à une ou à plusieurs membranes de l'œil, d'autres en caractérisent des phases symptômatiques, c'est-à-dire les résultats et les conséquences, qui présentaient des indications thérapeutiques spéciales, surtout chirurgicales. Quant aux défectuosités ou altérations fonctionnelles, conjointes à des anomalies de force, de forme ou de position des éléments qui composent l'appareil dioptrique de la vision, qui peuvent être corrigées par des verres convenables, je ne les ai indiquées que dans les tableaux relatifs aux malades du Dispensaire, par ce que c'est là seulement qu'on vérifie ces cas de défectuosité sans coexistance d'états morbides pour les quels l'admission à la Clinique est nécessaire ou au moins opportune.

(Extrait du *Premier Compte-rendu*
pag. 63-64.)

Beaucoup d'auteurs, même très respectables, nient l'opportunité de distinguer de nombreuses variétés de conjonctivites, en observant que chacune d'elles a des symptômes communs à toutes, la transition fréquente de l'une à l'autre forme, la facilité par trop de distinctions d'engendrer la confusion, soit dans les interprétations des symptômes qui les caractérisent, soit dans les indications thérapeutiques ordinaires ou spéciales que chacune d'elles peut offrir. Sous ce rapport je suis d'un avis diamétralment opposé et c'est précisément afin de mieux guider le traitement qui convient à chacune des variétés et mieux définir le pronostic qu'on peut en tirer, que je regarde comme chose très pratique et fort importante d'établir les données symptômatiques les plus marquantes qui diversifient les conjonctivites l'une de l'autre, quoiqu'il soit également vrai et naturel que toutes les espéces d'inflammations de la conjonctive puissent avoir des symptômes communs non seulement, mais encore des conditions et des moments particuliers qui réclament l'emploi d'un remède identique on d'une égale opération.

Par exemple je juge qu'il y a une différence essentielle entre la vraie *conjonctivite granuleuse aiguë, subaiguë* ou *lente* et la *conjonctivite trachomateuse,* que quelques uns et peut-être même la plus part ne considérent que comme une variété ou une transformation de la première; de même que je juge en-

core que la *conjonctivite granuleuse* a des points de contact et quelques ressemblances dans ses symptômes primordiaux avec la *conjonctivite catarrhale dans ses différentes gradations*, et même avec la *conjonctivite gonorrhéique*. Cependant comme l'une est fort différente de l'autre, tant par la nature intime de chacune, que par la gravité, la durée, ainsi que par l'issue possible et les exigences thérapeutiques spéciales, je regarde comme chose convenable non seulement, mais indispensable de bien fixer les notes caractéristiques qui distinguent entre elles les diverses formes de conjonctivites, si l'on veut les soigner profitablement et ne pas causer aux malades et aux personnes qui les approchent ni une crainte inutile, ni une dangereuse illusion qui peuvent leur être également nuisibles et qui suffisent quelques fois pour compromettre la réputation du médecin qui n'a pas su tirer à temps un diagnostic heureux, et régler conformément le pronostic ainsi que les préceptes hygiéniques et les applications thérapeutiques. J'ai vu très souvent des familles entières ou des communautés collégiales infectées de l'ophtalmie granuleuse, en grande partie par la faute du premier médecin requis, qui n'ayant pas connu la nature du mal chez les premiers sujets attaqués ne sut pas empêcher la propagation de la maladie et ses conséquences relatives. J'ai vu par contre d'autres familles jetées dans l'épouvante et la consternation et forcées à des frais inutiles par les allarmes infondées d'un médecin qui avait cru reconnaitre dans le simple et benin catarrhe d'un enfant ou d'une domestique les signes évîdents d'une ophtalmie granuleuse.

Je crois que ces deux faits suffisent à prouver mon assertion; je m'abstiens donc de rien ajouter en plus et je passe sans autre à la revue des conjonctivites observées et soignées dans mon Institut, en commençant par la *conjonctivite granuleuse* comme celle, qui, quoique le plus communément observée, tient néanmoins divisée l'opinion des thérapeutes et des spécialistes, et a par censéquent besoin plus que jamais d'être signalée par ses caractères physio-pathologiques qui peuvent seuls la faire distinguer des autres et indiquer en même temps les régles nécessaires pour son traitement rationnel.

Conjonctivite granuleuse.

Je dois, à propos de cette forme morbide, faire précéder une profession de foi, qui sera erronée si l'on veut, quoi qu'en fait de granulations palpébrales la science n'ait pas encore dit son dernier mot et qu'à ce sujet régne encore la confusion des langues, soit dans les Traités, soit dans les Monographies spéciales, mais je dois la produire ne fut-ce que pour justifier et expliquer le titre que j'ai attribué à cette variété nosologique, et la conviction précédemment exprimée sur la différence essentielle qui existe, selon moi, entre elle et la *conjonctivite trachomateuse.*

Je crois que l'espèce ou type de *granulation* qui par son aspect mérita le nom de *miliaire,* peut se développer primitivement sur la conjonctive palpébrale, sans les signes dirai-je, macroscopiques de l'inflammation. Je m'en suis couvaincu aussi bien que le regretté Alexandre Quadri de Naples (1), spécialement lorsque, à son instar, j'eus l'occasion de 1860 à 1863 d'étudier l'ophtalmie granuleuse dans les hopitaux militaires, et la pratique privée me confirma dans cette idée, car soit dans les familles nombreuses, soit dans des communautés d'instruction infestées de cette maladie, dans ses gradations variées, il m'arriva comme au D. Quadri, de me rencontrer vis avis de la granulation primitive ou typique précisément chez les individus qui s'en croyaient exempts ou chez ceux qui prétendaient être guéris spontanément ou par l'usage d'un simple collyre.

Seulement le D. Quadri affirme que la granulation miliaire ou simple n'est qu'une altération nutritive du strome conjonctival tout-à fait indipendante de l'inflammation, tandisque la granulation charneuse, cellulo-vasculaire, fibro-plastique, végétante, papillaire, veloutée, sarchomateuse, etc., ne sont dans le fait que la granulation plus ou moins enflammée; la granu-

(1) Voir l'opuscule d'Alexandre Quadri imprimé à Naples en français au mois de juin 1863 intitulé: *De la granulation palpébrale,* et dédié par l'auteur aux rofesseurs Quaglino, Magni, Businelli et Marinetti.

lation molle dure, inoculaire, calleuse ne sont que la granulation compliquée de la fin de l'inflammation.

Il me semble au contraire que dan les éléments d'un tissu relâché peut fort bien se manifester ce processus prolifère cellulaire qui constitue l'inflammation dans sa forme la plus simple, sans qu'il y ait association même transitoire de l'élément congestif.

Pour ce motif je crois donc que l'inflammation, considérée selon les principes modernes préconisés par Virchow peut fort bien expliquer la genèse de la granulation miliaire primitive sous la forme d'une hyperplasie spéciale ou spécifique du strome conjonctival, qui se maintient dans certaines limites, tant que la conception morbide est limitée aux légers éléments du tissu cytogène interposé aux glandules muqueuses de la conjonctive, mais qui se développe et s'accroit d'autant plus qu'augmente le tissu congestif et irritatif qui alimente l'évolution progressive et les successives transformations d'apparence et de tissure des granulations elles mêmes, ainsi qu'aux consécutives complications catarrhales qui accompagnent les phases plus ou moins prolongées de cette forme morbide spéciale.

Ceci explique, me semble-t-il, le titre de *conjonctivite granuleuse* par le quel on a voulu la distinguer *des formes catarrhales* proprement dites et surtout de la *trachomateuse* qui en est essentiellement différente, comme j'espère de le démontrer par la suite, bien que cliniquement elles se trouvent associées l'une à l'autre.

D'autre part, en considérant même la granulation simple ou primitive comme une espèce particulière d'inflammation, qui devient spéciale par la qualité seule de la couche dans la quelle elle jette ses racines originaires, ainsi que par la forme des produits et par sa faculté contagieuse, on comprendra très-bien comment la granulation peut parfois se développer spontanément et comme aussi un grâve catarrhe conjonctival chez un enfant exempt de granulations peut quelque fois occasioner chez un adulte ce processus prolifère spécial du strome conjonctival qui constitue la *conjonctivite granuleuse aiguë* ou *lente* et comment la cohabitation avec un ou plusieurs individus affectés même de simple *granulation miliaire* peut produire chez quelques uns le développement d'une égale forme morbide dans sa majeure simplicité, tandis que chez d'autres, parsuite du

concours plus ou moins actif de l'élément congestif et irritatif, elle se manifeste et se développe avec l'apparence imposante de l'inflammation flegmoneuse, ou bien avec toutes les complications et la durée d'une inflammation lente et diffuse.

Je ne voudrais pas cependant qu'on déduise de là la conséquence que je considère la *conjonctivite granuleuse* comme une simple variété de la conjonctivite catarrheuse, car je reconnais comme trop évidente la possibilité d'un développement primitif des granulations exemptes de phénomènes catarrheux, d'où il s'en suit une preuve contraire à l'admission d'un lien causatif entre les unes et les autres. A ce sujet j'aime à reproduire ici ce que dit très clairement le D. D'Arrigo Maroni dans sa belle Monographie sur la *conjonctivite trachomateuse* (1). « S'il n'est pas rare de constater l'évolution primitive des granulations, il est au contraire de règle constante que les catarrhes aigus de la conjonctive, même les plus grâves, soit par la rapidité de l'invasion, soit par l'importance des phénomènes, se résolvent le plus souvent sans laisser de permanentes altérations anatomo-fonctionelles dans la muqueuse. » Il est aisé d'expliquer l'invulnérabilité de la conjonctive à la suite d'un catarrhe, si l'on réfléchit que ce dernier ne représente qu'une exagération de cette série d'agissements, dont le résultat est la production normale du mucus indispensable à l'accomplissement de la fonction à la quelle il est destiné. Et de même que dans l'état normal l'existence de ces actions est entièrement subordonnée à une irritation nutritive physiologique de l'épithélium, ainsi encore tout l'ensemble des phénomènes morbides que nous voyons surgir à l'état catarrheux, n'est que l'effet proportionné d'une irritation, également pathologique, qui dérive de l'épithélium même, irritation qui n'étant pathologique que par quan-

---

(1) Le D. D'Arrigo Maroni ex-assistant à la Clinique oculistique de Bologne dans son docte Mémoire sur la *conjonctivite trachomateuse* se range parmi les auteurs qui considèrent le trachome comme une variété ou une stade avancée de la conjonctivite granuleuse et parsuite il qualifie l'une et l'autre sous le titre commun de *conjonctivite trachomateuse*. Cependant, même dans ce qu'il écrit au soutient de son assertion, j'ai trouvé des arguments à l'appui de la thèse contraire et je me réserve d'en faire mention en temps et lien de même que je n'ai pas hésité à rapporter en entre son raisonnement tout-à-fait scientifique comme preuve des différences essentielles qui existent entre la congestion catarrheuse et la granuleuse.

tité, une fois réduite à ses limites normales, ainsi qu'il arrive toujours dans les formes aiguës, on voit revenir également à leur normalité quantitative tous les autres éléments, c'est-à-dire les conditions hydrauliques de circulation sanguine et lymphatique, le mouvement morphologique substitutif des éléments de l'épithelium et le mouvemeut chimique de la vitalité, et par suite la transmutation en substance muqueuse. Or si, comme on peut souvent le constater, après un catarrhe de longue durée, il arrive de voir des granulations se manifester, il n'y a aucune raison plausible pour les supposer de simples effets; nous dirons plutôt qu'à l'irritation cause du catarrhe, en est survenue une autre dans une couche plus profonde de la conjonctive qui est le motif des désordres nutritifs spéciaux qui constituent le sous-sol anatomique d'une maladie, dont l'expression caractéristique nous est offerte par les granulations végétatives de ce tissu. L'analyse clinique repousse donc l'idée de considérer les *granulations rouges* comme les effets accessoires de conjonctivites catarrhales précédentes; quant à la concomitance enfin, on doit considérer le catarrhe plutôt comme l'effet ou le symptôme des granulations. Et pour parler plus clairement l'accroissement postérieur des exfoliations épithéliales doit se rapporter non seulement à l'hypérémie maintenue par la cause principale, mais encore à une transmission directe du stimulant pathologique des couches profondes à celles superficielles et cela par cause des rapports intimes nutritifs dont nous counaissons l'existence entre les divers élements. Or donc tenter de dénier aux granulations associées ou successives au catarrhe l'importance de valeurs pathologiques distinctes serait la même chose que vouloir la refuser au tubercule pulmonaire, parce que les signes par les quels il se manifeste, dans l'origine aumoins, sont ceux relatifs à un catarrhe des bronches.

Que les granulations conjonctivales enfin soient l'œuvre d'un processus spécial, indépendant de celui qui cause l'état catarrheux, nous en avons la preuve dans le fait clinique que les granulations, surtout celles non soignées ou mal soignées, pullulent, végètent et se transforment admirablement quand et tant qu'elles constituent un fait isolé, ou quand et tant que le catarrhe éventuel concomitant est faible et peu étendu, tandisque dans les cas où le catarrhe prend le dessus et surtout quand la manifestation en est soudaine ou spontanée ou encore causée

par l'inoculation blennorrhagique d'un catarrhe aigu, celui-ci parvient des fois à résoudre rapidement non seulement les granulations palpébrales, mais aussi le pannus cornéen successif, qui etaient restés rebelles à tous les traitements. Cela n'arriverait certainement pas si le catarrhe et les granulations étaient l'expression et l'effet d'un seul et identique procédé.

Après avoir ainsi développé de mon mieux possible mes convictions sur cette forme de conjonctivite que l'on pourrait nommer *hypertrophiante*, je devrais expliquer les caractères spéciaux de celle qui est au contraire essentiellement *atrophiante*, la seule qui, selon moi, puisse être qualifiée de *trachomateuse*, titre qui lui fut décerné par l'illustre Arlt et qu'avec toute raison lui a conservé le D. Quadri. Mais comme, précisément pour cette raison, j'entends de traiter à part la *conjonctivite trachomateuse*, pour confuter les arguments de ceux qui persistent à soutenir qu'elle n'est rien autre sinon une variété ou une phase plus avancée de la conjonctivite granuleuse ordinaire, pour cela, afin d'éviter des répétitions inutiles, j'abandonne ce sujet pour parler succinctément des caractères de la *canjonctivite granuleuse* proprement dite.

Cliniquement parlant on peut distinguer trois degrés de *conjonctivite granuleuse*, qui néanmoins, dans beaucoup de cas, ne sont que trois phases que traverse la maladie avant de se résoudre. Ces trois phases ou stades sont: *la granuleuse simple ou bénigne, la granaleuse subaiguë ou lente et la granuleuse aiguë ou virulente.*

La première se devine presque, dirai-je, par un léger avancement de la paupière supérieure ou le relèvement de l'inférieure à demi close, à tal point que le malade présente la physionomie d'une personne en état de somnolence, ayant l'œil blanc et ne se plaignant que d'un peu de cuison ou de corps étranger entre les paupières et quelque fois d'un léger écoulement de larmes. En ouvrant la paupière inférieure ou en renversant la supérieure on remarque entre les plis du cul de sac de l'une ou le long de la marge orbitaire du tarse de l'autre de petites éminences irrégulières, parfois de forme fongueuse parfois semblables à des grains de mil, toutes d'une couleur rose-jaune, rapprochées ou entourées de quelques minces vaisseaux varisqueusement étendus. C'est là la granulation *primitive* ou *miliaire*, qui, selon moi et de l'avis du D. Quadri, peut

séjourner assez longtemps sous les paupières sans occasioner au patient d'autre dérangement que les sensations pénibles que j'ai mentionnées ci-dessus; c'est celle qui, selon moi, constitue la *conjonctivite simple* ou *bénigne* que l'on peut quelque fois constater même chez les personnes de la famille qui accompagnent à l'ambulance ceux chez les quels la maladie s'est déjà déclarée. Je dirai plus loin quelles sont les précautions hygiéniques et les moyens thérapeutiques que j'emploie contre cette première variété de conjonctivites.

J'ai donné le qualicatif de *lente* à la conjonctivite *granuleuse subaiguë* parcequ'au début de la turgescence phlogistique il se présente toujours une phase plus ou moins longue pendant la quelle les granulations caractéristiques subissent de nécessité une évolution progressive traversée fréquemment par un état stationnaire prolongé et par des recrudescences irritatives réitérées, qui à leur tour peuvent donner lieu à des complications cornéennes ou intraoculaires produisant une prolongation du cours de la maladie en empêchant ou en retardant sa guérison.

Cette variété peut représenter un progrès relativement à la forme plus paisibile ou plus douce déja décrite, progrès déterminé par l'association entre la granulation primitive préexistante et l'élément congestif irritant sous l'influence des traumatismes accidentels ou des causes rhumatisantes, de même que de l'air vicié d'habitations mal ventilées et occupées par trop de monde, comme aussi par l'importation directe ou indirecte du principe contagieux. Quelques fois cette cause seule peut suffire pour la déterminer sous les apparences initiales d'un catarrhe aigu de la conjonctive qui viennent bientôt remplacées par les néoformations sous-épithéliales granuleuses qui constituent la condition anatomique spéciale de la maladie.

Les premiers symptômes de cette variété sont: tuméfaction œdémateuse modérée d'une ou des deux paupières, précédée d'une sensation douloureuse de cuison, bientôt suivie d'une rougeur uniforme, intense des deux conjonctives palpébrales, plus marquée dans celle inférieure dont les plis transversaux paraissent se multiplier en se couvrant d'épaisses végétations d'apparence fongueuse, qui, dans les jours successifs, se manifestent également sur la conjonctive tarsale et réflexe de la paupière supérieure et s'associent alors ou à une simple rougeur de la conjonctive bulbaire ou à une véritable tuméfaction

hypérémique conjonctivale, qui forme autour de la cornée un circuit chémotique. Cet état de choses dure deux ou trois semaines, accompagné d'écoulement lacrymal avec photophobie et peu de sécrétion muqueuse. Il est suivi d'une graduelle détumescence de la conjonctive bulbaire, mais par contre les végétations pupilliformes et fongueuses se font plus abondantes et protubérantes, séparées par des sillons plus ou moins profonds aux sections du tarse et réflexes, mais plus entassées à la marge adhérente du tarse, et dans cette situation les douleurs et le larmoiement diminuent, mais la sécrétion catarrhale s'accentue.

Si l'hygiène et le traitement local sont appropriés la tuméfaction hypérémique blépharo-bulbaire diminue graduellement et il ne reste que les granulations isolées, qui, peu à peu, par l'usage modéré d'un des moyens adaptés, disparaissent dans l'espace de cinq à six mois, laissant la conjonctive dans des conditions absolument physiologiques.

Quand au contraire, comme cela arrive ordinairement dans la classe ouvrière, la tuméfaction phlogistique et les douleurs ayant cessé, on abandonne tout traitement croyant la guérison complète et l'individu reprend son travail et ses occupations habituelles, les granulations recommencent à gonfler et à végéter progressivement, ce qui constitue la période lente de la conjonctive granuleuse, qui prépare le terrain aux complications successives qui sont légères et superficielles, ou bien graves et profondes selon la constitution générale du sujet ou selon les moyens utiles ou inopportuns qui sont mis en pratique.

Si le malade est de bonne constitution en s'exposant à une ou à plusieurs des nombrenses causes capables de porter préjudice à la vue, surtout si l'organe est offensé des suites d'une irritation persistante de la conjonctive palpébrale, les complications qui suivent la recrudescence des granulations peuvent se limiter à la diffusion de l'enflure vasculaire de la conjonctive palpébrale à celle du bulbe et à la formation successive de ce léger pannus cornéen que Magni appelle *pannus épithélial,* qui est susceptible d'une régulière et complète dissolution; mais si éventuellement surviennent des émigrations successives de globules blancs des vases néoformés, il peut se transformer en un vrai tissu composé de vases et de cellules qui prend le nom de *pannus charneux.* Telle est la genèse du *pannus,*

selon Moroni, et cette manière de voir est pour moi bien plus persuasive que l'opinion de ceux qui ne la considèrent que comme le résultat du frotement et de la pression continuelle qu'exerce sur la cornée la conjonctive palpébrale, rendue rugueuse et scabreuse par les granulations. S'il en était ainsi, le pannus se déclarerait bien plus fréquemment qu'on ne le voit d'ordinaire, tandisque, d'après ce que j'en puis dire par une longue pratique, on ne le vérifie que dans une proportion très restreinte chez de tels malades, et plus aisément quand le volume des granulations a corsidérablement diminué, et que la conjonctive est pour cette cause moins irrégulière que dans la phase d'abondance, de tuméfaction et de consistance. Ses premières manifestations au contraire, ainsi que ses progrès postérieurs, sont toujours précédés et marqués par des recrudescences irritatives ou congestives provoquées par des causes ordinaires ou par des abus imprudents de remèdes trop irritants ou trop répétés. Si plus fréquemment on le retrouve chez les individus affectés de véritable *trachome primitif atrophiant*, et chez ceux où aux *granulations hypertrophiques* s'est associée la *dégénération atrophiante trachomateuse* des éléments textiles plus profonds de la conjonctive, cela est dû à des causes bien différentes de l'extension hypertrophique de la couche sous-épithéliale de la muqueuse palpébrale.

Quand au contraire il s'agit d'individus de tempérament excessivement nerveux ou bien chez les quels prédomine, soit par hérédité consanguine, soit par une alimentation superflue et inopportune, la disposition aux efflorescences herpètiques et la spéciale irascibilité nerveuse qui leur est propre, les manifestations plus faciles à se produire sous l'influence des causes ordinaires sont les innombrables pustules de la cornée, compliquées de névralgies ciliaires et la formation successive de ce qu'on appelle le pannus herpètique, ou encore les ulcérations centrales de la cornée associées à des symptômes et à des signes d'une tension endoculaire exagérée. Si celle-ci est éliminée ou amoindrie en temps utile par des moyens adaptés, alors on voit cesser les douleurs symptômatiques, les ulcères s'améliorent et les granulations sont en voie de résolution; si elle reste au contraire inobservée ou du moins temporairement modifiée par la perforation spontanée de la cornée, ou pis encore aggravée par un abus inconvenant de soustractions sanguines,

ou par la diète et les remèdes débilitants, il peut arriver de voir éclore un *glaucome secondaire*. Par fois, comme conséquence des irritations réitérées et prolongées des nerfs ciliaires qui accompagnent les complications cornéennes, on voit naître de vraies manifestations aiguës, subaiguës ou lentes d'iritis, d'irido-cyclite ou d'irido-choroïdite, les quelles, si elles ne sont reconnues et traitées en temps utile, en outre d'augmenter indirectement la turgescence et l'épanouissement des granulations palpébrales, peuvent conduire par une voie plus longue à la même conséquence finale du processus glaucomateux, c'est à dire à la cécité.

Je dois noter ici que les évolutions endoculaires précitées, d'après mon opinion et d'après celle de la plus part des praticiens, ne dérivent pas seulement des dispositions individuelles que je viens d'énumérer, mais très souvent on voit y contribuer, ou servir à les aggraver, si elles y existent déja, les abus obtinés des cautérisations ou si l'on veut des astringents, par les quels on prétend réussir à la destruction des granulations, au lieu de chercher à résoudre les éléments qui les constituent.

De fait, s'il s'agit d'individus cachectiques ou scrofuleux ou de sujets faibles de leur nature ou débilités par une fatigue excessive ou bien par une mauvaise et insuffisante alimentation, par des maladies fréquentes et des traitements, je dirais anémiques, par infection siphylitique au par l'abus des plaisirs vénériens ou des boissons alcooliques, la *conjonctivite granuleuse* peut dégénérer en se compliquant au *trachome*, soit à ce procédé d'infiltration néoplastique plus profond et éminemment désorganisateur de la conjonctive, qui est analogue dans ses effets, si l'on ne veut parfaitement identique dans sa nature, au *trachome primitif proprement dit*, admis, sinon par tous, par la majeure partie des praticiens et des écrivains de matière oculistique. Mais comme cette variété au plutôt cette *dégénération de la conjonctivite granuleuse* modifie profondément l'évolution de la maladie ainsi que l'indication thérapeutique, je juge utile d'en parler plus loin en traitant ex *professo* de la *conjonctivite trachomateuse*.

Je m'entretiendrai pour le moment de la *conjonctivite granuleuse aiguë et subaiguë*, à la quelle j'ai attribué ces deux qualificatifs parce qu'elle peut, ou se manifester spontanément, ou représenter une recrudescence phlogistique accidentelle de

la nature de celles dont j'ai parlé précédemment. Quelque fois on peut croire cette varieté déterminée originairement par une action violente de ce qu'on appelle les influences rhumatismales, par suite de sa similitude symptômatique avec le catarrhe aigu de la conjonctive et par les premières indications du malade, mais si l'on prend le soin d'une investigation attentive pour connaitre dans quels rapports il s'est trouvé, on arrive la plus part du temps à se convaincre que la cause principale de la contagion fut la fréquentation d'individus affectés de granulations ou de nourrissons et d'enfants attaqués de catarrhe aigu ou subaigu des paupières, et que si les influences rhumatismales y ont pris part ce ne fut qu'en excitant sous forme aiguë un procédé granuleux, qui sans elles aurait abouti à un aspect moins grave ou plus lent. Au contraire l'acuité du procédé granuleux préexistant peut être éveillée, soit par les simples influences rhumatismales, soit par une inoculation blennorrhagique accidentelle, ou même encore par une intempestive ou fausse application d'un de ces remèdes préconisés pour le traitement des granulations.

Cette variété ou gradation de la conjonctivite granuleuse est caractèrisée dans son début par une exagération ou un aspect plus imposant des symptômes anatomiques et fonctionnaires par les quels nous avons précédemment retracé la forme de la conjonctivite subaiguë.

Le plus souvent ce début se manifeste par une cuisante douleur à l'œil avec sensation de pesanteur et de tension aux paupières et aux régions périorbitaires, aux quelles fait suite une énorme enflure des paupières qui se tuméfient toujours davantage par l'adjonction d'une extrême turgescence œdémateuse de la conjonctive bulbaire, qui se soulève en guise de bourrelet tout autour de la cornée, constituant ce qu'on appelle *le chémosis séreux*, qui quelques fois parvient à se faire saillant par l'ouverture palpébrale relativement resserrée et difficile à déclore par suite de la grosseur et de la tension des paupières. Dès les premiers jours un larmoîment abondant avec photophobie s'associe à ces symptômes, suivis d'un écoulement puriforme modéré aux angles palpébraux; le bulbe devient proéminent et immobile, le renversement de la paupière supérieure se rend difficile à cause de l'œdème sous-cutané, mais lorsqu'on y réussit on remarque la muqueuse uniformément et fortement rougie

si l'affection est primitive, tandisque s'il s'agit de la phase aiguë du procédé granuleux préexistant la tuméfaction hypérémique de la conjonctive présente encore la superficie irrégulière des végétations granuleuses caractéristiques et les sillons plus ou moins profonds qui les séparent semblent occupés par un pus muqueux, soit par des cellules épithéliales en voie de desquamation rapide. Cette première période du mal, du moins pour ce qui a rapport à la forme primitive, a une physionomie symptômatique fort semblable à celle de la conjonctivite catarrhale aiguë ou blennorrhagique et même de celle gonorrhéique dont elle diffère seulement par la qualité et la quantité de la sécrétion, évidemment purulente et très abondante dans ces dernières, puriforme, plus pauvre et mélangée à de nombreuses larmes dans l'autre, et par la forme du chémosis séreux et fluide dans la première, fibreux résistant dans les deux secondes. Que ces différences soient essentielles et non simplement de pure forme, nous le prouverons plus loin en démontrant que, outre leur expression virulente toute spéciale de ces procédés, elles sont encore la cause contiguë et principale qui produit dès le début des dégats graves et parfois irréparables de la cornée, tandisque durant la virulence de la conjonctivite granuleuse on ne remarque que de simples érosions périphériques ou centrales des épithélies, et tout au plus les ulcères ainsi dits catarrheux et limités, qui percent rarement, compliqués à de partielles exubérances iridiennes.

A cette première période de la plus grande virulence de l'évolution, qui dure ordinairement de 8 à 10 jours, si attentivement soignée, et peut se prolonger jusqu'à deux et trois semaines, si mal soignée, ou négligée, il en succède une seconde, pendant la quelle la sécrétion catarrheuse ou puriforme cesse presque complètement et le chémosis ainsi que la tension cutanée des paupières diminuent grandement. Comme cependant en voit persister la photophobie, le larmoîment et la turgescence irrégulière de la muqueuse palpébrale, à cette phase du mal se manifeste assez souvent par cause des contractions du muscle orbitaire, ce qu'on nomme l'*ectropion spathique,* très souvent difficile à replacer parceque l'astriction qu'il produit relâche le cercle veineux et établit par conséquent un accroissement de la tuméfaction.

Après avoir vaincu cette complication, qu'on peut le plus

souvent éviter du reste, ainsi que nous le verrons dans la suite, en adoptant préventivement les mêmes moyens qui sont conseillés pour s'en défaire, la conjonctive palpébrale et bulbaire reste à peu près dans les mêmes conditions que nous avons vues caractériser la forme subaiguë de cette affection. Si les complications cornéennes dont j'ai fait ci-devant mention n'existent pas encore, la maladie est sujette dans sa dernière évolution aux mêmes phases et conditions plus ou moins variées indiquées précédemment, en les attribuant aux circonstances spéciales des malades et à la nature des causes nuisibles aux quelles ils s'exposent, non moins qu'au traitement souvent inopportun au quel ils sont soumis.

Je dirai maintenant quelle est la thérapeutique que j'ai trouvé jusqu'ici la plus convenable à ces trois variétés de la conjonctivite granuleuse, et je mettrai à l'appui de mes assertions les résultats obtenus dans les cinq dernières années chez les malades de la Clinique et chez ceux du Dispensaire résumant l'histoire des cas les plus graves et les plus intéressants.

Partant de ce que j'ai dit jusqu'ici sur la genese, les causes et la symptômatologie des trois principales variétés ou gradations de la *conjonctivite granuleuse*, il faut déduire les indications thérapeutiques de la qualité des altérations anatomiques, des désordres secondaires des fonctions ainsi que des complications éventuelles générales et locales, qui se trouvent déja associées au développement primitif ou originaire, quand on voit pour la première fois le malade ou qui se manifestent ensuite pendant l'évolution plus ou moins régulière de la maladie.

La forme plus bénigne que nous avons appelée *conjonctivite granuleuse simple* pouvant naître spontanément sous l'influence de causes irritantes ordinaires, ainsi que d'une source contagieuse dérivant de conjonctives affectées du même mal, exige avant tout une hygiène oculaire rigoureuse, tendant à détruire ou à diminuer l'influence des causes qui l'ont produite. Par conséquent si l'on est fondé à croire que la cause determinante soit d'habiter ou de passer de longues heures de la journée dans des locaux peu propres, mal aérés où est assemblé un nombreux personnel, ainsi que dans des salles très humides, imprégnées de poussière, de fumée voltigeant dans l'air, il faut conseiller au malade de s'éloigner de ces lieux, ou tout

au moins de les aérer souvent; de neutraliser les causes nuisibles par de bons bains d'air libre et pur, moyennant de fréquentes promenades. préférablement matinales, en des lieux peu ensoleillés et par des journées ni trop venteuses, ni pluvieuses, ni orageuses.

Si d'autre part on peut supposer raisonnablement que l'origine du mal est contagieuse, il faut éloigner les individus attaqués des lieux (écoles, casernes, usines) où réside la source contagieuse; mais pour que leur isolement ne devienne pas nuisible à d'autres il est ind.spensable que dans les familles, comme dans les colléges et surtout dans les hopitaux et dans les Institutions spéciales, les granuleux ne soient pas confondus dans les mêmes salles qu'habitent les indivus sains ou affectés d'autres maladies oculaires non contagieuses, car sans cela tôt ou tard un certain nombre de ceux-ci finiront par contracter la même maladie dans ses diverses gradations. Si cette règle générale souffre quelque fois des exceptions cela signifie que dans cette contagion comme dans toutes les autres il y a des personnes réfractaires qui jouissent d'immunité. Mais il y a un fait digne de remarque, et c'est, que si l'on réunit beaucoup de granuleux dans un même local qui ne soit ni assez vaste ni assez aéré, il arrive que chez bon nombre d'entre eux les granulations, au lieu de se résoudre spontanément ou sous l'influence des modifications, continuent à végéter progressivement et s'associent facilement à ces irritations phlogistiques ou congestives qui caractérisent la forme aiguë, ou sub-aiguë de la maladie dont nous avons expliqué les possibles complications successives.

Si à cette observation on en ajoute une autre constatée par plusieurs médecins militaires très respectables, et qui consiste dans la manifestation de l'ophtalmie granuleuse chez des soldats qui en avaient été exempts par le passé, par le seul fait de venir habiter dans des caserues où peu de temps avant avaient sejourné d'autres militaires affectés du mal en question, on serait autorisé à croire que, lorsque plusieurs granuleux sont restés dans des lieux clos, tels que dortoirs, écoles, infirmeries, etc., l'air de ces salles peut être infecté par les molécules volatiles du principe contagieux.

Et si ces molécules sont représentées par des particules desséchées de pus muqueux qui se sont détachées de la lingerie

ou des vêtements des sujets granuleux, comme on les regarde constituées par une humeur spéciale sortie des cellules qui composent les granulations mêmes, il est facile de comprendre de quel manière l'air en s'infectant peut servir de véhicule au transport de la matière contagieuse sur des yeux sains, pour y déterminer la maladie, de même que sur des yeux déjà affectés pour rendre le mal plus grave et plus obstiné.

Ce que recommandait le D.r Quadri à ce sujet était donc d'une rigoureuse justice, savoir: que l'air libre ne fit pas défaut au malade, que les salles où plusieurs individus sont réunis soient bien exposées et bien aérées, que la localité où ils vivent ne soit pas surchargée d'humidité dans la quelle le principe contagieux se dissout, se transforme plus facilement et donne un nouvel aliment à cette prolifique affection cellulaire, principe constitutif des granulations. Il eut l'occasion de se convaincre que dans les hôpitaux militaires les granulations devenaient plus obstinées et plus rebelles toutes les fois que les infirmiers, ou par indolence ou par oubli, négligeaient de maintenir dans les salles une ventilation convenable. A propos et à l'appui de ce fait je puis en ajouter un que j'eus l'occasion de constater lorsque je fus appelé en aide aux oculistes de notre hôpital militaire. Il y avait plusieurs malades dont les granulations ou ne subissaient aucune amélioration, malgrés tous les remèdes employés, ou se faisaient plus végétantes et plus irritées, soit qu'on mit en usage, soit qu'on suspendit les expédients locaux. Hé bien, presque tous ces malades obtinrent ou une guérison radicale ou au moin une amélioration très sensible dès qu'ils purent obtenir du Ch. Giudici, à cette époque médecin directeur de l'hôpital, le permis d'une promenade quotidienne à l'air libre dans les alentours de la ville.

De ces observations pratiques il y a deux préceptes hygiéniques importants à tirer, que je n'ai jamais manqué de suivre à cet Institut et que je n'ai jamais omis de recommander à ceux qui viennent se faire soigner au Dispensaire, c'est à dire de séparer rigoureusement les individus sains et ceux affectés d'autres infirmités oculaires des sujets attaqués de granulations, et de ne jamais réunir un trop grand nombre de ces derniers dans une seule chambre, sinon avec la possibilité de pouvoir l'aérer souvent.

J'expliquerai maintenant quels sont les moyens locaux que

j'emploie d'ordinaire pour obtenir la résolution des *granulations primitives simples* ou associées à de legères hypérémies avec catarrhe de la conjonctive palpébrale.

Considérant la granulation primitive ou simple comme une hyperplasie sous-épithéliale du conjonctif interposé aux glandules muqueuses de la conjonctive, les modificateurs les plus indiqués doivent être ceux qui en déterminant une irritation modérée et temporaire dans les éléments histiologiques de la prolification morbide et dans les capillaires sanguins et lymphatiques qui l'entourent et lui appartiennent, servent à déterminer dans les éléments mêmes la marche rétrograde et leur consécutive résolution, et qui pouvant être absorbés dans les interstices de la néoformation morbide ont le pourvoir de déterminer dans ses éléments cette désagrégation et ces métamorphoses, qui les rendent susceptibles d'être réabsorbés et de rentrer dans le torrent circulatoire.

Appartiennent à la première catégorie ce que nous appelons les astringents, tels que les légères solutions de *sulfate de zinc*, de *sulfate de cadmium*, d'*acide tanique*, d'*acide chromique* et d'*acétate de plomb*, parfaitement porphyrisé; à la seconde les remèdes qui passent pour dissolvants par excellence, comme les préparations légéres de mercure, tels que le *calomel à vapeur*, l'*oxide jaune*, le *précipité blanc*, associées au glicérolate d'amidon ou à la vaseline.

J'ai l'habitude de préférer l'une ou l'autre de ces solutions quand les granulations sont rares, molles, peu proéminentes, et je les instille une ou deux fois par jour ou à jour alterné, selon la tolérance individuelle. Toutefois, comme il arrive souvent qu'après un certain temps, l'état stationnaire des végétations conjontivales semble indiquer l'épuisement d'efficacité d'un de ces remèdes, je lui en substitue alors un autre, ou je les alterne l'un à l'autre, sauf à en employer un troisième si cette immobilité continue, même après avoir mis un certain sursis à toute médication. Par ce système je puis dire d'avoir obtenu la résolution des granulations primitives dans presque tous les 150 cas de ce genre que j'ai traités au Dispensaire en un laps de temps assez court.

Quant au contraire les granulations sont plutôt abondantes et volumineuses, ou de forme fongueuse plutôt dure, je préfère aux solutions astringentes les onguents résolutifs, dont

le plus activement efficace est à mon avis celui d'oxide jaune de mercure hydraté, réduisant toute fois de deux tiers la proportion formulée par Pagensteker qui devrait contenir 1 gramme d'oxide sur 8 de glicérolate, tandis que je me limite à 30 centigrammes sur la même dose d'excipient, le trouvant ainsi beaucoup moins irritant, mieux toléré et évidemment efficace.

A la suite de l'usage de cet onguent que j'emploie à jours alternés d'abord, puis journellement après quelques semaines, l'hypérémie artificielle, que l'on provoque tour à tour, semble activer la circulation aussi bien dans les capillaires sanguins et lymphatiques approchant que dans ceux qui constituent et alimentent les granulations mêmes; et cetfe activité de la circulation peut-être associée aussi à quelque action cataleptique de la préparation mercurielle est-elle cause des métamorphoses résolutives, c'est-à-dire du ramollissement d'abord et de la résorption ensuite des éléments lymphoïdes qui constituent la morbide végétation prolifique végétant dans la trame adénoïde de la conjonctive?

Le fail est que, s'il ne survient pas d'accidentelles recrudescences à la suite de l'emploi de cette pommade, les granulations deviennent plus rougeâtres, mais elles se modifient aussi bien dans les apparences que dans la forme, diminuant de quantité, de volume et de consistance jusqu'à disparaitre complètement dans l'espace de quatre à cinq mois.

Quelque fois néanmoins par l'effet de cet onguent, ou sous l'influence d'autres causes irritantes ordinaires, les granulations se tuméfient au contraire davantage en se compliquant d'un catarrhe palpébral. Dans ces cas je remplace la pommade par de légères frictions au moyen des cylindres de nitrate d'argent sur les granulations, dont l'excessive activité de prolification va en diminuant, ainsi que les tendances à l'exfoliation des épisthélies, constituant le catarrhe produisent une nouvelle stimulation modérée qui en active la résorption. Cependant ces frictions de la pierre infernale ne doivent pas être trop fréquemment répétées, car les excitations irritatives trop réitérées ou trop violentes favorisent la repullulation, au lieu de la résolution des néoformations morbides. C'est précisément pour cela que je les pratique à jours alterné ou même une seule fois chaque deux ou trois jours, jusqu'à voir enfin la complication du catarrhe réduite à ses moindres termes.

Arrivé là, et quelques fois même avant, lorsqu'il ne m'est pas donné de voir le malade avec la fréquence nécessaire, j'emploie alors la pommade dont on doit la formule à Guthrie (1). Le beurre en se dissolvant graduellement sous la simple influence de la chaleur du bulbe sert fort bien à distribuer avec une parfaite égalité sur toute la superficie conjonctivale le nitrate d'argent, l'acétate de litharge et le laudanum contenus dans cette pommade, sans que ces ingrédients altèrent d'aucune sorte même l'epithélium encore intact de la cornée.

Le nitrate d'argent et l'acétate de litharge auraient encore ici le but de modérer l'exfoliation catarrhale des épithélies conjonctivales et de produire un certain degré de resserrement dans le tissu des granulations, tandis que le laudanum par l'action calmante que lui confère l'opium, serait destiné à adoucir l'irritation nerveuse qui accompagne quelques fois cette simple évolution, ou tout au moins à tempérer et abréger la douleur que produiraient les deux autres substances seules, et, par son action stimulante, servirait à renforcer les effets dont elles sont susceptibles. Par suite de ces propriété, cette formule est une des mieux tolérées, et, quoique très ancienne toujours employée, malgré la manie de chercher et de prescrire de nouveaux remèdes.

Au moyen de cet onguent seul ou alterné avec quelques touches de la pierre infernale, je me rappelle d'avoir soigné au Dispensaire au moins 200 malades qui présentaient la conjontivite granuleuse primitive avec un léger catarrhe palpébral coexistant.

Quant ce dernier avait cessé complètement ou presque complètement, j'avais alors recours tous les trois ou quatre jours aux touches des rares granulations persistantes par les cristaux de sulfate de cuivre, qui, sans produire même la petite escare superficielle de l'épithelium, servait par son action modérée irritative à les résoudre complètement, laissant à la conjonctive son intégrité physiologique.

On ne tint aucune note de traitement de cette série de malades parce qu'aucun d'eux n'offrit jamais des conditions su-

---

(1) Nitrate d'argent cristallisé 10 centig. — Beurre frais 10 gram. — Acide de litharge et laudanum de Sydenham^{aa} 30 centig.

sceptibles de réclamer leur admission à la Clinique, fut-ce même temporairement; je n'ai donc aucune histoire détaillée à rapporter, mais je puis assurer néanmoins que la plus part ayant constamment suivi les prescriptions et employé les remèdes indiqués, guérirent radicalement dans le laps de temps assez bref de quatre à huit mois.

Un certain nombre cependant, ayant délaissé après quelque temps tout traitement hygiénique et local, eurent à subir une reprise lente de la maladie, c'est-à-dire des irritations subaiguës, et si nous avions tenu note de leur personnalité, comme nous aurions dû le faire rigoureusement, nos tableaux nosologiques auraient porté à un chiffre un peu plus élevé les malades de conjonctivite granuleuse. Ces malades, néanmoins, par leur incurie, nous ont fourni malgré eux l'occasion d'expérimenter sur une échelle plus vaste les expédients curatifs les mieux indiqués contre la forme *subaiguë ou lente de la conjonctivite granuleuse*, et par conséquent, sous un certains point de vue, je dois leur en être reconnaissant, parce qu'il m'ont mis à même d'appuyer par un plus grand nombre de faits ce que je dirai relativement à ces expédients, en suivant le même ordre que j'ai tenu pour établir les cadres symptômatiques que cette forme peut offrir.

Durant la période qu'on pourrait appeler d'*irritation congestive*, quand elle est primitive et d'*irritation phlogistique*, quand elle représente un accroissement ou une évolution spontanée de la forme préexistante, forme plus tempérée, négligée ou mal soignée, j'ai pour habitude de me limiter pendant les premiers jours à l'application, souvent renouvellée, de compresses à l'eau végéto-minérale mélangée à une petite quantité d'eau distillée de laurier-rose, sur les paupières ce que je trouve préférable aux épithèmes d'eau froide ou glacée, dont j'ai fait plusieurs fois l'essai, sans les trouver le plus souvent tolérables ni utiles.

Dans le but enfin de calmer quelque peu l'irritabilité ou l'irritation des nerfs ciliaires signalée par la douleur de la photophobie et par le larmoîment consécutif, je fais instiller trois à quatre fois par jour un collyre d'atropine (1) qui, dans les

(1) Sulfate d'atropine 5 centig. — Eau distillée 15 gramm.

premiers jours produit difficilement la mydriase complète, parce que le spasme pupillaire consensuel de l'irritation conjonctivale prévaut encore sur l'effet paralysant du solanacé de belladone.

Comme dans le début de cette affection on trouve presque toujours réunis un peu de céphalée congestive et les signes du catarrhe gastrique, je conseille, outre une légère diète, quelque purgatif ou mieux encore les poudres résolvantes à la rhubarbe, afin d'obtenir le bénéfice d'une bonne révulsion intestinale. Par ce moyen on réussit le plus souvent à diminuer considérablement la turgescence conjonctivale et l'irritation spéciale qui s'y associe, et, alors seulement, on peut mettre la main à ces remèdes locaux qui servent à modifier l'hypervégétation morbide de la muqueuse palpébrale.

Lorsque les moyens que je viens d'indiquer ne suffisent pas, ce qui arrive surtout chez les sujets robustes et sanguins, il n'est jamais nuisible et souvent il est utile d'avoir recours à une évacuation sanguine par le moyen des sangsues. Il ne faut cependant pas en appliquer un trop grand nombre et toutes près de l'œil, par ce qu'elles provoquent ainsi une abondante et immédiate évacuation, plus nuisible qu'avantageuse, parce que l'affaiblissement ou la paralysie vaso-motrice, qu'elle produit dans les vaisseaux normaux et néoformés du parenchyme conjonctival, retarde au lieu d'aider les métamorphoses des éléments prolifiques dans le tissu cytogène qui constituent les granulations; en en appliquant au contraire un petit nombre d'abord à l'une ou aux deux protubérances mastoïdes, selon que l'affection occupe les deux cotés ou un seul, et ensuite à l'une ou aux deux régions temporales, on en obtient un écoulement moins abondant, mais plus continu, qui sert beaucoup mieux à diminuer l'hypérémie des granulations et la turgescence congestive, ou phlogistique diffuse au parenchyme conjonctival de la paupière et du bulbe. Ce but obtenu, on voit la pupille répondre à l'action de l'atropine en se faisant complètement mydriatique; alors on est sûr que l'irritation artificielle des remèdes locaux, qui doivent faire résoudre les néoformations granuleuses sera facilement supportée et deviendra utile au but qu'on veut atteindre.

Quel est enfin parmi les topiques préconisés par les praticiens celui qui sera mieux toléré et plus efficace lorsqu'avec les granulations il y a encore des résidus congestifs ou phlo-

gistiques du parenchyme conjonctival? Le nitrate d'argent-mais sons quelle forme? Non certainement celle des solutions ni des pommades, car, si elles sont légères, elles ne font qu'exciter ou augmenter la congestion irritative du bulbe, sans modifier aucunement les granulations palpébrales, si toutefois elles n'en angmentent pas la turgescence ou n'en facilitent pas la végétation; si elles sont au contraire très saturées elles ne peuvent apporter une modification quelconque aux granulations palpébrales sans préjudice de l'intégrité de la cornée en y déterminant des excoriations épithéliales, qui peuvent s'ulcérer et provoquer plus tard des procédés parenchymateux susceptibles à leur tour de s'associer à des affections de l'iris, du corps ciliaire ou de l'entière choroïde.

La forme, selon moi, la mieux adaptée, est celle du cylindre, cylindre élastique de nitrate d'argent, au moyen du quel on agit directement et exclusivement sur le corps des granulations en y provoquant une petite escare superficielle des épithélies, et une irritation modérée des éléments fixes des granulations, la quelle, en y accélérant les métamorphoses résolutives, détermine aussi dans les vaisseaux passivement étendus de la conjonctive bulbaire, hypérémique et œdémateuse une animation artificielle de circulation, opportune à les faire resserrer et à favoriser la résorption des exsudations interstitielles qui contribuaient à maintenir la tuméfaction dans son tissu.

Pratiquant de fait une fois par jour la touche superficielle des granulations avec le cylindre argentique on en voit diminuer graduellement la tuméfaction, décroitre également le chémosis et l'hypérémie passive de la conjonctive bulbaire et au lieu du larmoiment précédemment assez abondant, on voit se manifester et prévaloir le catarrhe simple ou puriforme, qui néanmoins, chez les individus traités dès le principe par ce système, n'est point aussi important que lorsque dès le début du mal on n'a fait aucun traitement, ou qu'on a adopté exclusivement la méthode antiphlogistique.

C'est précisément pour ce motif que lorsque le catarrhe fait son apparition il n'est point nécessaire d'employer l'usage du cylindre chaque jour, mais il suffit de le faire à jour alterné et même tous les deux ou trois jours; quand au contraire le premier traitement a été basé sur une autre système, que la

sécrétion muco-purulente se manifeste avec une certaine abondance, il est convenable d'en alterner l'application avec les instillations d'atropine même deux à trois fois par jour jusqu'à voir s'affaiblir graduellement l'écoulement muqueux, qui démontrait la nécessité des applications réitérées.

L'usage du cylindre argentique est selon mon opinion préférable à la méthode des touches faites avec le pinceau, préalablement humecté, puis frotté sur la pierre infernale, d'abord parce que ce système est d'une pratique difficile lorsque, par cause de la tuméfaction des paupières, il est à peu près impossible d'en faire le renversement, ensuite parce que, admettant même une parfaite retouche, si parfaitement qu'on neutralise au moyen de l'eau chloro-sodique la surabondance de nitrate d'argent, il est sûr qu'elles produisent une escare plus profonde et plus irrégulière et déterminent momentanément dans les granulations sous-jacentes une irritation assez prononcée qui ne cesse pas même lorsque l'escare est prête à tomber, et peut par conséquent fournir un nouvel élément au développement des granules plutôt que d'en faciliter la résolution. Si puis quelque parcelle de nitrate, échappée à la neutralisation artificielle, vient à se mêler aux larmes il peut en résulter des excoriations plus ou moins profondes sur la cornée et avec des conséquences graves.

La petite escare superficielle au contraire qu'a produit la pierre infernale est suffisament neutralisée et éliminée par les simples larmes que les touches ont provoquées et il n'arrive même jamais qu'elle porte préjudice à l'intégrité de l'épithelium cornéen. Le nitrate d'argent est donc encore utile sous cette forme même dans les périodes aiguës de cette phlogose spéciale de la conjonctive, où, à sa végétation, s'associe une hypérémie correspondante, car il sert à rallentir la productivité exagérée ou l'hyperplasie des éléments de la muqueuse tant profonds que superficiels. Cette même raison le rend nuisible et conséquemment contre-indiqué lorsqu'il existe l'ainsi dite *infiltration jaune* éminemment néoplastique, qui constitue le *trachôme primitif* ou la *dégénération trachomateuse*, qui au lieu de déterminer une productivité exagérée dans les éléments de la muqueuse possède le don diamétralement opposé de détruire ou d'atrophier progressivement les éléments normaux.

Mais il faut que je mentionne ici un autre moyen qu'on peut dire auxiliaire du nitrate d'argent, parce qu'il a la vertu de mettre un frein à l'activité productive de la muqueuse conjonctivale et de faciliter la résoption des éléments néoformés constituant les granulations, et ce moyen c'est la compression par l'entremise d'un bandage oblique qui étreint les paupières contre le bulbe sans néamoins les presser excessivement. Parmi les différentes méthodes de bandage conseillées par les oculistes, la meilleure, selon moi, est celle qu'Arlt emploie habituellement pour la médication des sujets opérés de cataracte et des malades affectés d'avancement iridien. Il applique avant tout directement sur les paupières une bonne touffe de fine charpie et en telle quantité à pouvoir remplir la cavité que présente l'arcade orbitaire, il y ajoute un lit de coton cardé et fixe cette première couche protectrice par deux lisières de toile munies à leurs extrémités de cérat adhésif pour les coller sur le front et sur la joue. Sur cet appareil préliminaire il pose obliquement un morceau de flanelle elliptique d'une longueur de 22 centimètres sur 6 de large, coupé en biais par rapport à la trame, au bout du quel se trouvent cousus deux rubans un peu larges, quelque peu élastiques, non pas lisses mais revéches, l'un et l'autre d'une longueur de 94 centimètres, qui par un enroulement diagonal doivent border et comprimer légèrement les parties latérales de la flanelle qui touchent le zygoma et l'arcade orbitaire; ces rubans s'attachent enfin derrière la tête sur la partie opposée à l'œil bandé. Enfin pour empêcher un déplacement accidentel de ce bandage il entoure la tête de deux autres tours de bandelettes qu'il noue sur le front du patient. Ce renfort du bandage peut être simplifié en dounant une plus longue dimension aux deux rubans adhérant à la flanelle, et après avoir fait avec eux un demi-nœud audessus de la bosse occipitale on les fait arriver sur le devant pour les lier ensemble sur le front.

Il est évident que par ce système de bandage l'activité de la pression est exercée par les lisières de toile appliquées directement sur la couche de coton et par les deux rubans supérieurs qui y correspondent et qui maintiennent simétriquement étendu le morceau de flanelle et que par conséquent la majeure pression a lieu sur les parties plus résistantes, l'arcade orbitale et le zygoma′ et la pression plus uniforme et plus égale sur les

parties latérales et centrale du bulbe par les touffes de charpie et de coton; au besoin on peut augmenter cette pression sur telle ou telle autre partie en augmentant l'épaisseur du coton et de la charpie sur la place où l'on veut exercer une pression plus forte.

Un tel bandage contribue grandement à faire disparaitre ou du moins à empêcher l'accroissement de la tuméfaction œdémateuse de la paupière, ainsi que le chémosis de la conjonctive bulbaire, et c'est encore le meilleur moyen pour obvier à la formation de l'ectropion espathique ou pour le faire disparaitre s'il est déja formé. Enfin quand les végétations granuleuses sont déja prononcées et discrètement hypérémiques, ce bandage sert à y amoindrir l'affluence exagérée du sang, en les obligeant à subir d'une part la force active du bandage et de l'autre la résistance passive du bulbe et tandisqu'il facilite la rentrée dans le circuit des éléments hyperplastiques, il empêche de s'en former de nouveaux.

On peut très bien dire, selon l'expression de Maroni, que la compression détermine les conditions mêmes, en force des quelles survient à un moment donné l'anémie, la dégénérescence et la résorption des éléments néoformés, qu'ils appelle trachomateux et que je dirai granuleux, avec la différence, qu'en l'activant à une époque où les éléments normaux de la conjonctive ne sont encore ni dégénérés ni détruits, on peut espérer la guérison de la maladie avec le rétablissement des conditions physiologiques de la membrane qui en était le siége. Dans le cas puis où l'affection se limite aux paupières d'un œil, le bandage plus ou moins compressif, en isolant complètement la partie malade de la saine, il sert très opportunément à empêcher que la même maladie se communique par contagion aux paupières de l'autre œil.

Le bandage du reste, pour être toléré et avantageux, doit être bien appliqué et convenablement serré, et doit être renouvellé chaque deux ou trois heures, surtout pour changer la charpie et le coton éventuellement imprégnés de pus. Mais il n'est pas toléré et est même contre-indiqué dans les cas seuls où il existe des complications endoculaires qui peuvent augmenter la pression intérieure du bulbe, complications qui n'e se révèlent jamais ni quand la conjonctivite granuleuse subaiguë est de date récente, ni quand elle se vérifie chez des individus

de bonne constitution privés d'affections viscerales du système cardiaco-vasculaire ou de la sphère nerveuse.

Lorsque par l'usage des moyens indiqués les granulations son devenues moins abondantes, moins tuméfiées, peu sécrétoires, mais plutôt dures et sèches, devenant un cas presqu'isolé à la conjonctive palpébrale, à peu près dépourvu de toute complication irritative du bulbe, le remède souverain, qui avec l'aide du temps, réussit à les résoudre entièrement, c'est le sulfate de cuivre en pierre lisse, qu'il faut appliquer et non frictionner à des paupières soigneusement retroussées sur toute la surface granuleuse. Et ces touches, presque instantanées, si les granulations sont rares et peu fluantes, plus prolongées si elles sont nombreuses et serrées, doivent se faire à jour alternatif pendant les premières semaines, puis tous les deux ou trois jours et même le double, selon qu'il se manifeste des espaces libres où la conjonctive apparait dans son état physiologique. Il ne faut jamais en suspendre complètement l'emploi, tant que toute inégalité de la conjonctive palpébrale ne sera pas disparue, car si on en délaisse l'application avant d'avoir obtenu ce résultat, de même qu'en négligeant les règles hygiéniques recommandées, on peut être sûr de les voir repulluler associées la plus part du temps à quelques unes des complications cornéeunes que nous avons mentionnées.

Si, en outre, la recrudescence accidentelle se limite à un nouveau soulèvement hypérémique des granulations et à la formation d'un pannus léger, partiel ou diffus de la cornée, ce n'est point le cas de suspendre l'emploi du sulfate de cuivre, mais il est presque toujours opportun de détuméfier préalablément les granulations moyennant des scarifications multiples, mais très légères et superficielles, à la suite des quelles l'effet modificateur du sulfate de cuivre se fait mieux sentir et devient évidemment et plus rapidement avantageux.

En lieu et place du sulfate de cuivre, surtout lorsque les malades ne peuvent se rendre avec la fréquence nécessaire chez l'oculiste, le D.r Buys proposa dès 1851 l'application immédiate de la poudre d'acétate de plomb parfaitement porphyrisée, par la quelle l'illustre médecin belge assurait d'avoir obtenu des effets surprenants dans une épidémie de cette affection, qu'il avait observée à l'Ecole de Ruysseleder. Dès l'année suivante le prof. Quaglino fit dans notre *Gazzette médicale*

l'éloge de ce remède, décrivant d'une manière magistrale la meilleure manière de son emploi pour éviter les périls et les dommages qu'il pent causer, surtout en en faisant usage dans des cas où se vérifient certaines complications cornéennes.

Malgré tout le respect dû aux nombreux auteurs et praticiens renommés qui ont vanté et vantent encore l'efficacité extraordinaire de ce médicament, je déclare franchement que, quoique ou plutôt parce que j'en ai fait usage et l'ai vu employer sur une vaste échelle, soit à l'époque où j'étais assistant au dispensaire du prof. Quaglino, soit lorsque j'eus à soigner les granuleux dans les hôpitaux militaires, j'ai acquis la ferme conviction qu'il est rarement utile, appliqué sur les granulations molles et plutôt récentes, sans accompagnement d'irritation bulbaire ou de complications cornéennes. Dans diverses circonstances au contraire lorsqu'il n'éveille pas une irritation plus forte que celle qui existe déja dans le parenchyme conjonctival, le sulfate de plomb ne fait que masquer temporairement les granulations par un albuminate, c'est-à-dire par un corps étranger, semi-métallique qui s'interpose ou se surpose à elles en les rendant plus âpres. Et cette source d'irritation mécanique qui s'adjoint à elles je ne pense pas qu'elle puisse rester longtemps inoffensive, surtout au tissu délicat de la cornée transparente qui en subit directement ou indirectement l'influence.

Il est vrai que si le sel de plomb a été employé en petite quantité et réparti avec une certaine irrégularité, son action, action corrodante, en aplanissant et en faisant pâlir quelques groupes de granulations ne sait empêcher que d'autres ne se renflent et s'engorgent de plus en plus, ou qu'elles n'engendrent avec plus d'abondance jusqu'à couvrir les interstices des soudures. Et dans ce cas le nouveau ciment enseveli dans les anfractuosités des récentes et des anciennes néoformations granuleuses trouvera difficilement le moyen de se redissoudre et de disparaitre après avoir atrophié celles avec les quelles il était précédemment combiné chimiquement; mais il servira plutôt d'aiguillon à de nouvelles productions et d'obstacle à la résolution des préexistantes, occasionant les recrudescences graves du procédé et les complications cornéennes successives.

Si au contraire il est employé quand les végétations de la conjonctive ne sont encore ni abondantes ni dures, ni trop

inégales, et si la quantité de sel identifié avec la couche plus superficielle des granulations est telle de former sur elles un enduit plus ou moins graveleux et irrégulier, il n'en surviendra pas les recrudescences irritantes mentionnées ci-dessus, mais, en obstruant les petites ouvertures terminales des glandes sécrétant l'humeur nécessaire à la fonction physiologique de la conjonctive tarsale, il devra indubitablement altérer les rapports nutritifs qui existent entre les divers éléments anatomiques qui la composout et qui l'attachent par continuité et par contiguïté à sa partie réflexe et au tissu tarsal inférieur ainsi qu'aux couches plus superficielles de la cornée; et par une telle altération des relations hydrauliques et nerveuses qui existent entre ces couches et les diverses parties de la conjonctive blépharobulbaire, il en résultera un autre facteur de complications nouvelles de la cornée, ajouté à celui déja dangereux qu'il faut attribuer à l'action mécanique irritante de l'acétate de plomb identifié avec la surface des granulations.

Par conséquent je ne puis convenir avec le D.r Maroni de l'opportunité d'appliquer l'acétate de plomb sur les granulations qui ont de préférence leur siége sur la partie réflexe de la conjonctive et qui présentent l'aspect des œufs de grenouille, signe caractéristique, selon Arlt, des vrais granules trachomateux, qui pour être précisément néoplastiques et non hyperplastisques tendent à atrophier et nont pas à hypertrophier les éléments normaux de la conjonctive. Et par suite si l'on veut en employant le moyen susindiqué dénaturer par une artificielle combinaison chimique les éléments superficiels de la conjonctive qui ne sont pas encore dégénérés ou atrophiés par le néoplasme inférieur, afin de s'opposer à ses évolutions spontanées, il peut en résulter deux conséquences également funestes, savoir: ou que l'atrophie conjonctivale se trouvera accélérée par la constriction superficielle et par le développement simultané de la filtration trachomateuse, ou que, par l'irritation artificielle de la conjonctive réflexe, par suite de l'altération des rapports de celle-ci avec le reste de la muqueuse blépharo-bulbaire, ou voie se produire dans ses parties libres des complications irritatives dont les conséquences peuvent être même très graves, par cause de la spéciale susceptibilité locale et générale des sujets chez les quels cette espéce morbide est naturelle. Si l'on veut enfin appliquer la poudre d'acétate de

plomb quand la filtration trachomateuse occupe également la conjonctive tarsale et les anfractuosités des granulations hypertrophiques, comme il arrive dans les cas de dégénérescence trachomateuse de la conjonctivite granuleuse proprement dite, il peut survenir ou que cette poudre produise le resserrement artificiel des éléments superficiels de la muqueuse sans arrêter l'expansion de la néoplasie sous-gisante, ou que celle-ci s'achemine à travers la trame du tarse pour le ramollir et en atrophier les éléments essentiels, et alors dans un cas comme dans l'autre on ne fera que hâter la manifestation des résultats plus graves, aux quels, comme nous le verrons ensuite, conduit le trachome lorsqu'il est abandonné à lui-même ou lorsqu'il est mal soigné.

Je ne voudrais pas qu'on croie que je dis tout cela avec une idée de préjugé sur le mode d'agir de l'acétate de plomb: les faits. et faits nombreux de ma pratique et de celle d'autrui, m'ont donné très souvent occasion de vérifier ce que j'ai dit jusqu'ici, et c'est pour cela que j'ai abandonné complètement l'usage de ce médicament dans le traitement des granulations, et ils ne m'ont pas engagé comme ne m'engageront peut-être jamais à en retenter l'épreuve ni les réminiscences de quelques cas exceptionnels où je l'ai vu employer et l'ai employé moi-même avantageusement, ni les assurances récentes des essais utiles que quelques uns en ont faits.

De préference, lorsqu'il ne m'est pas donné de voir le malade avec la fréquence qui est nécessaire pour les touches avec la pierre infernale ou les cristaux de sulfate de cuivre, je prescris de préférence les collyres et les onguents dont j'ai parlé précédemment et je n'ai jamais eu à me repentir de ce choix; tandisque dans les cas où j'avais à soigner des sujets traités ailleur par l'acétate de plomb et qui offraient néanmoins le repullulement des granulations ou quelque complication cornéenne requérant des soins spéciaux, je ne réussissais à obtenir quelque résultat des moyens les plus indiqués qu'après avoir par des scarifications ou des raclures répétées éliminé l'enduit d'acétate.

Venant maintenant à parler des médicaments que j'emploie d'habitude lorsque je trouve la conjonctivite granuleuse associée à quelqu'une des complications que j'ai énumérées précédemment, ou qui survient chez un malade dejà soumis

à une cure, je dirai d'abord que si je reconnais le simple *pannus modéré* ou *épithélial de la cornée* je n'ajoute ni ne change rien aux règles de traitement dont j'ai fait mention. Si au contraire le *pannus* est *charneux* j'alterne la médication locale à l'application de l'*onguent mitigé* de Pagensteker et j'y joins les frictions sur les deux cotés du front d'*onguent bleu* associé à la *belladone.*

Si, comme cela arrive le plus souvent, il y a intervention de pustules herpétiques précédées ou associées à des douleurs névralgiques avec signes de photophobie et manifestations de gastrite, je modère la diète et je prescris la poudre de *sulfite de magnésie* matin et soir, et dans la journée le *sulfate de quinine* en solution aromatisée de *laudanum* — jordonne dans un but revulsif la *teinture* d'iode, seule ou associée au *chloridrate de morphine* en frictions alternées de jour en jour sur le front, sur les *muscles de l'apophyse mastoïde* et sur la *nuque*, ou j'exécute de préférence des injections hypodermiques aux tempes et sur le front avec le *chloridrate de morphine.* Je m'abstiens de l'usage de caustiques quelconques et j'y substitue l'onguent de Pagensteker, si je vois que les pupilles aient subi l'effet du mydriatique, tandisque, si elles se montrent rébelles à l'action des calments par simple spasme du sphincter iridien, sans apparence de véritable iritis, je délaisse même cette pommade et je me borne à réitérer avec plus d'insistance les instillations et les injections hypodermiques de chloridrate de *morphine.* Enfin pour calmer davantage l'irritation des nerfs ciliaires je recommande l'application sur les paupières, pendant une heure ou deux le matin et une heure le soir, des épithèmes chauds par la double infusion de mauve et de camomille, ou encore les cataplasmes de farine de lin, que recommandait si chaleureusement le prof. Delmonte de Naples, qui sont, il est vrai, moins facilement tolérés, mais qui me réussirent très avantageux.

Les moyens que je viens d'indiquer suffisent le plus souvent pour améliorer en peu de jours l'irritation ciliaire et empêcher que les pustules cornéennes se changent en ulcères, et alors on peut avoir de nouveau recours à l'emploi des topiques que j'ai indiqué comme les plus aptes à produire la résolution des granulations, car ils servent en même temps à faire choir les excroissances épithéliales qui entouraient le contenu des

pustules et à activer la réparation des plaquettes qui en derivaient, comme encore à provoquer plus tard la résorption, en partie du moins, des éléments néoformés qui constituaient le trouble cicatraciel.

Quelques fois pourtant, ou parce que le sujet est de constitution éminemment lymphatique, ou parce qu'il se trouve sous l'influence d'une vraie dyscrasie herpétique et possède un érêthisme spécial de sensibilité, s'il omet de suivre les régles voulues d'hygiène, s'il néglige dès leur apparition ces suréxitations irritatives, ou bien s'il tente de les combattre par quelque moyen d'un empirisme admirable dont on trouve un peu partout les propagateurs, s'il est infin imprudemment traité avec les caustiques par qui se préocupe presqu'exclusivement des granulation à détruire plutôt que de l'œil à soigner, alors les pustules cornéennes se changent en ulcères autour des quels naissent de petits abcès, souvent compliqués d'hypopion, et toujours de fortes névralgies et qui finissent en se vascularisant par former le *pannus herpétique.*

Il arrive quelques fois que sous l'influence des mêmes causes locales ou générales on voit se former au centre de la cornée un ulcère à entonnoir ou à onglée, associé parfois à l'hypopion, le plus souvent à des névralgies douleureuses et à une tension endoculaire exagérée. Dans ce cas le rèmede souverain, l'antiphlogistique par excellence, le narcotique le plus rapide c'est la *paracentèse cornénne* pour évacuer l'humeur aqueuse, même deux fois dans les vingtquatre heures durant les premiers jours, puis une seule chaque deux jours, et cela tant que durent les symptômes et les douleurs qui caractérisent l'excessive tension endoculaire. De cette manière on dirige la perforation spontanée de l'ulcère cornéen, on détourne les fièvres névralgiques et on éloigne les dangers d'évolution endoculaire, toujours grave dans ses conséquences et on assure une plus rapide, moins étendue et moins opaque cicatrisation de la cornée, et enfin on rend à l'œil la force de tolérer les remèdes topiques dont il faut alors reprendre l'usage, soit pour résoudre les granulations palpébrales, soit pour rendre la plus grande transparence possible à la cornée voilée par une ou plusieurs taches cicatricielles ou par la vascularisation panniforme.

La paracentèse cornéenne n'est cependant pas suffisante si

l'indication n'en a pas été reconnue en temps utile, et, dans ce cas, la dureté lapidaire du bulbe, l'aspect quasi cadavérique, de la cornée, l'injection azurée de la région pérycornéenne, les nombreuses démonstrations variqueuses sous-conjonctivales en correspondance des muscles droits, la mydriase plus ou moins complète avec décoloration de l'iris et les douloureuses névralgies coïncidant avec l'abolition presque totale de la faculté visuelle, révèlent l'existence du *glaucome secondaire,* dont les signes ophtalmoscopiques ne peuvent guère être constatés par suite du trouble spécial des milieux transparents qui ne fait alors jamais défaut. Il y a urgence, en de tels cas, d'exécuter l'*iridectomie* qui rendra un certain degré de faculté visuelle, si du moins la complication glaucomateuse est assez récente, tandisque, en cas contraire, elle servira à faire cesser les douleurs névralgiques et à empêcher *la dégénérescence ainsi-dite glaucomateuse du bulbe.* Il est presque superflu d'ajouter que si des symptômes analogues, quoique d'intensité moins prononcée, se manifestaient aussi dans l'autre œil, il sera toujours prudent de dévancer l'exécution de l'*irideetomie* même dans ce dernier, plutôt que d'attendre en courant le danger de rendre infructueux les résultats de l'opération.

Si au contraire, comme cela arrive plus fréquemment, par suite de la prolongation et de la réitération de l'irritation des nerfs ciliares qui coïncide avec les complications cornéennes il se manifeste des *incidents aigus, subaigus d'iritis, d'irido-ciclyte* ou d'*irido-choroïdéite* denoncés par la tuméfaction pérycornéenne de la conjonctive, par la proéminence du bulbe, par la couleur anormale de l'iris, par l'inefficacité des mydriatiques, par des douleurs périorbitaires avec photophobie et larmoiement rebelles aux ressources ordinaires de la thérapeutique, au lieu d'insister dans l'emploi des sangsues, des purgatifs, des vésicatoires et des antispasmodiques, j'ai toujours utilement recours aux *injections hypodermiques de calomel* mélangé avec l'huile d'olive que j'applique d'abord à l'une et ensuite aux deux tempes si les deux yeux présentent les mêmes conditions. Les injections produisent pour premier effet dans les 24 heurs une tuméfaction plus ou moins considérable à la tempe et à la joue correspondante, qui s'associe souvent à un œdème palpébral et à des douleurs assez fortes qui ont une compensation pourtant constante dans l'amoindrissement de la

congestion bulbaire et des douleurs symptômatiques de l'affection iridienne ou irido-cornéenne. A mesure que se développe la suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, l'enflure de la joue et des paupières diminue et alors on voit cesser assez vite, non seulement tous les symptômes irritatifs du bulbe (*épiphore, phothophobie, exorbitisme, névralgies*), mais les granulations mêmes, d'abord très tuméfiées et hypérémiques, deviennent plus rares, moins tuméfiées et plus pâles, comme si l'hypérémie eut été détruite par les excisions ou les scarifications, et alors les topiques qui n'étaient pas tolérés auparavant, ou du moins semblaient inefficaces, sont alors avantageux pour en terminer la résolution.

Il est donc permis d'affirmer que le meilleur et le plus rapide effet de ce puissant moyen révulsif semble équivaloir à celui d'une application de sangsues en conséquence du dégorgement des vaisseaux oculaires qu'il produit en déterminant artificièllement une turgescence considérable dans ceux de la peau environnante et du tissu cellulaire sous-cutané, l'effet suivant et plus important surtout c'est de provoquer un véritable déplacement du travail phlogistique endoculaire en déterminant dans un tissu relativement superficiel et ignoble un processus artificiel flegmoneux, dont les produits peuvent et doivent même être évacués, sans qu'il subsiste ni résidu ni difformité; hormis une cicatrice linéaire blanche qui peut être masquée par les cheveux aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Mais outre l'avantage d'une révulsion énergique et profonde, égale à la gravité et à l'intensité de l'état inflammatoire dont on tente la réduction, je crois ques ces *injections de calomel* en produisent un autre par l'action dissolvante qu'exerce la petite partie du médicament qui est indubitablement absorbée. On observe constamment pendant les premiers jours un certain engorgement des glandes salivales, borné toute fois au coté où a lieu l'injection et cela est suffisant, crois-je, à prouver l'absorption partielle de la substance injectée quoiqu'à la fin, par l'incision qu'on exécute pour évacuer l'abcès qui y a été produit, on voie s'écouler avec le pus, le sang et le tissu cellulaire mortifié, une quantité telle de calomel qui semblerait non pas moindre, mais supérieure à celle qui avait été introduite. On a d'ailleurs une autre preuve qu'une absorption mercu-

rielle s'effectue en ce que lorsque ces injections se font à la tempe pour une iritis indubitablement syphilitique parce que connexe à d'autres signes évidents de syphilis constitutionelle, ces signes disparaissent, temporairement au moins, comme disparait l'iritis, ce qu'on ne pourrait expliquer sans admettre qu'il y a une certaine absorption mercurielle lorsque les injections se font à la tempe, de même que lors qu'on les pratique sur d'autres parties du corps pour le traitement paliatif, selon-moi, radical, selon d'autres, de la syphilis. Et c'est justement pour cela que ces injections sont doublement utiles dans les cas où les complications iridiennes ou cyclo-choroïdéennes peuvent être considérées, soit par les signes existant, soit par la confession du malade lui même, comme provoquées par contagion syphilitique.

Assez souvent néanmoins, quand ces manifestations de caractère aigu ou sub-aigu ont été enrayées à temps par le moyen révulsif indiqué, il reste des synéchies limitées ou étendues antérieures ou postérieures de l'iris à la cornée ou de l'iris à la capsule et un degré de tension endoculaire supérieur à la règle physiologique ; ces conditions rendent l'œil enclin à des recrudescences phlogistiques ultérieures et à de véritables accès glaucomateux. Dans ces cas mêmes il reste indiqué de recourir dans un but soit prophylactique soit curatif, à l'*iridectomie* qui, en ralentissant la tension extraordinaire produite dans l'enveloppe uvéale par les résultats d'irritations phlogistiques prolongées ou réitérées et en faisant disparaitre une partie du voile iridien qui sépare la chambre antérieure de la postérieure rend plus libre l'échange continu de l'humeur aqueuse et facilite la résolution et la résorption d'une gran partie des produits phlogistiques qui entouraient l'iris et le corps ciliaire ou l'entière choroïdée. Si puis ces synéchies iridiennes se trouvaient compliquées de pannus ou de taches cicatricielles plus ou moins denses et étendues de la cornée, l'*iridectomie*, en portant la pupille en correspondance avec la zône cornéenne restée plus transparente, obtient une amélioration immédiate des conditions optiques, et en déterminant une plus grande activité dans les courants exasmotiques, de l'humeur aqueuse procure un éclaircissement progressif et ultérieur des segments restés opaques, éclaircissement suivi nécessairement du retour plus ou moins complet de la faculté visuelle.

Passant enfin à dire quel est le traitement le plus utile dans cette *forme aiguë* de conjonctivite, je dois déclarer comme quoi il convient de mettre en usage aussi rapidement que possible les mêmes expédients que j'ai recommandé pour la *forme subaiguë* de la même affection.

Je dois faire noter toute fois que chez les individus très robustes et sanguins, ou qui par un excès anomal d'activité cardiaque ou par disposition habituelle ou héréditaire, si dès les premiers jours de la manifestation de la maladie ou renouvellement d'un procédé granuleux, il y a tuméfaction considérable des paupières ou de la conjonctive bulbaire, associée à céphalée et à orgasme fébrile, les sangsues, et mieux encore la saignée, peuvent être d'une indication nécessaire. Dans des circonstances pareilles l'énorme turgescence des paupières et de la conjonctive bulbaire en empêchant la libre circulation des vaissaux qui communîquent avec les membranes endoculaires arrive à provoquer dan ces dernières une congestion secondaire, et par suite un excès de pression endoculaire. Ici donc, plus que tout autre expédient la saignée est opportune pour anéantir la nouvelle complication qui entraine nécessairement avec elle un accroissement de la congestion irritative superficielle et rend par conséquent moins tolérées et moins efficaces les médications locales, tandis qu'en provoquant par la saignée une très utile déviation du courant sanguin pour dériver l'affluence excessive du sang des vaisseaux endoculaires engorgés ou rendre mieux toléré, plus rapide et plus efficace la cure locale. Après la saignée ou en son lieu et place les applications de sangsues sont indiquées pour le plus grand nombre de ces genres de malades, mais, si mêmes celles-ci n'arrivent pas à enlever le chémosis qui en étranglant périphériquement la cornée peut y produire des ulcères catarrheux périphériques ou même des abcès centraux, il faut alors recourir a l'*excision de toute la partie soulevée de la conjonctive qui forme bourrelet autour de la cornée,* aidant ensuite l'écoulement sanguin par le moyen des épithèmes d'eau tiède.

La scarification minutieuse des granulations peut être requise plus fréquemment dans cette variété morbide, soit dans sa phase la plus aiguë, soit encore et plus souvent, dans les successives recrudescences congestives aux quelles elle est sujette, lorsque, au lieu de se résoudre dans un cycle ascendant

et descendant de quelques semaines elle parvient à prendre une marche plus lente. Et ceci arrive, parce que c'est précisement dans cette variété que l'activité congestive prévalente de tout le parenchyme conjonctival peut déterminer par étranglement, sinon la vraie gangrène de la cornée qui est caractéristique dans les phases les plus virulentes, tout au moins les ulcères centraux ou périphériques, dont les conséquences peuvent être même fatales si on ne détruit pas à temps et par les moyens valides l'élément hypérémique, qui est la cause principale de leurs formation. Celui-ci néanmoins ne doit pas offrir un obstacle à l'emploi simultané du topique que j'ai préconisé précédemment comme le plus apte à mettre un frein à l'activité prolifique, excessive non seulement des épithéliums, mais bien aussi des plus profonds éléments du strome conjonctival. Je suis en outre intimément couvaincu que, si, sans négliger les moyens aptes à écarter l'hypérémie dont j'ai fait mention, on emploie dès les premiers jours la pierre infernale, les granulations ne prennent jamais un développement pareil à celui qu'on vérifie lorsqu'on les abandonne à leur évolution spontanée ou qu'on les traite par les seuls moyens antiphlogistiques et que bien difficilement ensuite elles s'associent au catarrhe purulent. Si par hazard celui-ci a déja fait son appariton lorsqu'on voit pour la première fois le malade, l'emploi de la pierre argentique, ainsi que les instillations d'atropine et le bendage compressif, sont encore plus impérieusement indiqués même s'il existe la complication d'ulcères cornéens. Il y a cependeut des cas exceptionnels où le chémosis ainsi que la purulence se montrent rebelles aux antiphlogistiques et à l'action modificatrice du nitrate d'argent, et les ulcères cornéens prenant la forme d'un entonnoir se compliquent d'une apparente filtration avec minuscule vascularisation de son parenchyme. Hé bien, dans de telles circonstances, j'ai vu comme par enchantement changer le cadre symptômatique en touchant légèrement les granulations au moyen des cristaux de sulfate de cuivre. Cette opération est suivie d'une cuison très pénible, qui dure une heure et souvent plus, mais le catharre purulent cesse complètement, et en continuant pendant quelques jours cette médication, qui ne cause plus les malaises de la première fois, on voit que l'ucère se déterge et se réduit progressivement jusqu'à guérison et la turgescence chémotique pisparait et il ne reste plus sur la cornée que des taches ci-

catricielles ou une superficielle vascularisation panniforme susceptible de se résoudre et disparaitre presque complètement. En même temps les granulations palpébrales perdent de leur forme, de leur volume et de leur consistance, prenant une teinte rosée ou jaunâtre claire. Abandonnant alors entièrement les caustiques et en se limitant à l'usage de l'onguent atténué de Pagenstecker, on parvient en peu de semaines à leur complète résolution et au retour de la transparence cornéenne (1). Il est à peine nécessaire d'ajouter que, si, la phase aiguë une fois surmontée, on abuse des topiques ou on en abandonne l'usage prudent, ou si on néglige les régles hygièniques dont nous avons parlé, la maladie peut assumer une allure lente, entrecoupée par des recrudescences irritatives plus ou moins fréquentes et dans ce cas il faut se guider selon les règles que nous avons indiquées.

Conjonctivite trachomateuse.

Trachome, si je ne me trompe, signific *rudesse, aspérité irrégularité de surface,* et si cette dénomination fut appliquée par Galien à cette *modification spéciale de la conjontive pal-*

---

(1) A ce sujet je ne puis faire à moins que de relater un cas très grave de ce genre qu'il me fut donné d'observer il y a environs douze ans. Il s'agissait d'un jeune homme éminemment lymphatico-nerveux employé à l'établissement typographique de l'éditeur E. Sonzogno. qui après avoir été soigné pendant plusieurs mois à mon dispensaire pour une grave *conjonctivite granuleuse* limitée aux paupières gauches, souvent compliquée par des pustules herpètiques de la cornée avec névralgies douleureuses, avait tenté de suspendre le traitement pendant quelque temps, avec l'espoir de guérir plus vite. — Il crut d'avoir été devin, mais un beau jour, et lorsqu'il s'y attendait le moins, il dut me faire appeler à domicile pour une très grave recrudescence aiguë de sa maladie, qui avait rendu l'œil éncormément enflé, rouge, douloureux et larmoyant; les granulations palpébrales étaient fortement tuméfiées, un assez fort chémosis y existait déjà et la cornée, criblée de pustules dans sa périphérie, était grisâtre dans le centre. Je mis en œuvre tout l'arsenal des remèdes antiphlogistiques; sangsues, purgatifs, scarifications et jusqu'aux saignées; j'excisai le chémosis, mais tout sans bénéfice, j'ordonnai la quinnine seule ou associée à l'opium; je fis faire aux paupières des bains froids, puis des bains chauds, mais toujours sans aucun avantage; j'essayai l'emploi de la pierre infernale, mais le catarrhe augmentait au lieu de diminuer; le malade était tourmenté de névralgies diurnes et nocturnes; il ne pouvait prendre presqu'aucune nourriture, rien ne servait à le calmer; les instillations d'atropine étaient sans effets; la cornée devenait toujours plus opaque et vascularisée à la périphérie et dans le centre il s'était formé une veritable écuelle

pébrale constatée plusieurs siécles avant par Hippocrate même, par suite de la quelle de *transparente, lisse, mince,* elle devient *opaque, rouge irrégulière fongueuse* (1) il peut être conforme à l'histoire d'attribuer ce titre à toutes les formes morbides de la conjonctive qui rendent sa surface irrégulière, fongueuse ou exubérante de végétations, oomme il peut être égalment juste d'appeler trachomateuses toutes les gradations diverses de conjonctivites granuleuses que nous avons décrites jusq'ici. A mon avis cependant, l'idée phylologique d'*irrégularité de superficie* exprime une limite déterminée, et non pas une extension relativement considérable, et de même que l'on ne saurait donner le nom de scabreux à un espace occupé par de vastes collines et de hautes montagnes, mais dont on peut qualifier un terrain accidenté, parsemé de petites proéminences et de cavités, ainsi me semble-t-il peu exact et peu convenable d'appliquer ce même titre de *rudesse* ou de *trachome* aux petites inégalités de surface de la conjonctive, de même qu'aux plus ou moins considérables éminences ou granulations qui peuvent quadrupler l'épaisseur de sa surfaoe sans détruire les éléments normaux de son parenchyme.

---

ulcéreuse à fond gris-sale. Je n'osais pas retenter les moyens mis inutilement en usage; j'avais déjà pendant plusieurs jours essayé la cure homéopathique de ne rien faire et la résultante avait été une augmentation du mal. Il me vint alors, je dois l'avouer, une inspiration, car je n'avais aucune indication rationnelle pour l'appuyer; je tentai *les touches des granulations avec les cristaux de sulfate de cuivre* qui éveillèrent un larmoiment abondant et de fortes douleurs pendant deux heures au moins, mais en suite le malade put roposer et le lendemain matin l'ulcère cornéen était un peu détergé, le catarrhe avait cessé, les paupières étaient moins enflées, le chémosis diminuait. Le malade se souvenant des douleurs de la veille ne voulait point se soumettre à de nouvelles touches, mais à la fin je réussis à le convaincre et il me laissa répéter ce jour là et pendant huit jours consécutif le même expédient thérapeutique, et le dixième jour il était heureux de m'avoir obéi, car l'ulcère était déjà réparé et le reste de la cornée presque entièrement transparent, le chémosis évanoui, l'œil à peine rosé, les granulations fortement réduites. Un mois d'usage de l'onguent jaune suffit pour obtenir une guérison complète. Par la suite, soit quelques mois après, par mesure de précaution, et pour ramener la pupille en correspondance du segment cornéen, j'exécutai une *iridectomie* correspondant au carré interne inférieur de la cornée et cette opération outre d'améliorer la faculté visuelle, servit, je crois, de prophilaxie contre des recrudescences irritatives qui, sans elle, nauraient pas manqué de se produire.

(1) Voir Maroni. Loco citato.

Laissant du reste indécise la question de savoir si l'*asperitudo* ou le trachome des anciens signifiait pour eux toute sorte de granulation possible à se produire dans ou sur la conjonctive palpébrale, on n'a pas de fondement suffisamment sûr pour soutenir que l'affection à la quelle ils avaient donné ce nom fût de même nature que l'ophtalmopathie que nous appelons aujourd'hui *conjonctivite granuleuse.* Celle-ci en effet, selon les traditions historiques moins incertaines, nous fut importée d'Egypte après les guerres Napolénnienes, et, se répandit en Europe devenant presque partont épidémique, mais elle a perdu graduellement une partie de sa violence, bien qu'elle puisse être très obstinée, si on la néglige ou si on la soigne mal. L'autre au contraire, c'est à dire le trachome, fut observée de toute part et depuis les temps les plus reculés, et il est à croire qu'elle avait un caractere bien grave et une tendance fort pernicieuse si Hippocrate conseillait contre elle rien moins que la cautérisation par le fer rougi (1).

Quoiqu'il en soit, du moment qu'un clinique des plus respectables d'Europe, comme est universellement jugé la prof. Arlt de Vienne, profond et patientissime observateur, a cru plus rationnel d'appliquer le nom de *trachome* à une affection toute spéciale de la conjonctive qu'il trouvait essentiellement différente sous de nombreux rapports de toutes les autres variétés d'affections conjonctivales, y compris la soi-disant *conjonctivite granuleuse*, je crois qu'il valait la peine que tous les autres cliniques et praticiens de son temps étudiassent mieux la question qu'il affirmait, plutôt que de s'efforcer de la combattre et de soutenir que le trachome d'Arlt n'était qu'une variété primitive ou une phase avancée de la conjonctivite granuleuse ordinaire. Cette idée les poussa à créer un *trachome jaune*, un *trachome rouge*, un *trachome papillaire*, un *trachome mixte* et un *trachome diffus*, et de la sorte, par frénésie de fusion ils engendrèrent la confusion des idées pathologiques qui se rapportent à la *conjontivite granuleuse* comme à celles qui regardent le *trachome*, confusion qui n'existerait pas, crois-je, si le plus grand nombre ne persistait à soutenir l'identité de ces deux formes morbides, et l'opportunité d'une égale médication pour l'une et l'autre. A dire vrai cette dernière con-

(1) Voir Maroni. Loco citato.

viction était aussi la mienme dans les premières années de ma pratique, et il ne suffisait pas pour me détromper de lire les quelques articles publiés par Desmerres, Stelwag, Wecker et autres sur les opinions émises par Arlt sur une certaine variété de granules jaunes ou jaune-roux, ressemblant à des œufs de grenouilles, qu'il jugeait presqu'exclusivement originaires de la conjonctivite palpébrale et même bulbaire chez les individus malingres ou lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux, exposés à de mauvaises conditions hygiéniques, et qu'il considérait comme essentiellement différentes des granulations proprement dites, caractéristiques de l'affection qu'il appelait lente *ophtalmoblennorrhée,* que d'autres baptisaient des noms de *conjontivite granuleuses, ophtalmie contagieuse, ophtalmie égyptienne, ophlalmie belge, ophtalmie militaire* ou des *militaires,* etc., etc.

Mais comme les faits émergents pour un observateur attentif et non visionnaire sont des réalités qui s'imposent à qui les recherche sans parti pris de les nier parce qu'elles furent précédemment relevées ou révélées par d'autres, de même moi aussi, ayant eu l'occasion de voir un nombre considérable de malades qui présentaient de vraies granulations plus ou moins efflorescentes de la paupière, ou bien de simples granules ou inégalités de la muqueuse palpébrale et bulbaire, je ne pus faire à moins de constater que cette seconde série en comparaison de la première offrait des conditions toutes différentes, pour ne pas dire diamétralement opposées à celles de la première série, soit par les causes morbifiques, soit par les symptômes, comme par l'évolution, la tendance à certaines complications et à certains résultats, de même que par leur manière de répondre aux agents thérapeutiques employés. Ne connaissant pas toutefois le travail original d'Arlt relatif au *trachome,* bien que j'eusse relevé des différences marquantes entre certaines formes où la conjonctivite palpébrale me présentait des simples inégalités de surface sans turgescence vasculaire de son parenchyme, et d'autres où je retrouvais une véritable hypervégetation de ses éléments unitifs et glandulaires, connexe à une hypérémie plus ou moins considérable avec formation exubérante de vaisseaux nouveaux, je n'osais pas de mes seules observations tirer la conclusion si les différences que javais notées correspondaient précisément à celles

indiquées par Arlt pour distinguer l'une de l'autre les deux fosmes morbides.

Ce qui servit à me tirer de l'incertitude ce furent les notions plus détaillées sur les idées du célèbre médecin Viennois relatives au *trachome*, qu'il me fut donné de lire dans le savant mémoire du regretté Alexandre Quadri sur les *granulations* (1).

Il existe en ophtalmologie, dit ce Mémoire, une forme toute spéciale décrite par Arlt avec la plus grande exactitude et la plus grande vérité, c'est le *trachome*, qui, selon cet illustre auteur n'est pas la granulation, tandisque, depuis qu'en Allemagne on a donné le nom de *trachome* à toutes les granulations, il est survenu sur un tel argument une confusion plus grande encore que celle qui existait au paravant. Le *trachome*, que j'ai pu reconnaitre dans ma pratique, n'est pas du tout l granulation; c'est une maladie spéciale de la conjonctive, presque complètement rebelle à tous les traitements connus jus qu'ici; c'est, selon Arlt, la sécrétion d'un exsudé jaunâtre, glutineux de forme isolée, qui peut s'infiltrer sous l'épithélium, dans le parenchyme de la conjontive et même dans le tarse et dans les tissus profonds et qui produit la rétraction des tissus infiltrés. Il n'est pas contagieux comme la blennorrhée avec la quelle il a été trop souvent confondu et identifié. Tandisque Wecker appelait et appelle encore la *vraie granulation* une *néoplasie* qu'il ne faut pas confondre avec l'*hgperplasie* qui accompagne beaucoup d'inflammations, selon Quadri la *granulation* était une *hyperplasie*, et le *trachome* une *néoplasie*, une *infiltration glutineuse* du strome *conjonctival*. — La *granulation* qu'on observe sous les paupières et qu'il a vue pouvoir se communiquer des paupières aux autres muqueuses et des autres muqueuses aux paupières, n'était pas, selon lui, une maladie exclusive des yeux, mais on peut la retrouver dans l'urètre et au col de l'utérus etc., et qu'on peut y guérir de la même manière comme pour les paupières. Le cours de cette maladie est à peu près le même dans les différents organes, de même que le caractère contagieux en est identique. Or, disait-il, si la granulation des autres organes n'est pas une néoplasie, pour quoi devra-t-on la croire telle dans l'œil?

(1) Voir QUADRI. Œuvre citée.

Et si on lui avait répondu: ce que vous appelez la granulation sur les paupières n'est pas la *vraie granulation*, il répondait, ce que vous appelez la *vraie granulation* n'est point la *granulation*, c'est une maladie dont aussi bien que moi vous admettez la gravité, la presque incurabilité, le caractère non contagieux; et cette infirmité n'est point la granulation, c'est le *trachome*, maladie dont on doit la découverte à Arlt, La granulation est accompagnée d'hypertrophie, le *trachome* d'atrophie de la muqueuse; la confusion dérive de ce que parfois le *trachome* se complique à la granulation, et c'est sur ces granulations compliquées que vous élevez vos principes, que vous faites vos expériences qui vous mènent à de telles conclusions, Mais prenez la granulation simple, que vous voyez naitre dans un régiment, dans un pensionnat, étudiez cette forme pure, et vous verrez que ce n'est pas une *néoplasie*. On pourrait objecter que les individus qui ont le corps papillaire de la conjonctive plus développé que d'habitude sont plus sujets que les autres au *trachome*, mais c'est précisément le contraire qui arrive. Je vois souvent ces deux formes, soit isolées, soit réunies; hé bien, je n'ai jamais vu un *trachomateux* s'inoculer la granulation d'un autre malade; ce que je vois assez souvent parmi mes malades externes, quand dans nos climats chauds ils sont agglomérés en grand nombre ils se communiquent assez fréquemment la contagion.

Parmi ces malades je vois souvent un ophtalmique simple, un affecté d'iritis ou de kératite devenir granuleux par contact avec d'autres malades, mais je n'ai jamais vu un trachomateux pur devenir granuleux. J'oserais presque soutenir que pour avoir une complication il faut qu'un granuleux, par suite d'altération générale, de l'économie devienne *trachomateux*, mais qu'un *trachome* ne s'inoculera jamais la granulation. En effet, si l'on voit que la granulation s'associe avec une *éxagération* de la conjonctive surtout à la région des culs de sacs, tandisque dans le *trachome* nous voyons les culs de sacs s'applanir, se racourcir jusqu'à disparaître, il est évident qu'une forme ne peut en imposer à l'autre, puisque ces deux formes sont contradictoires entre elles. Ce fait est tellement vrai que le xérosis conjonctival, qui, selon mon opinion, n'est autre qu'un *trachome* parvenu à sa dernière période, a été souvent traité avec succès moyennant l'inoculation de la sécrétion granuleuse; or si ces

deux formes, le *trachome* et la granulation étaient identiques je ne saurais comprendre comment l'une peut servir de remède à l'autre; mais comme ces deux maladies sont précisément en opposition, souvent par l'inoculation de l'une on voit disparaître l'autre. Si quelque fois ces deux maladies se trouvent compliquées chez un même individu, c'est là une des ces apparentes contradictions dont en pathologie nous avons une série entière. Le fait est à ce point évident que les auteurs qui confondent le *trachome* avec la granulation ont été contraints d'exclure la granulation simple de leurs traités, de la renier, de dire que ce n'est pas la granulation, mais un x algébrique. Il est enfin temps, dit le D.r Quadri, que la confusion cesse.

Je fus, moi aussi, pendant longtemps dans l'erreur, et ce n'est qu'en étudiant attentivement les faits que je suis parvenu à ces conclusions; ce n'est qu'après avoir étudié avec attention l'ouvrage du prof. Arlt et en comparant les faits avec les observations de ce grand maître que je me suis aperçu de l'existence d'une maladie bien distincte, qu'il avait définie par le titre de *trachome*. Mais cette infirmité n'a rien de commun avec ce que nous appelons granulation. Ce n'est que sur une vaste échelle que de semblables études sont possibles.

Lorsqu'on verra la guérison de la granulation et les difficultés qu'on rencontre dans le traitement du *trachome* ou aura la persuasion qu'il est impossible de confondre ces deux maladies. Suivez la marche, le mode de se transmettre, l'évolution de cette modification de la muqueuse que j'appelle la *granulation*, et vous verrez que l'inflammation ne tardera pas à compliquer cette forme, et à lui donner cette série de symptômes par suite des quels il ne sera plus possible de nier qu'il y a granulation; d'autre part étudiez attentivement la marche et l'évolution de cette infiltration glutineuse que j'appelle *trachome* et vous verrez qu'il n'a pas un seul des caractères qu'on attribue à la *granulation;* au contraire il en a tous les caracteres opposés, et si quelque fois vous y rencontrez les marques caractéristiques de la granulation c'est parce que vous avez affaire avec deux maladies compliquées. On ne saurait expliquer autrement le cours différent et les conséquences des deux ophtalmies, dans les quelles vous verrez d'un coté la granulation, de l'autre le *trachome;* dans l'ophtalmie accompagnée de granulation vous aurez une résolution

plus ou moins rapide, une guérison complète, le retour des membranes de l'œil à leur état physiologique, même si la cornée et l'iris ont été frappés d'inflammation; mais il n'en est pas ainsi dans l'ophtalmie accompagnée de *trachome;* dans ces cas nous nous perdons encore dans un traitement empirique; le mal résiste à tous les moyens employés contre lui, et vous pourrez vous dire heureux si vous parvenez à en arrêter le cours.

Si puis la cornée est atteinte du *trachome* vous ne parviendrez jamais à lui rendre son aspect physiologique; il peut se faire qu'un jour, en connaissant mieux le traitement approprié au *trachome*, les conditions puissent changer, mais aujourd'hui les choses en sont au point que j'ai indiqué, et cela me donne droit à ne pas confondre entre elles ces deux formes pathologiques de l'œil; c'est de la confusion de ces deux formes que dépend la confusion qui règne dans la pathologie oculaire au sujet des granulations, et il était tout naturel que les observateurs attentifs et consciencieux ne fussent pas d'accord, que l'un en admît la faculté contagieuse et qu'un autre la niât, que l'un crût à la facilité de sa guérison et qu'un autre la jugeât difficile et souvent presque tout à fait impossible.

Ce n'est qu'en formant cette distinction que je suis arrivé à me rendre compte des faits que j'observais et que j'ai pu fixer un diagnostic et un pronostic rationnel et scientifique au lit du malade.

J'ai voulu réproduire ici ces relevés pratiques du D.r Quadri sur les différences entre le *trachome proprement dit* et la *conjonctivite granuleuse* parce que ce fut de là que s'évanouirent mes doutes, que ces différences fussent plus apparentes que réelles et qu'en les admettant il fut plus aisé de confondre que d'éclaircir les idées sur la pathogenèse, le cours et les indications thérapeutiques de ces deux formes morbides. Et en effet les inombrables observations ultérieures que j'eus l'occasion de faire, même après la lecture et mon résumé critique des pages admirables du D.r Quadri sur cet argument (1) servirent à raffermir ma conviction que ces deux formes cliniques sont essentiellement différentes, qu'elles se produisent ordinairement isolées et que chacune exige quelque particu-

(1) *Annales Universelles de Médecine*; Livraison de février 1866.

larité de traitement curatif, mais que souvent aussi elles peuvent coïncider chez un même individu et réclament dans ce cas des mutations thérapeutiques aptes à modifier contemporainement les conditions particulières d'un procédé et de l'autre. Quand j'eus puis le bonheur d'apprendre de la bouche même du professeur Arlt et par la lecture de son livre, dont il me gratifia, les détails fort importants qui justifient sa distinction du *trachome* comme une maladie spéciale caractéristique des sujets scrofuleux ou tuberculeux ou de constitution détériorée, je fus majeurement convaincu qu'il ne serait pas sans utilité pratique de revenir sur cet argument pour soutenir, même au prix de sembler rétrograde, les idées du médecin de Vienne, émises depuis plus de vingt ans et aux quelles beaucoup de cliniques modernes vondraient faire opposition.

Voulant d'ailleurs justifier les raisons qui me font classifier la *conjonctivite trachomateuse* comme un groupe morbide distinct, je crois utile d'exposer en détail les idées de ceux qui admettent explicitement cette distinction, et de ceux qui lui attribuent une interprétation différente, en apparence seulement, de celle qui lui donnaient le prof. Arlt et le D.r Quadri et qui me sembla conforme à ce qu ou observe en pratique.

Selon Artl la *conjonctivite trachomateuse* est caractérisée par le dépôt d'un exsudé gèlatineux, sous forme de granulations isolées, non seulement sous l'épithélium de la conjonctive palpébrale et bulbaire, mais encore dans le parenchyme et dans les tissus profonds (cartilages et connexion cellulaire) et par l'atrophie successive des tissus infiltrés.

Ce n'est pas une affection primitive du corps papillaire, elle ne débute pas nécessairement par la turgescence de toute la conjonctive et par la sécrétion d'un exsudé liquide à la surface libre; elle n'est pas contagieuse comme la blennorrhée avec la quelle on la confond souvent. Il faut chercher dans une affection constitutionelle la raison du dépôt de ces exsudés restreints, jaunâtres, glutineux sous l'épithélium intact et dans les tissus profonds. Il n'est pas nécessaire que la sécrètion augmente ou que la qualité s'en altère, ce qui advient quelques fois dans de certaines circonstances. Une *rudesse* ou plutôt une *inégalité* à la surface de la conjonctive palpébrale est le signe caractéristique de la maladie. Cette aspérité est due à la *forme* de l'exsudé (globeuse) a *son siége* indépendant d'un tissu déterminé

de la conjonctive, raison qui lui fait acquérir une certaine autonomie, et aux *altérations* que les tissus infiltrés subissent par l'exsudé et ses métamorphoses.

L'exsudé peut se former sans rougeur apparente, sans turgescence, sans altération de la sécrétion conjonctivale; souvent il envahit d'abord la paupiére inférieure, de là, il peut s'étendre à la supérieure, à la conjonctive bulbaire, à la cornée.

La maladie n'a pas de décours fixe, elle peut durer des années, et de temps à autre donner lieu au développement de granules nouveaux; elle peut s'associer aux phénomènes de la conjonctivite scrofuleuse, plus souvent à ceux de la conjonctivite catarrhale et n'exclut les symptômes de la blennorrhée qu'en ce que chez cette dernière la violence du processus provoque la résorption de l'exudé trachomateux.

Les symptômes sont divers selon qu'il s'agit d'un simple dépôt de l'exsudé sous l'épithélium conjonctival ou d'infiltration du parenchyme, selon que le dépôt se manifeste rapidement conjoint à de forts symptômes de réation, ou lentement peu à peu et selon la qualité des métamorphoses aux quelles sont sujets l'exsudé aussi bien que les tissus qu'il a infiltré.

1er Degré. — *Dépôt:* Sur la conjonctive tarsale et du cul de sac, quelques fois à la périphérie de la portion scléroticale on voit apparaitre des exhaussements grisâtres ou jaunâtres de la dimension d'un grain de pavôt ou de millet, applanis, tant soit peu transparents, à base arrondie. Ils envahissent d'abord la partie du tarse, excepté une bandelette (d'une largeur d'une ligne à peine) le long du bord intérieur de la marge palpébrale qui difficilement, ou après un laps de temps asses long présente quelque granule, ensuite ils se répandent dans le cul de sac dont l'attache semble favoriser leur développement; souvent, tandis que les granules du tarse sont petits et applatis, ou sont déjà disparus, le fond aveugle jusque sur la sclérotique se parsème de granules nombreux plus volumineux, mais habituellement plus pâles et plus profonds.

Dans les cas d'infiltration le fond aveugle est souvent épargné. Tant amassés soient-ils les granules ne perdent jamais leur forme arrondie; ils ne sont jamais disposés en angle, en cloture, en crête de coq; cependant dans le fond aveugle ils peuvent s'entrelacer deux à deux, trois à trois, avec des sillons en ligne transversale, après être restés longtemps disposés en série

comme des colliers de perles. Ils peuvent se montrer non seulement sur le pli semilunaire et la caroncule lacrymale, mais jusque sur la conjonctive sclérale elle même, d'abord isolés et comme des points cristallins et puis confluents, semblables à du sagou cuit.

Si le dépôt se prononce lentement, la conjonctive reste très peu injectée et normalment transparente, peut-être un pou moins ferme et plus jaunâtre ou d'un jaune roux pâle; il n'y a pas d'indice d'altération ou d'accroissement dans la sécrétion. Bien souvent l'individu ignore d'être porteur d'une affection oculaire; aussi arrive-t-il rarement de surprendre la maladie sous cette forme primitive.

Dans d'autres cas on voit coexister les signes d'inflammation catarrhale, d'hypérémie et de sécrétion muqueuse et il semble au malade d'avoir un corps étranger sous la paupière supérieure, bein qu'elle soit entierément libre de granulation.

Les accidents que nons attribuons au catarrhe *(sensu stricto)* peuvent être éloignés par l'air pur et par un collyre astringent, mais les exsudés sous-épithélials restent pendant des semaines, et donnent à la conjonctive un aspect inégal, relaxé, roux-jaunâtre. A l'extérieur les paupières semblent grossies, la rime palpébrale s'ouvre mal, l'œil est plus sensible à la clarté vive, à l'air piquant, à la poussière, à la fumée, aux efforts visuels; les paupières s'ouvrent avec difficulté après le sommeil, elles se fatiguent tout spécialment à la lumière artificielle comme si elles avaient été privées de sommeil.

Si le dépôt s'exécute *rapidement* la conjonctive est gonflée de sérosité et plus ou moins hypérémique; elle est parsemée de granules, inondée de larmes où surnagent des flocons de mucus, la tuméfaction séreuse est naturellement plus prononcée an cul de sac; dans les cas graves l'œdème euvahit jusque la conjonctive bulbaire et la peau des paupiéres. Il y a photophobie excessive, douleurs déchirantes ou lancinantes ou oppressives. Si le tissu est fortement hypérémique on remarque de minuscules vaisseaux qui s'en détachent pour monter sur le mamelon exsudatif et lui prêter une teinte jaune-roux: le faîte conserve cependant sa transparence opâle reflexe; aidé de la loupe on y distingue quelques fois de petites enchymoses à la base. L'acuité de l'hypérémie s'accroit de temps en temps ou consécutivement à de nouvelles irruptions ou par suite d'ir-

ritation sur la conjonctive, ce qu'on vérifie également lorsqu'il y a résorption des exsudés. Par une durée prolongée elle communique au corps papillaire une couleur rouge ardent, un aspect vellouté et clairement hypertrophique, qui peut persister même quand les granules trachomateux sont disparus en tout ou en partie, ou quand ils n'existent plus que dans le cul de sac ou sur la paupière supérieure. Il y a alors, comme dans le catarrhe accroissement et altération de la secrétion.

J'ai cru, poursuit le prof. Arlt, que le tableau que je viens de décrire ne fût le propre que du premier degré du *trachôme* ayant vu ordinairement lui succéder cette altération de la conjonctive et des tissus environants qui le caractérisent.

Cependant une longue expérience m'a appris que ces exsudés ne sont pas pathognomoniques du *trachome* mais se révèlent assez souvent dans le catarrhe et dans la blennorrhée de degré inférieur à lente évolution. J'aurais été conduit à cette connaissance par l'observation de la soi-disant ophtalmie militaire et une épidémie observée à l'orphelinat de St. Jean.

Et ici l'auteur fait suivre la description de cette dernière observation, rapportant la symptomatologie des principaux cas. Sur 78 élèves 39 seulement étaient indemnes, les autres présentaient les signes de conjonctivite catarrhale simple, tandis qu'à la visite on notait les éminences gélatineuses dont il a été parlé : ce ne pouvait pas être surément des papilles hypertrophiques, ni des follicules tuméfiés, parce qu'ils euvahissaient même la conjonctive bulbaire. L'auteur démontre en plus que l'affection ne pouvait être censidérée comme contagieuse, mais devait être attribuée aux mauvaises conditions hygiéniques de l'établissement et comme quoi les lesions conséquentes propres du *trachome* ne se manifestèrent jamais; il s'agissait, selon lui, d'une forme *sui generis* non blennorrhoïque ni trachomateuse, indépendante de la constitution, de nature absolument locale. Et à ce sujet il ajoute: pour distinguer dans le cas pratique si la granulation grise a une signification purement locale relative aux conditions externes, ou bien si c'est l'expression d'un mal constitutionnel, il faudra chaque fois prendre en considération outre la notion locale tout les instants qui peuvent avoir influé sur son développement. Il arrivera quelques fois qu'un diagnostic sûr sera impossible de même qu'on ne pourra comprendre d'après les investigations du moment si dans un

cas donné on a affaire avec un catarrhe ou une légère blennorrhée.

Mais arrivé à ce point je ne puis m'empêcher d'interrompre le résumé de l'article d'Arlt sur le trachome, car les objections qu'il se pose à lui même par un esprit d'analyse trop scrupuleux, me paraissent infirmer les idées pathologiques qu'il expose si clairement à ce sujet, puisque réellement les faits qui lui inspirèrent ces objections n'enlèvent rien, selon moi, à la valeur de ses affirmations sur la nature intime du *trachome.* En affet on ne comprend pas comment, après la description de quelques uns des tableaux symptômatiques représentant les divers aspects sous les quels cette maladie se présente habituellement, l'auteur fasse suivre plusieurs récits cliniques en concluant que ces cas ne représentent ni le catarrhe, ni la blennorrhée, ni le *trachome*, mais une forme *sui generis* à la quelle il ne cherche pas à donner un nom. Pourquoi cela, si en analysant ces cas, il relève précisément qu'ils renferment, si non tous, au moins les principaux caractères qu'il a lui même indiqués dans sa définition du *trachôme.* Par exemple, selon mon avis, ils ne représentent pas autre-chose que les gradations les plus modérées du *trachome* qu'il a reconnu à Vienne et qui se manifestent, crois-je, un peu partout assez fréquemment, dans les familles nombreuses, spécialement des pauvres, comme dans les colléges, dans les écoles, dans les orphelinats, sur des sujets de mauvaise constitution qui se trouvent exposés à des conditions hygiéniques encore plus mauvaises. Et si dans ces cas il put exclure l'idée de la contagion, et s'il n'y trouva pas la turgescence primitive du corps papillaire qui ne manque jamais dans la conjonctivite granuleuse proprement dite, ni l'abondante sécrétion muco-purulente qui caractérise la conjonctivite blennorrhagique, mais il y reconnut seulement les exsudés jaunes ou les granules gris qui avaient une complète analogie avec les inégalités ou végétations anomales isolées de la conjonctive aux quelles il donnait le nom de *trachome*, on ne comprend pas pourquoi il a voulu leur refuser cette signification et les considérer comme une forme *sui generis* par la seule raison qu'il lui semblait que la cause déterminante eut été l'air vicié des locaux où ces malades se trouvaient réunis, et parce qu'il ne vit jamais en aucun d'eux les graves conséquences qu'engendre le *trachome.*

Il me semble au contraire que par l'analogie de forme et d'aspect anatomique, que par les productions anormales qu'il observa dans la conjonctive palpébrale et bulbaire de ces orphelins qui présentaient aussi dans ces cas les granules qu'il appelait *trachomateux*, si on pouvait les croire produits par la malfaisante influence de l'air vicié des habitations, c'était un motif pour les considérer pareils à eux.

Il me semble, à moi, que si les anormales productions qu'il a observées sur la conjonctive palpébrale et bulbaire de ces orphelins pouvaient être considérées comme le fruit de la malfaisante influence d'un air vivié, tandis qu'elles avaient une analogie d'aspect et de forme anatomique avec les granules trachomateux unis à une constitution malingre et détériorée, on était majeurement fondé à croire que les deux formes morbides étaient matériellement égales entre elles. Si enfin elles ne donnèrent jamais lieu aux conséquences graves du *trachome*, cela dépend de ce qu'elles furent soignées en temps utile et parce qu'on put détruire ou modifier la méchante influence qui les avait produites, tandis que si elles étaient restées longtemps sous la même influence antihygiénique, s'il leur eut manqué un traitement opportun, très propablement la partie malade comme la constitution générale des patients en auraient subi les effets pernicieux et dans ce cas on aurait vu les pseudo-trachomes développer les mêmes manifestations que les vrais *trachomes*, ou si l'on veut, que les *trachomes symptomatiques* des constitutions scrofuleuses ou détériorées. Si en outre on réfléchit que, quoique tous les orphelins qui habitaient cet établissement se trouvassent sous les mêmes influences pernicieuses, une partie seulement succomba à cette maladie spéciale, il semble raisonnable de supposer que chez ceux-ci une prédisposition constitutionnelle quelconque ait contribué à leur en faire ressentir les effets.

Quant à l'observation mentionnée par l'auteur, que les exsudés qu'il avait longtemps considérés comme pathognomoniques du *trachome*, se montrent assez souvent et en de certaines circonstances même dans le catarrhe et dans la blennorrhée de degré inférieur et de lente évolution, je n'oserai certainement pas y donner un démenti, mais je pense que cela peut fort bien s'expliquer en admettant que l'exsudé ou granule néoplastique constitutif du trachome ne procède pas des éléments

normaux de la conjonctive, mais peut s'y interposer les dénaturer et les détruire, s'il n'est à son tour résout et résorbé, de sorte que tandis qu'il peut se développer primitivement sous l'influence locale de l'air malsain ou sous celle générale d'une mauvaise constitution, il peut fort bien coïncider avec d'autres procédés de la conjonctive, surtout avec ceux à lente évolution, s'ils sont négligés ou mal soignés ou s'ils se manifestent chez des sujets de mauvaise constitution, et cela sans rien perdre de leur signification pathologique et sans qu'on puisse dire qu'ils dépendent des autres procédés avec les quels ils coïncident.

Telles sont du moins les convictions que j'ai tirées de ma pratique, chaque fois où j'ai eu l'occasion d'étudier des cas de conjonctivite granuleuse dégénérée, ou si l'on veut de dégénération trachomateuse de la conjonctivite granuleuse, sur les quels je me réserve de reparler plus loin.

Je reviens pour le moment à mon auteur. Les choses, dit-il, se passent bien différemment quand la maladie est parvenue au second degré. Dès la phase d'infiltration de l'exsudé, dans le parenchyme de la conjonctive et des autres tissus, les symptômes sont si caractéristiques que d'eux seuls on peut tirer un diagnostic du *trachome*. En même temps que les dépôts (qui peuvent être déjà en partie réabsorbés) on voit ou sur le tarse ou dans le cul de sac ou dans l'un et l'autre, ces granules glutineux un peu transparents, profondément enfouis, ainsi qu'isolés çà et là ou groupés, des agrégations gélatineuses en forme de mamelons applanis, par fois au contraire sous l'aspect d'infiltration uniforme scabreuse de toute la conjonctive; le cartilage même devient plus épais, plus ferme, impliable.

Quand l'exsudation s'est à peine montrée (ce qui dans les cas un peu aigus est indiqué par l'hypérémie, la photophobie, les larmoîments, les douleurs) le corps papillaire entre les parties infiltrées est tuméfié et hypérémique (rouge clair ou foncé), le cul de sac l'est également, et dans l'abondante sécrétion aqueuse nagent des flocons jaunâtres. S'il y a coexistance d'œdême des paupières et de la conjonctive bulbaire on pourrait confondre l'affection avec une blennorrhée de deuxième ou troisième degré; cependant la quantité de la sécrétion consistante n'est pas proportionnée à la tuméfaction des paupières et de la conjonctive, et l'ensemble du développement, du décours et du mode spécial d'apparition de ces exsudés isolés suffit pour

assurer le diagnostic. A la vérité ces exsudés sont profondément euracinés dans la partie tarsale, si encore ils ne représentent une infiltration profonde, uniforme et ne semblent, comme dans la blennorrhée de cours violent (conjonctivite granuleuse subaignë?), un exsudé à couche épaisse sur les papilles enflées.

Quand le dépôt s'opère lentement, ou que l'hypérémie et l'œdeme sont dejà disparus, la sécrétion muqueuse ou albuminoïde devient nulle ou insignificante et la conjonctive redevient pâle et d'aspect aride. Les parties qui couvrent le tarse apparaissent ordinairement d'un gris-jaune, tuméfiées, comme glutineuses, fermes cependant anémiques et encore parsemées d'éminences qui rappellent le sagou. D'autres fois quelques parties seulement sont lésées de telle sorte, tandis que dans le reste le corps papillaire semble hypérémique, hypertrophié ou même intact. Le cul de sac est d'un rouge pâle ou jaune-roux parsemé de granules glutineux, comme du sagou cuit, qui, si la maladie se prolonge, finissent par constituer une espèce de tuméfaction remarquable si l'on étire fortement la paupière inférieure, et ne disparait pas même sous la plus forte distension. Dans ces cas le cartilage est aussi altéré d'une manière plus évidente, et celui de la paupière supérieure est plus spécialement épaissi et moins flexible.

Par règle générale l'exsudation survient alors même dans la conjonctive bulbaire au *limbus conjunctivœ* et de là s'étend sur la cornée. Dans cette forme elle a été décrite sous le nom de *pannus,* qui peut se développer lentement ou d'une manière aiguë. Elle a alors une grande ressemblance avec le procédé de la conjonctivite scrofuleuse dont elle est souvent précédée. La couche épithéliale de la cornée, du bord supérieur surtout, commence à se troubler d'une couleur gris-plomb; des vaisseaux dérivant de ceux de la conjonctive bulbaire et même des ciliaires supérieurs commencent à s'y montrer; puis des exsudés grisâtres y déterminent de légeres élévations et la surface de la cornée devient inégale comme recouverte de poussière ou de sable. Le développement des vaisseaux peut devenir si abondant de sembler la cornée elle même, devant tout le bulbe, recouvert d'un *pannus rouge* (mince pannus vasculaire). Dans d'autre cas la cornée se couvre d'une couche épaisse d'exsudé jaune-gris sur quelques points seulement ou sur toute la surface plus ou moins vasculaire, de telle sorte que les tissus

profonds ne sont plus visibles, et elle se conserve dans cet état pendant des semaines et des mois (*pannus crasseux* ou *charneux*). Ces exsudés parcourent les mêmes phâses que ceux déposés sur les paupières, quelques fois cependant, comme dans la conjonctivite scrofuleuse, ils donnent lieu à des ulcérations plus ou moins profondes.

Pour illustrer le procédé d'*infiltration trachomateuse* profonde, aiguë, l'auteur rapporte un exemple qui reproduit la symptomatologie ici décrite et qui ferait attribuer l'étiologie du mal à l'air impur d'une habitation étroite et sombre, et la détermination successive d'une recrudescence encore plus grave à l'influence de l'air froid, tandis qu'il s'agissait d'*une fille robuste, bien nourrie, aux joues rubicondes.* Cependant, à vrai dire, cette extraordinaire susceptibilité des yeux à l'air impur et à l'air froid me donne une idée assez problématique de la vigueur de cette fille et son état de bonne nourriture et de joues rubicondes me semble plutôt représenter l'apparence florissante des sujets lymphatiques chez qui abondent des tissus cellulaires plus ou moins adipeux, mais qui ont les chairs flasques et les nerfs très susceptibles, sujets chez les quels on vérifie précisément chez nous, comme à Vienne, les formes les plus graves d'infiltration trachomateuse aiguë. En effet, si les choses ne pouvaient s'interprêter de cette manière, il faudrait dire que l'auteur anéantit par les exemples pratiques les affirmations qui précédent la définition du *trachome*, comme maladie propre spécialement des individus lymphatiques ou scrofuleux et des constitutions détériorées.

La *trachome*, selon Arlt, a généralement un décours chronique, quoiqu'il ait débuté d'une manière aiguë; il dure des mois et des années, résiste aux cures les plus rationnelles, soit parce que de temps en temps surviennent de nouveaux dépôts, soit parce que la résorption ne veut jamais s'acheminer. Il cause souvent des dommages graves à la vue, mais rarement il la fait perdre d'une manière absolue et irrémédiable. La plus part du temps la maladie se déclare après une ou plusieurs attaques de conjonctivite scrofuleuse, moins souvent à la suite d'une blépharo-adénite. Les signes inflammatoires qui accompagnent l'infiltration la plus aiguë et profonde se manifestent moyennant une forte photophobie, le larmoîment, assez souvent encore par une éruption de vescicules ou pustules sur la cornée ou

autour de ses marges. Ces signes se manifestent sans cause apparente, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre, le plus souvent vers la fin de l'automne ou au printemps; ils opposent enfin une telle résistance au traitement à décourager malade et médecin. Ils sont quelques fois précédés par la fièvre sans motif plausible. Le 1er degré admet la complète guérison spontanée ou par les moyens artificiels; les exsudés sont peu à peu réabsorbés, laissant une légère tache ou une légère dépression, qui s'amoindrit toujours davantage, se réduisant à un point, la conjonctive environnant devient toujours plus pâle et transparente jusqu'à reprendre son état normal. Une telle phase peut durer des années (5 dans un cas de Piringer). L'auteur n'a jamais vu la suppuration des exsudés; une seule fois il eut l'occasion de vérifier que l'exsudé se dissolvait comme un tubercule sans donner lieu cependant à l'ulcération de la conjonctive.

2° Degré. — Sous l'action de circonstances défavorables ou *d'excitations continuelles* la maladie passe au second degré. Alors l'entière guérison est d'autant plus difficile que l'infiltration est plus profonde et plus étendue, qu'elle a duré plus longtemps et selon les différentes évolutions consécutives. Il parait que le dépôt profond des exsudés ne peut avoir lieu, si les tissus infiltrés ne sont pas riches de sang, imprégnés de sérum, ramollis. Plusieurs signes indiquent enfin que par suite de ces exsudés le tissu non seulement de la conjonctive, mais encore celui de l'adhérence sous-muqueuse et du cartilage palpébral reste comprimé; et qu'enfin les exsudés eux-mêmes sont en partie réabsorbés, en partie transformés en tissu fibreux qui peu à peu se resserre jusqu'à un certain point, donnant en tout ou en partie à la conjonctive un aspect tendineux. Les bandes tendineuses (cicatricielles) sont plus souvent dans le domaine du cartilage, spécialement de la paupière supérieure; elles peuvent être étendues à tel point vers le cul de sac jusqu'à détruire et le corps papillaire et les follicules muqueux. Ce résultat peut par lui-même être considéré comme relativement favorable; la conjonctive ainsi lésée ne semble plus sujette à des récidives, bien qu'elle conserve la capacité fonctionelle qui lui est propre.

Résultats beaucoup plus graves sont le trichiasis, l'entropion, la blépharophinosis, engendrés par le rétrécissement cicatriciel

de la conjonctive et par la dégénération atrophique de ses éléments muqueux, qui, en progressant, peut conduire jusqu'aux pires conséquences, tels que le symblépharon postérieur, le lagophtalmos et le xérosis de la conjonctive bulbaire et cornéenne.

A propos de l'étiologie et pathogénèse du *trachome*, après avoir fait remarquer le rapport existant entre les formes les plus graves de cette affection et l'état scrofuleux et tuberculeux, l'auteur fait relever l'importance de distinguer un *trachome catarrheux blennorrhagique* d'un *trachome scrofuloux*, en observant pourtant que le premier ne subit jamais les métamorphoses du second. Une telle distinction est pratiquement fort juste, quoique, selon moi, elle ne justifie pas l'opinion soutenue par plusieurs oculistes, c'est à dire qu'il y a identité de procédé entre le *trachome* et l'état catarrheux ou les granulations aux quelles le *trachome* peut se trouver compliqué.

Quant au pronostic de cette affection Arlt n'hésite pas à déclarer qu'il n'y a aucune maladie de la conjonctive dont il soit aussi difficile que pour celle-ci de conjecturer la durée probable, car il n'arrive que trop souvent qu'au moment où l'on était parvenu par un long traitement à éloigner les exsudés des paupières et de la cornée, une nouvelle éruption nous ramène au même état que devant, malgré toutes les mesures de précaution. Et s'il en est ainsi lorsque l'individu se trouve dans les meilleures conditions possibles, ce sera pis encore quand, comme cela arrive le plus souvent, il devient impossible de régler convenablement la diète (ceci entendu dans sa plus ample signification). On ne pourra calculer sur une guérison stable tant que le patient n'aura pas changé de physionomie par les signes d'une amélioration ou d'une guérison de l'affection générale. Il faut noter pourtant que les conditions internes et externes du patient peuvent être excellentes, mais la maladie locale est par elle même très lente à se résoudre et ne tolère ni excitation ni violences. Il se présente enfin des cas où un *trachome* de *second degré* peut guérir de lui-même sans laisser de graves dégats.

Arrivant enfin au traitement à suivre, l'auteur se borne à donner des préceptes, selon moi, trop génériques, soit relativement aux régles hygiéniques qu'il faut prescrire au malade, ou relativement au choix des moyens généraux et locaux qu'il convient d'employer, selon le degré ou la phase de la maladie

et selon les résultats ou les complications aux quels elle a donné lieu.

Après une description aussi circonstancielle des différents tableaux cliniques que peut offrir la *conjonctivite trachomateuse* qu'il considère presque toujours liée à une constitution générale altérée on devait s'attendre à ce qu'il y ajoutât des préceptes aussi circonstanciés afin d'éclairer le praticien sur le meilleur mode de diriger l'hygiène du malade ou de modifier selon les circonstances sa constitution viciée, ou par quelque dyscrasie sanguine ou par des anomalies de l'innervation ou par des désordres hydrauliques de la circulation sanguine ou lymphatique, ou enfin par des altérations fonctionnelles ou organiques des voies digestives ou des autres viscères abdominaux. Il aurait été aussi très opportun qu'il fournît quelques données plus rationnelles et moins empiriques sur l'indication d'un moyen local préférablement à un autre, selon le degré d'activité ou d'extension du procédé morbide et selon la quantité et la qualité de ses produits. Toute fois, même les préceptes curatifs limités qu'il nous a fourni sont suffisamment précieux et un praticien attentif, patient observateur qui ne soit pas à jeun des enseignements que nous fournissent la physiologie et la pathologie modernes, peut très bien, par ces préceptes, interpréter les détails omis par l'auteur et en faire à l'occasion les applications les plus convenables. C'est ce que je me réserve de prouver plus loin, lorsque je parlerai du traitement de la *conjonctivite trachomateuse* sur la quelle je me propose maintenant d'exposer les idées que je m'en suis faites en l'étudiant sur un grand nombre de malades, dans toutes ses phâses, gradations, transformations et complications, clairement indiquées par Quadri et magistralement esquissées par le prof. Arlt dans les ouvrages que je viens de résumer.

L'inclination admise, poursuit l'auteur, le *trachome* peut se développer spontanément ou sous l'influence de causes externes nuisibles à l'œil, ou à la constitution (traumatisme, froid, humidité, air impur des lieux clos, mauvaiss nourriture, mauvaises conditions d'existence). Il est certainement plus fréquent parmi les classes pauvres. C'est la puberté qui semble l'âge qui lui est plus propre, on ne le voit jamais au dessous de cinq ans, rarement de cinq à douze; chez les vieillards il s'agit le plus souvent d'affection de vieille date, récidive ou guèrie en appa-

rence seulement. Il peut d'abord n'attaquer qu'un œil, mais il dure rarement quelques mois sans attaquer aussi l'autre. Plus des deux tiers des malades présentent des signes non douteux de scrofule; chez beaucoup d'adultes il y a probabilité ou certitude de tuberculose pulmonaire. Enfin ce sont généralment des individus d'aspect grêle et malingre; très peu sont susceptibles d'être déclarés relativement sains.

L'auteur ajoute l'histoire de cinq cas où il put constater la tuberculose à l'autopsie. Dans quelques familles on trouve souvent plusieurs individus affectés à leur insu du *trachome;* comme il est impossible d'invoquer la contagion ou des causes externes, il faut nécessairement penser à la prédisposition congénitale ou héréditaire. L'affection étant commune chez les misérables on pourrait en rapporter la cause à leurs conditions extérieures de vie; mais comme ou la trouve également chez les gens aisés, il faut en revenir à la nécessité d'une affection constitutionelle. Celsus eut déja une pareille idée, aussi écrivait-il: « Hæc autem asperitudo inflammationem oculorem fere « sequitur, interdum major interdum leviore, nonnunquam etim « ex asperitudine lippitudo fit; deinde asperitudinem ipsam auge « fitque ea in aliis brevis, in aliis longa, et quæ vis unquam « finiatur. In hoc genere valetudiniis quidam crassas durasque « palpebras et ficulneo folio et asperato specillo, ad interdum « scalpello eradunt, versaque quotidio medicamentis suffricant. « Quæ neque nisi in magna vetustaque asperitudine, neque « sæpe facienda sunt. Nam melius codem ratione victus et « idoneis medicamentis pervenitur. » Ce passage, continue Arlt, contient en germe notre doctrine du *trachome.* Qui possède la moindre idée des maladies qui se vérifient dans l'œil doit être convaincu que lea *paupières dures, épaisses*, etc., ne peuvent signifier que le *trachome* dans la stade de profonde infiltration. L'évolution même de la maladie relativement aux accidents phlogistiques est aussi très bien marquée dans ce passage, telle que nous la trouvons aujourd'hui dans les cas que nous qualifions de *trachome* . On y trouve aussi l'avertissement de ne pas trop compter sur les remèdes topiques, une diète opportune y est recommandée dans le sens le plus étendu du mot, et le recours aux médicaments convenables comme la chose la plus importante et la plus nécessaire, et l'influence qu'une affection générale exerce sur le mal local y est positivement

admise. Il est indéniable que la maladie par rapport à ses symptômes et à son cours selon la cause principale y est décrite avec un grande justesse et nout pourrions dire d'une manière classique; on peut encore admettre que ses paroles sur la thérapeutique sont basées sur des observations justes, ot l'on pourrait juger que les mots d'alors *ratione victus et idoneis medicamentis* ne peuvent se rapporter qu'à une affection interne comme cause de cette maladie oculaire.

Je crois d'avoir déjà démontré que dans la *conjonctivite granuleuse* on relève pratiquement trois formes cliniques différentes de cette affection, matériellement caractérisées par l'hyperplasie ou par l'hypertrophie des éléments normaux du strome conjonctival, ou si l'on veut, des éléments connexifs et des follicules muqueux de la conjonctive et comment dans ce procédé d'hypernutrition de cette membrane l'élément hypérémique et les néoformations vasculaires jouent un rôle très important, sinon exclusif. Je crois d'avoir aussi démontré, surtout à l'appui des raisonnements subtils rapportés par le D.r Maroni dans son estimable *Mémoire sur la* CONJONCTIVITE TRACHOMATEUSE, la diverse signification physio-pathologique qui existe comparativement entre le procédé granuleux et le catarrhe conjonctival, bien que l'un et l'autre fassent souvent société entre eux. J'aî en outre affirmé comme indubitable la faculté contagieuse des différentes variétés de cette affection, en admettant toute fois que les granulations palpébrales peuvent se développer sous de certaines conditions, même spontanément, offrant néanmoins la même susceptibilité d'être transmises à d'autres par contagion directe ou indirecte. J'ai en plus déclaré que l'évolution progressive des granulations et les complications les plus communes qui, durant le cours aigu ou lent de cette affection, se manifestent assez souvent sur la cornée, plus rarement sur les membranes intérieures de l'œil, dépendent exclusivement du caractère phlogistique du procédé, de sa diffusion aux tissus qui ont des rapports de continuïté et de contiguïté avec la membrane primitivement malade, tandis que les complications plus graves qui prolongent, je dirais presque indéfiniment le cours de la maladie jusqu'à compromettre gravement l'intégrité anatomique ou fonctionnelle de la faculté visuelle sont exclusivement dues à des anomalies individuelles de la constitution générale des patients, réfléchies sur l'innervation et les condi-

tions histologiques du bulbe oculaire. Ma conclusion finale était que la conjonctivite granuleuse peut par elle seule guérir radicalement en rétablissant dans des conditions presque entièrement normales les tissus de l'œil qui furent premièrement ou secondairement malades. Si donc, comme l'observa le premier le prof. Arlt, ainsi que le croyait le D.r Quadri et comme tous les oculistes devraient l'admettre, il existe une forme de conjonctivite ne représentant point une *prolifération exubérante* des *éléments naturels de la conjonctive*, mais bien, au contraire, une *néoformation des éléments anormaux*, aptes à déplacer d'abord et à détruire ensuite ceux qui constituent la trame histologique de cette membrane; et si la manifestation primitive, comme les évolutions successives de cette néoformation sont associées à l'anémie presque absolue de la conjonctive, ou si elles sont accompagnées par une turgescence vasculaire peu sensible et par une prépondérance marquée de symptômes irritatifs de la sphère nerveuse, on possède. crois-je, de suffisants motifs pour admettre que cette forme de conjonctivite est essentiellement différente des nombreuses variétés de conjonctivite granuleuse où l'on vérifie précisément des conditions tout opposées, et mérite par conséquent d'être distinguée par le nom de *trachomateuse*, qui exprime, je dirais presque, exactement les modifications formelles qu'elle imprime à la conjonctive, comme le qualificatif de *granuleuse*, que l'on donne à l'autre forme, exprime aussi évidemment l'aspect caractéristique qu'elle confère à la muqueuse palpébrale.

Mais outre cela il faut noter que s'il est juste d'attribuer l'hépithète de *granuleuse* à la conjonctivite qui est constamment caractérisée par l'existence de vraies granulations plus ou moins abondantes, plus ou moins confluentes, plus ou moins exubérantes sur la muqueuse palpébrale, il est tout aussi raisonnable de distinguer par le titre de *trachomateuse* l'autre forme de conjontivite qui a pour signe, quelques fois initial, mais toujours transitoire, la manifestation de granules spéciaux, tandis que dans ses évolutions progressives il a pour caractère constant des aspérités, des rugosités, des irregularités, des inégalites superficielles de la muqueuse palpébrale d'aspect fort divers, des granulations véritables hypertrophiantes de la muqueuse même. S'il existe des cas, tout autre que rares, où ces granulations, quand elles sont négligées ou mal soignées,

subissent une spéciale transformation d'aspect qui ajoute à leur apparence caractéristique des modifications de couleur, de forme, de turgescence, on n'a pas cependant des raisons suffisantes pour soutenir que celles-ci dépendent purement et simplement d'une transformation accidentelle ou de méthamorphoses des produits constitutifs de la conjonctivite granuleuse, mais je crois qu'il est bien plus rationnel d'admettre que ces changements anatomiques et symptômatiques doivent plutôt être attribués au développement d'éléments néoplastiques dans le parenchyme conjonctival et dans les interstices de végétations conjonctivales exubérantes, qu'elles représentent l'union de la *néoplasie trachomateuse* à l'*hyperplasie* sous-épithéliale du connexif qui constituent les *granulations proprement dites.*

Et ma conviction est d'autant plus fondée que, tandis qu'il est indubitable que les différentes variétés de la conjonctivite granuleuse se propagent constamment par contagion médiate ou immédiate, selon les différentes modalités que j'ai indiquées précédemment et quelle que soit la constitution des sujets qui se trouvent dans la triste opportunité de la contracter, la *conjonctivite trachomateuse* au contraire et la *néoplasie* qui en est la source lorsqu'elle représente une forme morbide isolée et primitive, comme lorsqu'elle s'associe ou se complique à la *conjonctivite granuleuse,* ne se vérifie jamais sans qu'il y ait intervention pour la déterminer ou des altérations plus ou moins profondes ou complexes de la constitution générale des malades ou l'influence invisible d'agents extérieurs capables de troubler les conditions de l'innervation oculaire ou les rapports nutritifs mutuels des éléments histologiques de la conjonctive palpébrale ou bulbaire.

C'est précisément pour ce motif que si le *trachome* vient à compliquer la *conjonctivite granuleuse* il en trouble l'évolution ordinaire, donnant occcasion à de plus fréquentes recrudescences irritatives, à des complications cornéennes et endoculaires plus graves, plus étendues, plus prolongées, et rend par l'adjonction de ses produits néoplastiques irréguliers plus difficile la résolution de ceux qui constituent les granulations hyperplastiques proprement dites.

C'est à l'unification théorique que l'on tente de faire ordinairement de ces deux formes morbides distinctes, qu'est due, selon moi, la contradiction qui divise les plus illustres oculistes

sur le pouvoir contagieux de l'ophtalmie granuleuse qui chez quelques uns est un dogme irréfutable tandis que chez d'autres ce n'est qu'une hypothèse presque dénuée de fondement sérieux.

L'illustre prof. Magni, par exemple, qui dans ses éloquentes leçons théoriques d'ophtalmologie croit, en l'assurant, d'avoir démontré que le *trachome* n'est que la *granulation à l'état de dégénérescence graisseuse,* nie la capacité contagieuse de ce qu'on nomme *l'ophtalmie militaire* et pense qu'il faut en rapporter le développement aux variations de la température dont l'action sur la muqueuse jointe à l'irritation produite par la poussière de leurs paillasses et par celle des routes durant les marches estivales surtout, provoque une lente inflammation d'abord superficielle, puis enfin parenchymateuse. D'après lui, il faut distinguer dans celle-ci deux produits, l'un superficiel et c'est le catarrhe, l'autre interstitiel, qui est constitué par les granulations, ou, comme il dit, par le *trachome;* au premier il accorde la capacité contagieuse, il la refuse au second. En réfléchissant à ce raisonnement on devrait en inférer que les granulations, ou plutôt *la conjonctivite granuleuse,* ont le pouvoir de se développer sous l'influence des causes susénoncées, mais que leur diffusion ou propagation est due pour le moins en grande partie à la contagion, ou au transit d'un œil à l'autre d'un des produits de cette ophtalmie, c'est à dire au catarrhe muco-purulent. Si vraiment la maladie était déterminée par les causes externes qu'il désigne elle devrait s'infiltrer chez un bien plus grand nombre des individus qui s'y trouvent tous également exposés, tandisque, heureusement, c'est le contraire qui arrive, comme cela doit être naturellement si la cause principale de la propagation de la maladie est le transport accidentel des éléments contagieux. On ne peut certes soutenir, et personne crois-je, n'y a jamais songé, que les granulations aient par elles mêmes la vertu de transmigrer d'un individu à un autre, mais il est au contraire très probable que quelques uns des éléments constitutifs des granulations peuvent en émigrer pour s'entremêler aux épithéliums en exfoliation qui engendrent la sécrétion muco-purulente et que d'un tel mélange il puisse en résulter le soi-disant *virus granuloso,* nié par quelques oculistes et admis par d'autres tout aussi respectables.

A l'appui de cette manière de voir il me semble éloquent de rapporter le cas survenu à un ex-assistant du D.r Quaglino, aujourd'hui professeur dans une des universités du Royaume. Ce jeune médecin eut le malheur de contracter une ophtalmie granuleuse dont il fut tourmenté pendant environ trois ans, par le fait qu'en scarifiant des granulations très hypérémiques le patient par un mouvement involontaire lui aspergea la figure, surtout vers les yeux, avec le sang qui accidentellement lui était coulé sur les lévres. Il est possible qu'il y eut mélangé à ce sang quelques fragments du pus muqueux, mais il est indubitable que devaient y prévaloir les éléments provenant en ligne directe des granulations scarifiées, et il est à présumer que les lavages mêmes mis en œuvre pour s'en débarasser, tout en chassant la cruorine, aient dissout et fixé plus tenacement sur sa muqueuse palpébrale quelque élément des granulations incisées, qui devint ensuite le germe de néoformations similaires dont fut tourmenté pendant si longtemps notre collègue distingué.

Il n'est pas irraisonnable d'admettre ni difficile à comprendre que les granulations pendant la phase de leur développement puissent transsuder par exosmosis une partie de leurs éléments que la sortie en soit plus ou moins facilitée par les contractions naturelles ou exagérées des muscles palpébraux, de même que par les fréquentes et instinctives pressions que le malade lui-même y exerce soit pour alléger les sensations douloureuses qu'il éprouve, soit pour chasser les sécrétions morbides qui le molestent.

Bien plus, la circonstance mentionée par le prof. Magni et par d'autres comme une preuve de l'incapacité contagieuse des granulations proprement dites, c'est à dire, que par l'*inoculation dérivée de la superficie d'une conjonctive granuleuse on a quelques fois obtenu le développement d'une conjonctivite granuleuse, mais le plus souvent d'un simple catarrhe ou d'une blennorrhagie* s'explique plus aisément en admettant l'hypothèse que j'ai posée, car le développement de l'une de ces trois formes morbides de préférence aux autres pourrait être attribuée à la prépondérance éventuelle dans la matière inoculée des éléments interstitiels, provenant des granulations plutôt que ce ceux superficiels qui dérivent des épithéliums de la muqueuse malade. Mais en tout cas, il resterait toujours établi

que les produits qui dérivent d'une paupière affectée de conjonctivite granuleuse entés sur une conjonctive saine parviennent toujours à y déterminer ou une forme spéciale de catarrhe conjonctival ou un processus aigu mais parenchymateux de blennorrhée, accompagné ou suivi de granulations palpébrales tout au moins transitoires, ou bien, et je crois que c'est le plus souvent, de quelqu'une des formes les plus naturelles de la conjonctivite granuleuse.

La conjonctivite au contraire représentée par des granules qui ressemblent à des œufs de grenouille et qu'Arlt appelle *trachomateux*, ou par l'infiltration jaune, que le même auteur nomme exsudé ou *néoplasie trachomateuse* n'est associée ni à un accroissement ni à des altérations qualificatives des sécrétions supérficielles de la conjonctive palpébrale, qui peuvent se transporter éventuellement d'un œil à l'autre, et ne pouvant par conséquent la considérer comme contagieuse, elle mérite par ce fait d'être regardée comme une forme morbide essentiellement diverse de la conjonctivite granuleuse proprement dite.

L'excellent D.r Maroni qui professe à ce sujet les mêmes idées que le prof. Magni, déclare *qu'il n'a jamais été possible de constater une transmission directe par contagion d'un état granuleux jaunâtre, soit secondaire, soit primitif*, mais au lieu de trouver en cela une preuve de la différence réelle entre cette forme morbide, qui est le *trachome*, et les autres gradations diverses de conjonctivite granuleuse à la quelle il attribue le même titre de *trachomateuse*, il déclare immédiatement après que le *trachome n'est pas contagieux par lui-même, mais par l'association du catarrhe, qui en se transmettant à d'autres individus peut donner lieu au développement des granulations par le concours des autres conditions aitiologiques mentionnées par Magni et qu'il cite à son tour*. Mais, selon, moi, même ce raisonnement perd de sa force devant le fait que chacun peut avoir vérifié plus d'une fois, c'est-à-dire que le catarrhe, ou je dirai plus génériquement, les matières provenant d'une conjonctive granuleuse peuvent produire la conjonctivite granuleuse chez les individus sains, même lorsqu'ils ne se trouvent exposés à aucune des conditions antihygiéniques énumérées par Magni et par son brillant commentateur.

Le D.r Gosetti dans une publication récente et appréciée sur l'*Ophtalmie contagieuse et sa diffusion à Venise* considère celle que je nomme *trachomateuse* ni plus ni moins qu'une variété de la conjonctivite granuleuse; néanmoins dans le résumé bref, mais précis qu'il fait des caractères différenciels entre cette variété et les deux autres qui ont pour note spéciale les granulations papillaires folliculaires, il me semble bien près d'admettre dans la première l'idée d'une forme morbide essentiellement différente des deux autres.

« Maintenant je dois vous parler, dit-il, de la troisième variété grandement plus importante que celles mentionnées précédemment, car nous n'avons plus affaire ici avec l'altération d'éléments physiologiques du tissu conjonctival, mais bien avec le développement d'une *vraie néoplasie*. Celle-ci tire sou origine du connexif le plus profond du strome conjonctival, elle s'accroit en soulevant toutes les autres couches du tissu de la conjonctive qui la surmontent; elle est formée par des amas de noyaux, de cellules, de fibro-cellules et de fibres connexives, et ces dernières se développent avec prépondérance dans les périodes avancées du néoplasme, tandis que les noyaux et les formations cellulaires décroissent dans une égale proporsion, de telle sorte qu'après un certain temps succède une véritable métamorphose des cellules en un tissu ferme, fibreux, inodulaire. Ce néoplasme, outre la destruction du tissu propre de la conjonctive palpébrale et reflexe, qu'il change en tissu cicatriciel, incline à s'étendre même sur la portion bulbaire de la muqueuse, et d'un autre coté il s'approfondit dans le tarse où il produit des dégénérations graisseuses et fibreuses, qui ont pour effet d'altérer profondément la structure et la forme du cartilage dont le volume est augmenté par les premières, diminué par les secondes, de manière à changer le cartilage lui-même en un fort cordon qui en se ratatinant de plus en plus remplie la marge libre des paupières, et donne ainsi origine à l'entropion et au trichiasis.

« La distinction, ajoute-t-il, de ces trois formes anatomiques qu'ont prit les granulations est de la plus grande importance, non seulement sous le point de vue théorique, mais, ce qui est plus conséquent, sous celui de la pratique ».

Mais lui aussi, à peine a-t-il mentionné que dans la troisième variété seule se produit le développement d'une véri-

table néoplasie, qui si elle n'est résolue et réabsorbée tend à atrophier et à détruire les éléments normaux de la conjonctive tandisque dans les deux autres la condition pathologique est constituée par une simple hyperplasie des follicules ou des papilles ou de ces deux éléments physiologiques du tissu conjonctival, passant à parler des symptômes et des signes qui en caractérisent l'origine, la marche et l'issue il en fait l'énumération complexive comme si ces trois variétés ne représentaient que des gradations diverses d'une égale forme morbide, qui casuellement peuvent se présenter isolées, de même que fortuitement elles peuvent coïncider entre elles ou succéder l'une à l'autre.

Il n'ose donc pas déclarer qu'il existe une différence essentielle entre les deux premières variétés et la troisième qu'il considère néanmoins et appelle *grandement plus importante que les autres*, et tout en admettant que les deux premières peuvent parcourir toutes leurs phases sans que la granulation néoplastique (*granulo-trachomateuse*) s'asssocie à elles, celle-ci, par contre, toujours selon lui, une fois manifestée sur la conjonctive détermine *constamment* le développement anormal du corps papillaire et des follicules lymphatiques, ce qui n'est ni exactement ni constamment vrai, puisque, comme nous l'avons vu précédemment, il y a une série de cas tout autre que rares dans les quels l'anémie et non point le développement anormal du corps papillaire accompagne le développement des granules néoplastiques, ou *trachomateux*, et leurs phases progressives et régressives qui mènent à l'atrophie des éléments muqueux de la conjonctive palpébrale et bulbaire et conséquemment au simblépharon faux à l'ankyloblépharon et même au xérosis de l'entière surface conjonctivale.

Selon mon opinion, ces cas constitueraient précisément la classe ou la variété du *trachome primitif*, qu'Arlt appelle scrofuleux parce que lié indubitablement à la cachexie scrofuleuse bien que concourent à le déterminer les plus ou moins mauvaises conditions hygiéniques dans les quelles ont vécu les malades.

L'autre variété de dépôt ou d'infiltration trachomateuse qui s'associe dès l'origine au développement anormal du corps papillaire, serait le *trachome catarrhal* du même auteur. Enfin celui qui se complique à la conjonctivite granuleuse à décours

lent, en représenterait, comme j'ai déjà fait observer, le *trachome secondaire,* soit la dégénération *trachomateuse* de l'ophtalmie granuleuse proprement dite.

Sous cette forme, que je dirai *mixte* on vérifie fréquemment les recrudescences irritatives et les plus graves complications cornéennes et endoculaires et la plus ou moins intense dégénération atrophique de la conjonctive blépharo-bulbaire, qui sont des suites caractéristiques du *trachome* primitif d'Arlt, et pour ce motif je pense qu'il n'est pas irrationnel d'admettre que dans de semblables cas il s'agit d'une association à la préexistante conjonctivite granuleuse de l'affection *trachomateuse* survenue par la double influence du détériorement de la constitution générale et du traitement inconvenable et trop irritant, que plusieurs persistent à employer, même quand la filtration néoplastique est devenue prépondérante à l'hyperplasie des éléments superficiels de la muqueuse conjontivale. Du reste si on passe en revue les nombreux auteurs qui ont écrit sur les granulations, on reconnait que tous ont observé des différences cardinales et caractéristiques entre la forme luxuriante des végétations conjonctivales liée évidemment au processus inflammatoire aigu, subaigu ou lent et à la forme atrophiante et dégénérative des éléments anatomiques de la muqueuse conjonctivale, dans la quelle le processus inflammatoire proprement dit n'a toujours qn'un rôle secondaire et transitoire. Mais la qualification erronée de *trachome* donnée aux deux formes fut ce qui engendra et maintient encore la confusion, aussi bien sur les idées pathologiques des deux variétés morbides que sur les indications curatives qui devaient émerger de ces idées et qui devaient conséquemment être confuses et contradictoires comme l'étaient les opinions elles-mêmes.

En effet Carré et Loiseau, en s'occupant de la détermination des caractères cliniques des granulations, reconnurent la nénéssité de les distinguer eu deux espèces; ils appelèrent les unes *vésiculaires* ou *folliculaires* et baptisèrent les autres du nom de *charneuses.* Conformément à cette distinction ils admirent deux formes de trachome; le *trachome folliculaire,* caractérisé par de petits granules d'aspect vésiculaire, de teinte jaunâtre spécialement sur la partie réflexe de la conjonctive et sans sécrétion purulente; le *trachome* à granulation charneuse contremarqué par le développement des éminences pa-

pillaires, rouges, enflées, molles évacuant de la matière purulente (1840) (1).

Ainsi la distinction établie par Loiseau et Carré constituait l'origine d'une doctrine que le D.r Maroni appelle *dualiste,* sans en apprécier l'importance, tandisque, selon mai, elle contient le germe de la distinction la plus radicale, et, solon mon opinion, la plus juste et la plus pratique qui érige les deux formes en deux entités morbides entièrement diverses. Ceux qui écrivirent à la suite sur cet argument, dit le D.r Maroni, s'inspirant aux idées des auteurs sus-énoncés, affirmèrent que le *trachome* à *granulations rouges* consiste dans une hypertrophie des papilles, fait cependant non primitif mais successif à des phlogoses catarrhales qui ont précédé dans la conjonctive; ils jugèrent le *trachome jaune* ou vésiculaire comme dû au développement des *produits néoplastiques vrais,* indépendants de la phlogose, capables néanmoins de la susciter par leur présence et par conséquent aptes à se compliquer facilement avec l'hypertrophie des papilles. C'est ce que soutiennent également Hayrion et plusieurs autres, s'approchant de la vérité ou de ce qui me semble tel.

Une autre série d'observateurs, continue le D,r Maroni, suivant une voie plus positive, cherchait d'arriver à une interprétation du processus trachomateux partant de quelques particularités de structure reconnues dans la conjonctive. En 1853 Bruch et Stromeyer signalaient la présence de follicules lymphatiques dans la conjonctive du bœuf et d'autres animaux, follicules analogues par structure à des organes lymphatiques simples, comme les placards intestinaux de Peyer. Henle (1860) pensa que ces organes naissaient par l'effet d'un travail morbide; bien plus, ayant constaté une certaine analogie morphologique avec celle que l'on rencontre dans la conjonctive *trachomateuse* de l'homme, il les nomma *follicules trachomateux.* Beaucoup de discussions qui s'élevèrent pour déterminer si les follicules de la conjonctive des animaux devaient être considérés comme physiologiques ou comme pathologiques, mais on ne put parvenir à résoudre la question, Le fait est qu'ayant voulu profiter des observations pratiquées sur les animaux pour l'interprétation anatomo-pathologique du *trachome,* par

(1) V. Maroni, loco citato. *Annales d'Oculistique,* 1840, t. 4.

suite de la divergence d'opinions de observateurs; les uns ont admis que les *granulations trachomateuses* consistaient dans une *hyperplasie des follicules lymphatiques préexistant* (1) les autres les ont considérées comme productions *lymphomateuses éthéroplastiques* (2) quoique leur structure n'eût pas une différence histologique diverse de celle du tissu qui leur donnait origine, sinon par un degré d'évolution plus arriéré, considérant, comme plusieurs croient encore aujourd'hui erronément, la couche dermique de la conjonctive comme un tissu fibreux compact.

Le prof. Del Monte tenta de concilier ces doctrines opposées en supposant qu'il pouvait y avoir des *lymphomes* aussi bien *hyperplastiques* qu'*éthéroplastiques*, selon que le développement eût lieu sur des parties de conjonctive qui fussent ou ne fussent pas pourvues de follicules lymphatiques (3). Cet auteur reconnait dans le lymphome de toutes catégories l'attribut anatomique du *trachome folliculaire*, et du point de vue étiologique il en établit deux formes, l'une qu'il appelle *trachome primitif*, idiopathique l'autre. Le premier ne représente que l'effet de conditions générales viciées, telles que la *scrofule* et la *tuberculose;* le second au contraire est la conséquence de modifications de structure de la conjonctive par suite d'*attaques répétées de phlogose.*

Or, dis-je, qui ne voit pas dans ces opinions basées spécialement ou presqu'exclusivement sur des relevés histologiques ce même dualisme que quelques uns admettent et qui est un sujet de plainte pour ceux qui tirent leur jugement de l'analogie ou de la diversité de leurs tableaux cliniques?

N'est-il pas évident que de semblables relevés histologiques émanant de Henle, de Schweiger, de Wolfring et de Del Monte corroborent et confirment, au lieu d'infirmer et combattre, les opinions d'Arlt, de Quadri et autres, relativement aux différences qui existent entre les granulations proprement dites et le *trachome?*

Mais hélas! même Del Monte, tout en appelant *primitif* le *trachome* qui correspond parfaitement à l'affection qu'Arlt re-

---

(1) Schweiger. *Handbuch des speciellen Auyenheilkemde.* Berlin, 1871.
(2) Wolfring. *Graefe's Archiv,* 1868.
(3) Del Monte. *Traité d'Ophtalmoïatrie,* 1872.

garde comme lui propre des sujets scrofuleux, tuberculeux, constitutionnellement détériorés, et *iodopathique* le *trachome* qui est représenté par des modifications de structure de la conjontive, conséquentes à des attaques réitérées de phlogose, fait de ce second groupe une chose seule avec le dépôt ou la filtration, soit lente, soit aiguë, du trachome qu'Arlt qualifie de *trachome catarrhal*, avec la conjonctivite granuleuse hypertrophiante, que le médecin de Vienne a décrite dans ses différentes gradations sous le nom d'ophtalmo-blennorrhée, en se faisant charge de toutes les synonimies ou appellations diverses par les quelles il fut et est encore désigné. Et par conséquent, même Del Monte en maintenant par ses idées la confusion théorique entre les deux procédés, n'arrive pas, me parait-il, à dissiper la confusion pratique qui domine encore sur la méthode de leur traitement.

Il resterait à savoir si les anotomo-pathologistes par ou sans les réponses des observations microscopiques ont pu ou pourraient définir la question de savoir si la nature intime de la conjonctivite *trachomateuse* est positivement différente de celle qui constitue la conjonctivite *granuleuse* proprement dite, ainsi qu'induiraient à le croire les tableaux cliniques de l'une et de l'autre. Jusqu'ici, que je sache, les données recueillies par les anatomistes n'ont pas réussi à éclairer les idées des pathologues ou n'ont servi qu'à faire mettre en doute demain les solutions émises hier relativement à ces deux formes morbides. Et cela est précisément dû, crois-je, à ce que l'on n'a jamais étudié ou peut-être parce que l'on n'a jamais pu étudier avec le secours du microscope les modifications anatomiques caractéristiques des formes initiales de ces deux affections conjonctivales, mais qu'on a examiné simplement les altérations ou métamorphoses des tissus survenues dans les stades plus ou moins avancées de la maladie, examen du quel il n'était certes pas possible de déduire ni surément ni avec probabilité la différence de nature ou de substratum des évolutions morbides précédentes, qui auraient pu indiquer les diversités essentielles existant entre l'une et l'autre forme de l'affection.

Voici en effet comment l'excellent D.r Maroni résume l'anatomie pathologique des granulations et du *trachome*, partant de l'idée préconçue, mais non rigoureusement établie, qne celles-là et celui-ci représentent un procédé identique qui di-

versifie seulement par le degré plus ou moins élevé de gravité des symptômes, du cours, des complications et des résultats aux quels il peut donner lieu.

Les apparences macroscopiques, soit les anomalies de coloris, d'épaisseur et de résistance qui révèlent l'*état trachomateux de la conjonctive* étant relatives à l'état de la circulation sanguine ou lymphatique, sont communes aux autres formes morbides; l'expression caractéristique au contraire de l'état *trachomateux* c'est l'irrégularité de la superficie conjonctivale, indice évident d'une infiltration survenue dans la trame de ce tissu, et par suite d'une irritation morbide des éléments parenchymateux sous-gisants à l'épithelium. — Pour mieux expliquer la topographie de la lésion, l'auteur fait precéder l'exposition par quelques données microscopiques relatives à des notions fondamentales relatives à la structure normale de la conjonctive qu'il résume dans les termes suivants:

a) La conjonctive per analogie aux autres muqueuses est constituée par deux couches principales, l'une superficielle, composée d'epithélium à plusieurs lits, cylindrique dans la section reflexe, applanie dans le tarse; l'autre profonde et de connexion fibrineuse dans la partie qui couvre la superficie antérieure du bulbe, tandis que dans les autres sections il est représenté par une tissu cytogène très riche de cellules embryonnaires, de vaisseaux et de nerfs. Une membrane limitative s'interpose à ces couches dans toute leur extension. Dans le région du tarse la conjonctive est en rapport immédiat avec le solide échaffaudage des paupières, la tarse est constitué par un tissu serré et fibreux et par des glandes, dans les autres régions il y a également un tissu fibreux, mais moins serré et même relaché dans la bulbaire.

b) La couche superficielle de la conjonctive subit dans les régions du tarse et reflexe de nombreuses inflexions dans le cytogène placé au dessous, constituant ainsi les glandes tubulaires de Henle, dont la paroi provient conséquemment des susdites couches, y compris la membrane limitrophe; néanmoins l'épithélium se modifie, semblant formé de cellules disposées en double série, coniques celles de la superficie, arrondies celles qui sont profondes.

c) Les glandes de Henle résultant, comme nous l'avons dit, des inflexions de l'épithélium dans le cytogène inférieur

celui-ci reste disposé à cloisons verticales entre une glande et l'autre, cloisons qui dans l'état normal ne se soulèvent pas du niveau de la muqueuse et qui conséquemment sont considérées comme des papilles par le plus grand nombre des anatomistes. Il convient en outre de remarquer qu'il est fort rare dans la conjonctive humaine de rencontrer des follicules lymphatiques dans la substance anédoïde tandis'qu'au contraire on les trouve constamment dans celle des quadrupèdes.

Il résulte de là, selon l'auteur, comme quoi aussi bien la doctrine qui considère les lésions trachomateuses comme une hyperplasie des papilles, que celle qui les considère comme dérivant de modifications hypertrophiques des follicules sont sans fondement anatomique. L'origine du processus trachomateux est simplement dans le tissu cytogène sous-gisant et interposé aux glandes muqueuses; c'est là en effet que l'observation microscopique relève les premières et plus importantes modifications.

La première période, qui correspond au progressif accroissement de l'infiltration, est caractérisée par la présence de nombreuses cellules lymphoïdes dans les mailles du réseau du tissu anédoïde, ainsi que par la production d'une quantité correspondante de vaisseaux; il suit de là que le tissu cytogène en se développant de toute part soulève les fonds aveugles des tubes glandulaires, qui se trouvent poussés vers le haut et se soulève lui-même sous la forme d'excroissances papillaires là où il constituait les cloisons entre les glandes.

Ces excroissances vont progressivement en augmentant et en grossissant à leurs extrémités, parce qu'elles viennent à un contact réciproque, de sorte que l'embouchure des glandes en arrivent à une occlusion plus ou moins complète, et bientôt de quelques unes il ne reste plus que le fond encore visible.

Toute trace de glandes peut disparaître dans une phâse plus avancée, les excroissances papillaires s'applanissent, se fondent et les cellules deviennent granuleuses et troubles. On remarque souvent une hyperplasie des cellules fixes du tarse, disposées en amas disséminés, qui en augmentant, compriment et atrophient les glandes de Méibomius. A phâse terminée, il ne reste plus qu'un tissu fibreux couvert d'un épithélium d'une seule couche. De cette sorte à l'hyperplasie du cytogène succède la régression des éléments, non seulement néofermés, mais encore

de ceux spécifiques de l'organe qui sont substitués par un tissu connexif ordinaire, en partie dérivé probablement d'une formation directe des fibres du strome préexistant, privé des éléments dont il était le soutien. Ce tissu fibreux jouit des propriétés rétractiles des cicatrices, quoique l'origine en soit si disparate. On doit à cette attitude les déformations finales atrophiques que présentent si souvent les conjonctives et les paupières, quand le processus trachomateux a été d'une certaine gravité et s'est approfondi dans la région fibreuse du tarse, en détruisant les éléments normaux.

Cette rétraction produit ainsi le recoquillement de la paupière et le renversement à l'intérieur du bord ciliaire ce que l'on nomme *entropyon* ou *trichiasis*. De cette sorte la section réflexe peut rester tellement racourcie à ne plus se manifester par les brides qui de la portion du tarse se jettent directement sur la bulbaire. Cette condition vient designée sous l'appellatif de *faux simblépharon* par plusieurs auteurs pour le distinguer du *vrai simblépharon*, c'est à dire des adhérences entre le bulbe et les paupières, qui surviennent à la suite d'ulcérations causées par les caustiques ou par des nécroses diphtériques, lorsque, exécutées sur les parties palpébrales et bulbaires, les superficies ulcéreuses se rencontrent et adhèrent par un tissu fibreux néoformé. Cela peut se produire également dans le *trachome* par suite d'une rencontre fortuite des extrémités de végétations, qui après s'être excorriées et ulcérées ont ensuite adhéré entre elles, et ce n'est pas par conséquent la condition la plus commune qui produit le *simblépharon* d'une conjonctive trachomateuse.

Or je n'hésite pas à affirmer que quiconque a eu l'occasion d'étudier pratiquement la conjonctivite granuleuse proprement dite sur une vaste échelle et dans les Dispensaircs ou les Hôpitaux militaires, doit être persuadé que les modifications de la conjonctive palpébrale et bulbaire ne se vérifient que très rarement chez ceux qui sont affectés des soi-disant granulations rouges, ou seulement quand le détériorement de la constitution générale déterminé par les pires conditions hygiéniques ou par les traitements débilitans inopportuns, ou encore par l'abus des caustiques, a produit le procédé primitif des granulations hypertrophiantes, donnant accès aux développements de ces éléments néoplastiques qui constituent la granu-

lation ou la filtration trachomateuse, dont la tendance nécessaire est precisément de détruire plus ou moins les éléments normaux de la conjonctive.

Un des derniers écrivains qui se soient occupés de l'anatomie pathologique du *trachome* sans faire la distinction que je crois pouvoir et devoir être faite cliniquement, a été le regretté Iwanoff, dont les relevés scientifiques ont été résumés par le D.r Recker à la première séance du Congrès d'Heidelberg, et même dans ces pages il me semble de trouver des arguments à l'appui plutôt que contraires à ma thèse.

Les observations qu'il a recueillies en Egypte en 1876 furent faites sur cent paupières supérieures affectées de *trachome*. Sur 70 il trouva des *glandes* tubuleuses à divers degrès de développement. Le nombre de ces glandes variait entre quelques douzaines et plusieurs centaines sur une seule et même paupière. Dans un premier groupe, elles se trouvaient spécialement dans la partie postérieure de la conjonctive au pli de transition; dans un autre groupe elles étaint disséminées sur toute l'extension de la conjonctive de la paupière supérieure.

Un si grand nombre de ces glandes exclut, selon l'auteur, le moindre doute sur leur signification pathologique spéciale; leur constance, leur développement excessif démontrent l'influence importante que doit exercer sur la vie de la paupière ainsi affectée ce nouveau facteur du procédé trachomateux qui ne fut jamais signalé ni par les cliniques, ni par les anatomistes. Ses recherches ne lui avaient pas encore donné la certitude de savoir si ces glandes se manifestent dans la phâse aiguë du *trachome* avant l'apparition des premières granulations et constituent les granulations que Graefe appelle élémentaires, ou bien si elles ne représentent qu'une ultérieure complication de la maladie.

Si on tient compte de leur existence constante dans les paupières *trachomateuses*, de leur nombre considérable en comparaison du développement plutôt limité des granulations trachomateuses; si l'on considère enfin, que ces dernières se trouvent à différentes phâses d'évolution sur une même paupière, il est bien difficile de ne pas admettre que les granulations *trachomateuses* n'aient qu'une existence passagère, la quelle, comparativement à celle des glandes sus-énoncées, est relativement persistante.

La *granulation trachomateuse* se manifeste, dure quelque temps, puis finit par disparaître, tandisque la glande, une fois développée persiste, d'une manière fort tenace et durable. Il est donc vraisemblable, selon Iwanoff, que ces glandes sont la cause de la longue durée du procédé *trachomateux*, et de sa facilité à récidiver.

En attribuant une si grande influence à ces glandes trachomatheuses il n'entend aucunement diminuer celle des granulations elles-mêmes; les unes existent côte à côte avec les autres. Il attache la plus grande importance aux glandes, ou que par leur évolution la conjonctive palpébrale assume une constitution spéciale en se transformant, pour ainsi dire, en terrain *trachomateux*, de telle sorte qu'une fois attachée de cette manière elle acquiert une sensibilité telle aux moindres provocations, même après une guérison apparente, donc passagère, que la disparition totale des granulations peut être suivie quand que ce soit d'une nouvelle éruption même plus abondante que les précédentes. Selon toute vraisemblance, la modalité spécifique que présente la paupière *trachomateuse* dans un pareil genre de réaction serait due, selon l'auteur, à l'existence de ces glandes.

Une autre observation vient encore à l'appui de cette considération : dans les récidives aiguës, les nouvelles infiltrations cellulaires se forment tout autour de ces glandes. Sous le microscope, et entourées par de nombreuses cellules, elles présentent la plus grande anologie avec une *granulation trachomateuse;* il n'est donc pas étonnant qu'à l'observation clinique elles puissent simuler cette dernière.

L'auteur ayant eu l'occasion d'examiner avec le microscope quelques cas de blennorrhée entée sur des yeux *trachomateux* il put vérifier l'effet destructif que possède le procédé blennorrhoïque sur les glandes précédemment mentionnées. Tout l'épithélium qui les revêt est détruit et alors elles se ratatinent et finissent par disparaitre.

Les observations cliniques ont démontré l'influence radicale de la conjonctivite aiguë sur la guérison du *trachome*. Si donc son action sur les glandes donne la meilleure explication de cette action médicale on en peut inférer quel office important elles doivent exercer sur les évolutions du trachome, si leur anéantissement peut déterminer la guérison du dernier.

Les glandes qu'il a trouvées à la paupière supérieure sont les suivantes:

1. Quelques unes sont de simples *enfoncements superficiels de la conjonctive,* où pénétrent toutes les couches épithéliales de la conjonctive.

Les couches superficielles de l'épithélium cylindrique sont le plus souvent modifiées, les cellules sont comprimées et arrondies; dans leur intérieur on trouve de grands vésicules transparents, qui se réunissent par fois en des vésicules plus gros, repoussant le noyau et laissant de coté le protoplasme. Cet cellules ovales apparemment agrandies présentent une grande analogie avec les cellules à écuelle qui ont été si soigneusement décrites par Reisch. Le tissu de celles-ci est légérement épaissi et modérément infiltré de cellules. Les grandes sont entourées d'un réseau de capillaires. Il les a observées sur des yeux sains en apparence, qui avaient été probablement pendant la vie affectés d'une legère conjonctivite.

2. Les glandes que l'on trouve dans les cas de *trachome* sont réellement distinctes des précédentes. Celles-ci sont des glandes tubulleuses, allongées, revêtues d'epithélium, qui se compose, comme celui de la conjonctive précédente, de deux couches de cellules arrondies et de cellules cylindriques courbées superficiellement. La membrane basilaire est toujours très distincte. Le contenu des glandes est formé d'un amas finement granuleux, graisseux, avec des détritus de cellules, analogues d'aspect à celles des glandes de Meibomius. Autour de la plus part de ces glandes il y a une forte infiltration de cellules lymphoïdes surtout près du conduit sécrétoire et vers le fond de la glande. Elles se trouvent dans la couche sous-épithéliale de nouvelle formation de la conjonctive, leur épaisseur équivaut quelques fois à celle du tarse. Leur nombre est variable. En certains cas dans une section verticale on peut quelques fois en compter jusqu'à 20, d'autres fois 2 ou 3 seulement. Quand elles sont nombreuses on les trouve disséminées sur toute la surface de la conjonctive; quand elles sont rares on les trouve le plus souvent à la partie postérieure de la conjoctive près du pli de transition. La surface de la conjonctive reste unie, d'aspect normal, malgré la présence des ces glandes; sur des sections de paupière on voit que l'épithélium recouvre tous leurs conduits sécrétoires; seulement en soulevant l'épi-

thélium on en découvre les pôres au moyen de la loupe; ils sont sous la forme de petits points ou sous celles de fentes étroites. On retrouve encore les mêmes glandes sur la cornée affectée de pannus crasseux, et dans ce cas on les voit logées entre l'épithélium et la membrane de Boumann, ce qui prouve qu'elles se forment indépendamment du corps papillaire de la conjonctive, et que leur formation ne provient point de glandes préexistantes de la conjonctive normale, mais qu'elles ont une relation intime avec le processus trachomateux.

3. *Cystes de retention.* Les glandes jusqu'ici décrites présentent la forme commune, comme on la rencontre au début de leur évolution. Plus tard elles changent de forme, comme leur épithélium de revêtement, et de leur contenu. Dans une phâse plus avancée les cellules qui en entourent les conduits se changent en tissu cicatriciel.

A mesure que ce tissu connexif cicatriciel se forme les conduits d'évacuation deviennent toujours plus comprimés, la sécrétion glandulaire subit une retention, s'amasse, et ensuite la glande s'étend et prend une forme arrondie (cystes de retention). Dans ces cas le diamètre des glandes s'augmente quelques fois jusqu'à rejoindre 0.3 et 1, 2 millimetres.

La conjonctive se trouve alors soulevée par ces cystes. Du reste cela arrive plus rarement qu'on ne serait en droit de l'attendre en vue de la formation considérable de tissu cicatriciel de la conjonctive. Quant on lève l'epithélium, le conduit d'évacuation resseré se présente sous la forme d'un point qui n'est pas toujours central mais parfois déplacé sur un coté. Le contenu subit toute espèce de changement; quelque fois il reste normal et n'est qu'augmenté, quelques fois il est plus liquide ou plus épais. Parfois il est formé de granules fins disposés en couches concentriques qui ont une grande analogie avec les corpuscules amïloides, sans présenter cependant leur réaction. Quand la distension est très étendue l'épithélium change de forme et se convertit en épithélium *pavementeux* d'une seule couche. Souvent les glandes transformées de cette sorte sont entourées d'un réseau vasculaire serré et souvent aussi par une infiltration dense de cellules. Quelques unes sont tellement englobées dans cette infiltration qu'elles présentent une grande analogie avec les granulations trachomateuses.

4. *Glandes en épi.* Quelques fois on rencontre des glandes

qui communiquent entre elles. Dans ce cas du fond de la glande partent en diverses directions deux ou trois canalicules qui font communiquer la cavité de plusieurs glandes. De cette manière il se forme une quantité de petits canaux revêtus d'épithélium à la surface inférieure du tarse. Il faut en outre remarquer que dans certains cas de développement de ces glandes, surtout quand le réseau ci-dessus est formé, les lobulles des glandes de Meibomius dirigés vers la conjonctive sout souvent atrophiés de maniére que les follicules ne présentent qu'un canal sur le quel on ne remarque plus de grains si ce n'est du coté de la peau, tandis que les lobules de coté de la conjonctive, ont presque complètement disparu. Ce qui est instructif au suprême degré c'est l'examen de la conjonctive quand elle est attaquée de blennorrhagie. L'auteur examina trois paupières dans de semblables conditions. La conjonctive était infiltrée sur toute son épaisseur par des cellules de pus. Sur les points où cette infiltration était encore faible les cellules purulentes étaient groupées surtout à l'autour des glandes. On ne rencontrait dans leur intérieur que quelques globules de pus isolés. L'épithélium des glandes était altéré. Quand l'infiltration était encore faible les cellules cylindriques seules étaient changées, elles étaient très tendues ou transformées en vésicules qui occupaient tout l'espace intérieur des glandes. Les limites de ces vésicules étaient peu distinctes, leur contenu complètement transparent, dans quelques unes on trouvait deux ou trois cellules purulentes et même davantage. L'épithélium arrondi était moins altéré et l'on n'y voyait que la subdivision des noyaux, de deux à quatre, dans la plus part des cellules. Dans les glandes situées aux points de majeure infiltration tout l'épithélium aussi bien le cylindrique que le rond était changé en vésicules. Enfin on rencontrait des glandes qui n'étaient plus reconnaissables que par leurs contours à peine marqués; tout leur contenu était changé en une masse amorphe où l'on reconnaissait ci et là des globules purulents isolés. Les glandes conservaient rarement leurs dimensions lorsqu'elles étaient altérées jusqu'à ce point. Elles étaient la plus part ratatinées d'autres complètement atrophiées. Dans une des figures jointes à l'étude d'Iwanoff on voit la conjonctive infiltrée de pus, et à sa superficie un exudé recouvert par l'épithélium. Probablement dans ce cas l'épithélium a eu le temps, par suite

de la diminution du processus blennorrhagique, de recouvrir l'exsudé avant la *mort de l'individu.*

Ces études sur le *trachome*, selon l'auteur même, ne doivent pas être considerées comme finies; les résultats pourtant qu'il en a déja obtenus sont assez intéressants et servent à jeter une grande lumière sur ce procédé énigmatique. Il fait néanmoins observer que les glandes *trachomateuses* ne doivent pas être confondues avec les granulations *trachomateuses*, qui existent indépendamment des premières dans le *trachome chronique* passé à l'état aigu. Ces granulations parvenues à leur entier développement, ne diffèrent point, comme le prétend Saemisch, des granulations qui caractérisent le *catarrhe folliculaire.*

Les unes comme les autres sont constituées par des granulations rondes ou ovales, que se présentent sous la forme de groupes égaux de cellules; jusqu'à un certain degré de leur développement les deux espèces sont nettement délimitées par le strome qui les renferme; elles sont privées de vaisseaux.

Les recherches du savant auteur établiraient donc que, indépendamment des granulations, il y dans le *trachome chronique* une grande quantité de glandes qui dans certains cas semble surpasser même celle des granulations proprement dites. Si la clinique ne les a pas indiquées jusqu'ici, c'est que durant la vie elles peuvent être facilement confondues avec les *granulations trachomateuses.*

L'auteur opine que les résultats de ses recherches peuvent servir de point de départ pour différencier ces productions si distinctes durant la vie et qui constituent probablement une base solide pour le diagnostic différenciel des deux procédés, si analogues dans leur début, si diamétralement opposés à leur fin, comme le sont le *catarrhe folliculaire* et le *trachome,* et moi je dirai: comme sont la *conjonctivite granuleuse pure* et la *conjonctivite trachomateuse* proprement dite.

Mais hélas! pendant que des auteurs respectables, comme Iwanoff et Berlin, viennent appuyer et jusqu'à un certain point expliquer les différences ainsi que les points de contact qu'ont les susdites formes morbides cliniquement diverses, apparait quelques mois après un écrit de Jacobson relatif à l'*hypertrophie épithéliale, et à la formation des follicules dans la conjonctive sous le point de vue de la conjonctivite granuleuse,* où les assersions des deux précèdents sont mises en doute ou

en change la signification. Jacobson en effet, tout en admettant que dans le 70 pour 100 des affections trachomateuses existent les glandes dont parle Iwanoff, déclare que cette formation est une complication du *procédé granuleux* et n'a aucune signification pathognomonique, car on les trouve dans des procédés fort divers, inflammatoires ou non inflammatoires. Et ensuite il s'élève contre les idées émises par Saemisch sur la constitution anatomique de ce que nous sommes habitués à appeler *granulations*, sous le point de vue clinique. L'éminence ressemblant à une papille hypertrofique, qui, selon Saemisch, serait la caractéristique de la *conjonctivite granuleuse*, et qui, selon lui, devrait être considérée comme une *néoplasie*, n'a pas, au contraire, selon Jacobson, une signification semblable. La granulation du clinique est pour lui le follicule, et si on objecte que des follicules on en trouve même dans les affections non granuleuses, il nie même à ceux-là toute signification pathognomonique déclarant que si dans la conjonctivite folliculaire les susdits follicules disparaissent sans laisser de cicatrices, tandisque dans la conjonctivite granuleuse la formation des cicatrices est de règle générale, cela dépend probablement des circonstances extérieures non inhérentes aux follicules, comme la profondeur qu'ils atteiguent, etc., etc.

Il conclut cependant lui aussi que, quoique Koester ait prouvé que l'inflammation de la *substance adénoïde*, dont la conjonctive normale est certainement pourvue, ait une grande tendence à donner origine à la formation des follicules, néanmoins uniquement sous le point de vue clinique nous devrons continuer à distinguer les *formations folliculaires*, capables de se réabsorber de celles qui tendent à laisser après elles des cicatrices.

Je n'en finirais plus si je devais citer tous les passages des auteurs, spécialement contemporains, qui, avec les données de l'observation clinique et des données anatomo-pathologiques, démontrent et combattent en même temps la distinction, que je crois naturelle, logique et vraie, entre le *trachome* et la granulation proprement dite. Et la raison de ces contradictions consiste en ce que, lorsque la néoplasie trachomateuse est isolée et primitive, elle a son origine dans les couches profondes de la conjonctive, et pour en analyser les élements, il conviendrait d'extraire les parties saines de la membrane malade, ce qui n'est pas permis au clinique dans le but de satisfaire aux exi-

gences du microscopiste; ou cette néoplasie est associée avec le procédé catarrhal de la conjonctive, et dans ce cas je crois bien difficile pour l'histologue de discerner les éléments spéciaux des deux procédés; ou elle n'est qu'une complication successive et secondaire du procédé préexistant de conjonctivite granuleuse, et *a fortiori,* en exportant par lambeaux les granulations, il sera bien difficile de juger par les réponses de l'analyse microscopique de ces lambeaux quels sont les éléments propres de la granulation hypertrophique et quels sont ceux de la néoplasie atrophiante.

Mais qu'est donc, selon moi, la *conjonctivite trachomateuse,* quels sont les principaux cadres cliniques qui la caractérisent, quelle en est l'étiologie, quelle marche suit-elle habituellement, selon son plus ou moins de gravité et selon la constitution générale des individus qui en sont affectés, et les conditions hygiéniques dans les quelles ils vivent, quelles sont les complications plus fréquentes dans les variétés différentes de cette forme morbide, quels sont les résultats plus habituels et remédiables, quels sont ceux plus rares et sans ressources, quels sont les précautions et les soins hygiéniques qui lui sont plus convenables, quelle doit être la thérapeutique générale et locale la plus opportune pour en arrêter le cours, pour détourner et vaincre ses plus graves complications, pour porter remède au moins à quelques unes de ses plus graves conséquences? A toutes ces questions j'ai déjà en grande partie répondu dans le résumé ou dans l'analyse que j'ai faites des opinions émises sur ce sujet par des auteurs insignes et par des praticiens respectables; mais dans le but de mieux concréter mes convictions à ce propos, non par prétention d'imposer mon opinion aux spécialistes qui en ont une différente ou opposée, mais simplement pour tracer à l'avantage des médecins non spécialistes, les règles les plus indispensables à connaitre pour distinguer avec sureté l'un et l'autre de ces grands groupes d'affections conjonctivales que l'on rencontre chez nous comme un peu partout, le plus fréquemment, je résumerai ici aussi brièvement que possible le résultat de mes observations en indiquant les points de contact et les caractères différentiels qu'on rencontre pratiquement entre ces groupes morbides, aussi bien dans leur symptômatologie que dans leur marche, de même que dans leur respective indication thérapeutique.

Dans la *conjonctivite trachomateuse* comme je la comprends et comme on la retrouve dans la pratique on peut distinguer trois grandes variétés ou gradations: la première est le *trachome primitif simple* qu'ont peut aussi appeler *scrofuleux;* la seconde c'est le *trachome catarrhal compliqué* qui est propre aux constitutions détériorées; la troisième c'est le *trachome secondaire ou dégénératif* que j'ai nommé *dégénération trachomateuse de la conjonctivite granuleuse* par ce qu'elle se retrouve précisément chez ces individus devenus valétudinaires pendant le décours de cette maladie négligée ou mal soignée.

Le cadre anatomique de la première variété correspond parfaitement à celui qu'en donne le prof. Arlt et que j'ai précédemment ébauché ce qui rend superflu d'y revenir. Le cadre clinique, ou soit les anomalies fonctionnelles qui le caractérisent ressemble assez à celui que nous avons donné de la conjonctivite granuleuse simple primitive, et c'est pour celà que beaucoup de médecins, même spécialistes, attribuent à toutes deux la même nature et les mêmes tendances, y compris la capacité contagieuse.

Les caractères différentiels cependant pour celui qui veut les chercher se trouvent dans l'aspect bien divers que présentent les irrégularités de superficie constituant les *granules trachomateux* vis-à-vis des végétations papilliformes qui représentent les *granulations miliaires* proprement dites. Jaunâtres, les premiers occupent évidemment les couches profondes de la conjonctive serpentant spécialement entre les plis de la conjonctive réflexe de l'une ou des deux paupières, où le tissu anédoïde est plus relâché et par suite mieux disposé à se laisser détendre par les filtrations néoplastiques et à subir leur influence atrophiante; roussâtres, les secondes s'avancent spécialement à la région tarsale à travers les épithéliums superficiels de cette membrane, aux quels elles s'interposent et se superposent durant leurs évolutions progressives par leur tendence naturelle à hypertrophier les éléments fixes de la muqueuse palpébrale.

On rencontre une autre différence dans l'éréthisme spécial de la sensibilité locale que présentent les malades de cette *variété de trachome,* soit pour la lumière, soit pour toute cause offensive externe et même pour les agents thérapeutiques. La photophobie leur est assez moleste sans qu'il y ait concomitance

ni d'hypérémie bulbaire ni de dévoilement de l'épithélium cornéen, tandisque chez les malades de simple granulation moins hyperplastique ou hypertrophiante, on ne relève pas ce symptôme ou tout au plus à un minime degré. Fort fatigante est la *sensation prurigineuse* que ressentent les trachomateux, peut être à cause du pivotement exercé sur les rameaux nerveux de la conjonctive par les petits granules néoplastiques quand ils se développent et en traversent le tissu; tandisque dès le début des granulations miliaires le malade éprouve une sensation de chaleur ou de cuison, déterminée, crois-je, par l'élévation positive de chaleur qui se manifeste quand et là où il survient une augmentation, même légère. de turgescence vasculaire ou d'activité nutritive dans les éléments d'un tissu.

C'est à cet éréthisme de pareils sujets qu'il faut attribuer à la moindre variation atmosphérique, à l'action du froid, de la chaleur, du vent, le pouvoir de provoquer en quelques jours, et souvent en quelques heures, une abondante prolification d'éléments néoplastiques entre les mailles du tissu conjonctival, et si ce fait donne lieu à d'autres symptômes d'acuité du procédé trachomateux qui représentent le passage du *trachôme simple* au *trachôme compliqué*, ou bien à cette autre forme que nous décrirons plus loin et que nous avons déja désignée sous le nom de *trachome catarrhal.*

On doit encore à cet éréthisme nerveux l'intolérance absolue ou relative que présentent de semblables malades à l'application locale de certains remèdes, dont il est fait ordinairement usage pour le traitement de cette maladie, même par les spécialistes qui considèrent les *produits du trachome* identiques à ceux de l'*ophtalmie granuleuse* proprement dite, ou comme exubérances de quelques éléments de la conjonctive qui peuvent ou doivent être exportées par le fer ou détruites par les caustiques. C'est encore là un caractère différentiel du *trachome* comparativement aux vraies *granulations* qui explique et prouve en même temps la diversité de condition et de situation des deux procédés. De fait en admettant avec Arlt que le *trachôme* est une *néoplasie* qui peut se déposer aussi bien sous l'épithélium de la conjonctive palpébrale ou bulbaire ou dans les tissus profonds (cartilage et connexif cellulaire) que, comme tel, il ne dépend pas d'un élément déterminé de la conjonctive, mais possède au contraire par son autonomie le pouvoir d'atrophier

les tissus qu'il infiltre, on comprend facilement pourquoi les remèdes qui ont la vertu de détruire les néoformations morbides, qui couvrent ou enveloppent les tissus sains et qui sont fort bien tolérés précisément parce que leur action s'exerce sur celles là et non sur celles-ci, doivent au contraire être peu tolérés et deviennent nuisibles si on les applique sur un tissu superficiellement saîn, mais profondément vulnéré par un procédé qui tend naturellement à désorganiser et détruire la trame physiologique. C'est précisément pour cela que l'abus des topiques astringeants et caustiques dont beaucoup d'oculistes font usage pour détruire les inégalités de superficie dans la conjonctive déterminée par les *granules* ou par des *filtrations trachomateuses* non seulement ne parvient pas au but désiré, mais provoque au contraire des surexcitations irritatives dans les éléments histologiques envahis par la *néoplasie* ou dans les tissus environnants par continuité ou contiguïté. Si puis on recherche le facteur principal du dépôt néoplastique caractéristique de cette maladie, et de l'éréthisme extraordinaire de la sensibilité locale qui en représente pour ainsi dire l'encadrement symptômatique on la trouvera indubitablement dans la constitution des patients le plus souvent viciée par l'infection scrofuleuse ou par la dyscrasie herpétique et quelques fois au contraire par la cachexie tuberculeuse.

On doit également à la même cause la continuité obstinée de cette forme morbide, la fréquence des recrudescences qui en traversent le cours, sa facilité à s'étendre, à s'approfondir ou à se compliquer à d'autres graves affections endoculaires.

Il faut encore attribuer à la même influence la vérification fréquente contemporaine ou successive de cette forme de la maladie chez plusieurs individus d'une même famille ou d'une même communauté, parce que tous plus ou moins viciés dans leur constitution générale, tandis que plusieurs font dépendre ce fait de l'amorce contagieuse propre de l'ophtalmie granuleuse et la considèrent en outre comme une preuve de l'identité des deux formes.

D'une parcille idée, fausse selon moi, on a tiré la conséquence de l'opportunité ou de la nécessité d'interdire aux malades de *trachome* même *simple* l'entrée aux Asiles, aux Ecoles, aux Orphelinats, scrupule tout au moins exagéré qui apporte des désagréments nombreux aux familles des pauvres ouvriers,

qui pour un laps de temps hélas! toujours trop long ne peuvent faire profiter leurs enfants, éventuellement affectés de l'*éternel trachome*, des avantages directs et indirects, moraux et matériels qu'ils trouveraient dans ces institutions de prévoyance et de providence sociale.

La forme du *trachome simple* constitué par les soi-disant œufs de *grenouille*, soit de petites élévations jaunâtres ou grisâtres semblables à des graines de pavôt qui occupent la plus part du temps le cul de sac et la conjonctive tarsale et qui arrivent quelques fois jusqu'à la périphérie de la portion sclé-roticale, est difficilement observée par le médecin et même quelques rares fois par le spécialiste, parce que n'étant accompagnée ni de rougeur conjonctivale ni par une augmentation ou une altération de sécrétion, l'individu lui même ignore d'être porteur d'une affection oculaire et par suite recourt difficilement aux conseils des hommes de l'art pour être débarassé de la fastidieuse sensation de prurit et de la photophobie qui entretemps le fatiguent plus ou moins, ou n'y a recours que lorsque ces derniers symptômes, par la progression du mal se sont accentués avec accompagnement de douleurs névralgiques périorbitaires ou endoculaires et suivies le plus souvent par des pustules herpétiques de la périphérie ou du centre cornéen.

Cette dernière condition se vérifie très fréquemment chez les sujets à tempérament délicat et nerveux, représente le point de transition, le trait d'union du *trachôme simple* au *trachome catarrhal* sans être cliniquement identique avec ce dernier, et on pourrait l'appeler *trachome compliqué* en ce qu'il peut procéder et procéde assez souvent avec des symptômes spéciaux, dont le cadre est constitué par une spéciale exagération de la locale irritabilité nerveuse caractéristique du *trachome simple* et par des altérations nutritives secondaires de l'épithélium cornéen, soit de la formation de pustules qui s'ulcèrent habituellement et s'associent quelques fois à l'hypopion ou à des processus d'iritis ou d'irido-cyclite subaiguë qui peuvent donner lieu à des événements successifs très graves et même fatals, si on ne les reconnait pas en temps utile et surtout quand ils sont mal soignés.

Contemporainement ou successivement à ces recrudescences irritatives superficielles ou profondes du bulbe ou voit conti-

nuer dans les anfractuosités de la muqueuse palpébrale le dépôt de la *néoplasie trachomateuse*, et jusqu'au cartilage du tarse, qui chez de tels sujets est ordinairement assez grêle, en subit l'infiltration en se faisant beaucoup plus ferme et épais et en perdant sa souplesse, tandis que la muqueuse correspondante prend un aspect jaune crasseux, parsemée de rugosités.

Chez les sujets de constitutions plus faible ou débilités par de misérables conditions hygiéniques, par une alimentation insuffisante ou mauvaise, par des infections celtiques ou par de longues et fréquentes maladies viscérales ou voit plus ou moins rapidement les métamorphoses rétrogrades ou dégénératives de la *filtration trachomateuse;* surviement alors les partielles irritations cicatricielles de la conjonctive palpébrale qui amènent le *trichiasis* ou l'*ectropion* et qui déterminent même le *blepharo-phymosis*. De telles successions deviement à leur tour une cause mécanique de recrudescences irritatives ultérieures à la surface ou dans le parenchyme de la cornée (Kératites panniformes, ulcéreuses, parenchymateuses) et préparent finalement le terrain, si l'on n'y porte remede et si les conditions du sujet sont très détériorées ou fortement cachexiques, à cette plus diffuse dégénération atrophique des éléments muqueux, qui a pour dernière conséquence ce que l'on appelle le *simblépharon postérieur*, le *lagophtalmos* ou *anchiloblépharon* et le *xerosis*.

Lorsque les susdites recrudescences irritatives surviennent chez des individus de constitution moins détériorée on constate souvent les véritables signes d'inflammation catarrhale, l'hypérémie et la sécrétion muqueuse, qui, si elles ne sont point trop excessives ou si elles sont traitées d'une manière convenable facilitent les métamorphoses résolutives et la résorption, au moins partielle, des *néoplasies trachomateuses*, tandis que s'il y a exagération, en les traitant par des moyens antiphlogistiques excessifs ou par des médications locales irritantes, elles favorisent plutôt de nouveaux dépôts néoplastiques, et la formation d'abord du *pannus léger* ou vasculaire et ensuite du *pannus gras* ou *fongueux* qui est précisément constitué par la filtration des éléments *trachomateux* à travers les couches épithéliales de la cornée.

Le *trachome catarrhal* ou *conjonctivite trachomateuse* représenterait la forme qui, selon Arlt, est constituée par un ra-

pide dépôt et la filtration de la *néoplasie trachomateuse* et mérite ce titre par certains symptômes d'analogie qu'elle présente à son début avec la conjonctivite catarrhale ordinaire, tels que l'hypérémie, l'ædème de la conjonctive blepharo-bulbaire, s'étendant par fois jusqu'à la peau dos paupières, et les flocons de mucus qui se mêlent à l'abondance des larmes, tandis qu'on rencontre les signes différentiels dans la présence des granules jaunes caractéristiques qui paraissent plus abondants au cul de sac malgré la majeure tumescense séreuse de la conjonctive, ainsi que dans la forte photophobie avec des douleurs déchirantes, piquantes ou compressives qui n'existent pas ou sont du moins plus tolérables dans la conjonctivite catarrhale ordinaire.

La persistance de ces caractères différentiels leur donnent toujours une majeure signification pathognonomique, même lorsque les phénomènes congestifs ou pseudo-catharreux sont disparus plus ou moins complètement à la suite d'une cure thérapeutique opportune ou encore spontanément, ils sont donc constamment une expression locale de la constitution générale lymphatico-nerveuse des patients, à la quelle il faut attribuer, comme je l'ai déjà répété plusieurs fois, l'obstination particulière du procédé et sa tendance extraordinaire à des recrudescences réitérées et aux complications nombreuses et variées qui en entravent le cours.

La quatrième forme de trachome est celle que nous avons appelée *dégénération trachomateuse* de la *conjonctivite granuleuse*, parce qu'à l'hypertrophie des éléments conexifs et glandulaires du strome conjonctival, caractéristique de l'ophtalmie granuleuse proprement dite, s'associe ou domine le dépôt ou la filtration des *granules jaunes* et de l'*exsudat gélatineux* qui constituent la *néoplasie trachomateuse*. On la vérifie chez les sujets dont la mauvaise constitution ou l'état de détérioration imprime au procédé granuleux un cours lent et anormal, donnant en outre lieu à la formation des susdits éléments néoplastiques à la base ou dans les interstices des efflorescences hypertrophiques de la conjonctive tel qu'elles paraissent en elles-mêmes par un mouvement exagéré de végétation tandisque l'augmentation de leur turgescence est due à l'intervention de nouveaux éléments néoplastiques qui ont une tendance à en désagréger la trame, comme à désorganiser le sous-sol sur le quel elles eurent leur première origine.

Indice et en même temps occasion de cette dégénérescence du procédé granuleux, de ce pervertissement de l'attitude nutritive de la muqueuse conjonctivale nous noterons les recrudescences irritatives plus fréquentes et plus graves qui se manifestent d'abord par de fastidieuses névralgies ciliaires et par une photophobie exagérée, et se développent ensuite par de graves kératites ulcéreuses ou parenchymateuses associées à un accroissement de pression endoculaire ou à de véritables iridocyclites ou à des cyclo-choroïdéites qui se changent très souvent en *glaucome secondaire.*

De semblables complications ne sont pas toujours observées par ceux qui se préocupent davantage et presque exclusivement de la luxuriante situation de la conjonctive palpébrale qui s'y associe, et alors, malgré la présence de ces complications, on a l'habitude d'insister dans l'emploi des remèdes caustiques et astringents qui sont indiqués et opportuns seulement contre les véritables granulations hypertrophiques qui protégent par leur présence le tissu physiologique subjectif de la conjonctive contre l'action irritante de ces remèdes. Pour quant à moi elles suffisent à m'avertir que la conjonctivite granuleuse primitive n'est plus un procédé isolé, mais qu'il y a concomitance de complication trachomateuse par le dépôt néoplastique entre les mailles de la conjonctive ou dans l'épaisseur du cartilage tarsal avec accompagnement de cet éréthisme spécial de la sensibilité locale et de ce pervertissement de l'innervation trophique ou vaso-motrice, qui sont les marques caractéristiques du processus trachomateux, quand il est isolé et primitif, comme aussi lorsqu'il est une complication secondaire ou successive du processus granuleux proprement dit. Précisement pour cela, quand la filtration trachomateuse déplace, rehausse et met, pour ainsi dire, à nu quelques parties de la conjonctive indemne, placée entre les éléments néoplastiques du trachome et hyperplastiques des granulations, on remarque ou une intolérance absolue ou une aversion particulière pour l'emploi de ces remèdes qui ne font que provoquer ou empirer les susdites complications irritatives de la cornée, de l'iris ou des autres membranes endoculaires.

Après avoir esquissé les tableaux symptômatiques des principales variétés de *conjonctivite trachomateuse,* je crois fort important d'appeler encore l'attention des praticiens sur les

impulsions étiologiques ou soit sur les causes qui peuvent influencer directement ou indirectement un semblable procédé morbide, car j'ai la persuasion qu'il faut attribuer à leur caractère spécial les différences d'évolution, les complications particulières, les résultats plus ou moins graves aux quels il peut être sujet. Ainsi, par exemple, le *trachome scrofuleux simple* ou le *moins compliqué*, ou celui qui est associé à d'intermittentes névralgies, à des efflorescences herpétiques de la cornée suivies plus ou moins par des ulcères et même par l'hypopion, peut être observé chez des individus à tempérament délicat et nerveux dans toutes les classes sociales, celles à l'aise comprises, aux quelles ne fait défaut ni la bonne alimentation. ni les habitations bien aérées et convenablement éclairées, ni les attentions les plus scrupuleuses à toutes les règles de l'hygiène. Dans ce cas la maladie à un cours relativement bref et les résultats les plus graves se réduisent ordinairement à de partielles irritations de la conjonctive palpébrale, à quelques petites nébulosités cicatricielles de la cornée ou à un léger pannus susceptible d'être complètement résous. Mais si ce même procédé se manifeste chez des individus qui se trouvent dans des conditions inverses ou très différentes, la *filtration trachomateuse* s'étend assez facilement du cul de sac aux autres régions de la conjonctive, les complications sont plus vastes et plus profondes et donnent ainsi lieu ou au *pannus ectasique* de la *cornée* ou à sa *perforation* et aux consécutives *cicatrices adhérentes* et l'on ne tarde pas à voir se manifester la contraction atrophique de la conjonctive palpébrale, puis le *trichiasis* et l'*entropion* avec toutes leurs conséquences.

Si enfin cette forme morbide se développe dans les familles pauvres de ces ouvriers à constitution lymphatique ou scrofuleuse, qui obtiennent d'une nature marâtre la malencontreuse compensation d'avoir de leurs mariages une fructification abondante et de se trouver amassés d'une manière excessive dans leurs taudis, de même que contraints à fractionner trop minutieusement le pain gagné à la sueur de leur front, et de n'avoir ni le temps ni l'envie de penser à leur propreté personnelle, à celle de leurs enfants et de leurs habitations, la maladie s'augmente en proportion du détériorement de leur constitution par suite des causes indiquées, et c'est alors que l'on peut vérifier les effets les plus funestes et irrémédiables par le développe-

ment du *simblépharon partiel*, de l'*anchiloblépharon*, et du xérosis plus ou moins étendu de la conjonctive blépharo-bulbaire.

Chez les femmes du peuple, même de constitution originelle passable, ces résultats se trouvent facilités per les allaitements réitérés ou prolongés, par les hémoragies copieuses ou fréquentes, et quelques fois par les saignées excessives mises mal à propos en usage pour le traitement de maladies oculaires ou d'autres affeclions viscérales. Chez les hommes l'usage immodéré des boissons alcooliques exerce une influence tout aussi maligne, soit en altérant les fonctions de l'estomac ou des organes auxiliaires de la digestion soit en provoquant une irritation exagérée dans la sphère des nerfs sensitifs et un affaiblissement particulier dans ceux de la vie organique ou végétative.

Enfin sans nier que ces résultats peuvent être déterminés par le seul fait de la dyscrasie scrofulense, je puis dire de ne les avoir jamais constatés chez les individus qui pouvaient, au moins dans une certaine mesure, modifier leur constitution par les ressouces opportunes de l'hygiéne et de la thérapeutique.

Quand aux effets pernicieux de l'application incongrue de certains remèdes, j'en ai parlé suffisamment sans qu'il soit nécessaire de me répéter.

Le *trachome catarrhal* se rencontre ordinairement chez les snjets de constitution apparemment florissante, mais de tempérament lymphatico-nerveux, abondamment pourvus de tissus collulo-adipeux, qui ont la chair gonflée et flasque, le sang plus riche de leucocytes que de vrais et bons globules cruoriques et les nerfs susceptibles d'irritation pour la moindre cause. Chez de tels individus, si par le concours des susdites dispositions organiques, il survient, sous forme aiguë, un dépôt abondant de *néoplasie trachomateuse* entre les mailles relachées du tissu connexif de la conjonctive reflexe ou même dans celles plus resserrées de la conjonctive tarsale, il est naturel qu'il éveillera une réaction locale nervo-vasculaire, simulant le catarrhe aigu de la conjonctive, qui a cependant une tout autre signification, un cours tout diflérent et des exigences thèrapeutiques tout-à-fait diverses. En effet, ces phénomènes transitoires une fois dissipés, soit spontanément ou par des moyens quasi plus hygiéniques que thérapeutiques, on arrive

facilement à reconnaitre la présence des produits *néoplastiques*, qui en avaient été la cuuse momentanée. C'est au surplus la forme de *trachome* qui dans les fréquentes recrudescences irritatives aux quelles elle est sujette donne plus facillement lieu à une abondante filtration néoplastique et à une turgescence vasculaïre de la conjonctive plus considérable de manière à donner à celle-ci l'aspect qu'elle présente lorsqu'elle est envahie par le procédé *granuleux hypertrophiant*, proprement dit. En realité cependant, si cette tuméfaction cède spontanément, ou si on la fait disparaitre en exerçant une modique pression immédiate sur la muqueuse, on rend de suite évidente la prêponderance du filtré jaune, ou *néoplasie trachomateuse*. Il faut en outre ajouter que la concomitance, au moins partielle, de l'hypérémie facilite dans cette variété de *trachome* la complication de la *kératite parenchymateuse*, ou de l'*iritis* ainsi que la formation contemporaine sur la cornée du soi-disant *pannus gras* ou *lardacé* au quel porte son propre contingent même la propagation à cette membrane de la *filtration néoplastique* caractéristique de cette maladie.

On vérifie beaucoup plus rarement pendant le cours de cette variété de *trachome* la complication de ce que l'on nomme le *glaucome secondaire*, parce que l'hypérémie active qni en accompagne les débuts et les retours éventuels ne dispose pas par elle même à ces stases passives ou paralytiques du tractus uvéal qui contribuent si largement à créer l'accroissement et la retention des humeurs endoculaires qui sont la cause de l'excessive tension endoculaire propre de l'affection *trachomateuse*. Si cependant il y a chez le malade, ou par disposition génitale ou par suite d'âge avancé, une rigidité spéciale de la sclérotique, il suffira d'une augmentation relative de pression endoculaire associée à l'eventuelle coïncidence de la *kératite* ou de la *kérato-iridite* pour déterminer même les phénomènes et les résultats du *glaucome*, surtout si pendant l'évolution de ces procédés on aura fait emploi ou abus de topiques irritants, ou encore de soustractions indues ou excessives de sang, locales ou générales.

Ce que j'ai dit relativement aux impulsions étiologiques du *trachome catarrhal* peut s'appliquer également à cette variété que j'ai appelée *dégénération trachomateuse de la conjonctivite granuleuse*.

Je devrais dire maintenant à quelle synthèse relative à l'essence, ou pour mienx dire, à la condition physio-pathologique du *trachome*, m'amène l'analyse que j'ai faite de ce procédé dans ses aspects multiformes, dans son mode varié d'évolution et dans ses issues finales, encore plns variées, Ma tâche à cet égard n'est surément pas facile, car sans l'appui de l'autorité des écrivains en matière oculistique qui sont à ce sujet si fort discordants entre eux, privé de celle des anatomo-pathologistes modernes, qui doutent de tout ce qui n'est pas prouvé ou ne peut l'être par les réponses microscopiques, je dois appuyer l'explication des idées que je me suis formées sur la nature de cette maladie au critérium qui m'a été fourni par la simple observation clinique, critérium que pourraient infirmer ceux qui ont plus de sagacité que moi pour observer et en tirer les déductions.

Comme le dernier mot n'est pas encore dit pour soutenir l'identité mieux que la différence essentielle de la *conjonctivite granaleuse* et du *processus trachomateux*, et comme de l'analyse que j'ai fait précéder des opinions émises par les principaux auteurs modernes, l'idée de dualisme que je professe me semble mieux jnstifiée que le principe opposé qui identifie les deux formes morbides, de même je crois qu'il m'est permis d'ajouter quelques mots encore pour expliquer ma pensée sur l'intime nature de la *conjonctivite trachomateuse* et sur les facteurs principaux qui fournissent les différences caractéristiques qu'elle peut présenter dans ses variétés diverses.

Il est impossible d'affirmer avec une certitude physique ce qu'elle est, d'où elle tire son origine, de quels éléments est constituée la *néoplasie trachomateuse ;* l'observation microscopique et l'analyse chimique seules pourraient fournir une réponse, si les éléments qui la composent qui l'entourent, où elle s'infiltre pouvaient être isolés et soumis à cet examen et à cette analyse.

Si on considère cependant que le *trachome* primitif, simple ou compliqué se rencontre constamment chez des sujets lympatiques ou scrofuloux, qui ont le système des vaisseaux, des ganglions, des glandes lymphatiques, spécialement attaqué ou vulnérable, on peut avec raison en inférer que cette *néoplasie* est représentée par une altération ou une métamor-

phose anomale du contenu des capillaires lymphatiques, qui proviennent des parois de ces capillaires, et qu'une fois sortie de son lit, en s'appropriant quelque élément caduc des tissus qu'elle traverse elle prend la forme et les aptitudes prolifériques de l'organisation cellulaire pour constituer les granules jannes qui repsésentent le produit évident et l'indice du procédé trachomateux.

Ces produits correspondraient, me semble-t-il, aux *granules vésiculaires* ou *folliculaires* de Carré et Loiseau, aux *produits néoplastiques* vrais du *trachome jaune*, selon Hayrion et autres, aux produits exsudatifs d'Arlt, aux *follicules exsudatifs* de Henle, aux *lymphomes éthéroplastiques* de Wolpring et de Delmonte, aux *cellules lymphoïdes* ou *embrionnaires* de notre Dr Maroni, aux *glandes trachomateuses* d'Iwanoff, de Beker, de Berlin.

Mais comme il est difficile de concevoir que le pervertissement supposé du contenu des capillaires lymphatiques du strome conjonctival et l'excrétion partielle de ce contenu puisse se vérifier sans une altération fonctionnelle des nerfs précédente ou contemporaine, qui président à la contractilité et à la nutrition de ces vaisseaux, de même il est aussi raisonnable de penser qu'un dérangement de l'innervation générale ou locale contribue efficacement au développement primitif ainsi qu'aux évolutions variées et successives du procedé trachomateux. Bien plus, je crois que l'on doit à la route différente que suit cette maladie dans ses gradations diverses et dans chaque groupe d'individualité, à la nature spéciale du dérangement mentionné et à la qualité des nerfs qui en est le siége.

En effet tandis que la *sensation de prurit* et la *photophobie* qui accompagnent ou peut-être qui précédent le développement ou la manifestation des granules caractéristiques du *trachome primitif* révélent un état d'éréthisme des rameaux sensitifs appartenant à la conjonctive palpébrale et une irritabilité réflexe des nerfs ciliaires intra oculaires, la formation au contraire de pustules conjonctivales ou cornéennes et l'augmentation de photophobie qui représentent les moins graves complications du *trachome*, expliqueraient, selon moi, non plus une simple irritabilité réflexe, mais une véritable irritation idiopathique rayonnant jusqu'aux nerfs de la conjonctive bulbaire et à la

cornée ainsi qu'aux branches tropiques ou vaso-motrices qui se trouvent entremélés ou entrelacés à eux.

C'est encore à cette même irritation éventuellement accrue ou par la naturelle susceptibilité du malade, ou par l'influence de causes rumathismales, comme par l'action d'autres détériorations externes, mécaniques ou traumatiques, qu'on devrait la manifestation d'autres plus graves complications. Si les nerfs sensitifs seront spécialement envahis par cette irritation, on aura les ulcères cornéens accompagnés de fortes névralgies et d'hypopion et en même temps l'iritis ou l'irido-choroïdéite séreuse ou exsudative.

Dans ce cas on aura encore parmi les éléments histologiques de la conjonctive palpébrale une abondante production de *néoplasie trachomateuse* avec accompagnement de phénomènes hypérémiques et même catarrheux. Si au contraire elle a la prépondérance sur les rameaux trophiques ou vaso-moteurs, il en résultera plutôt de vastes abcès de la cornée et la successive perforation ou le sphacèle de cette membranc, et alors aussi entre les mailles de la conjonctive palpébrale on aura une moindre abondance de *néoformation éthéroplastique*, mais celles-ci trouveront un passage plus facile aux métamorphoses rétrogrades et on en aura pour conséquence la désorganisation l'atrophie et la graduelle dénaturation des éléments muqueux de cette membrane dont les dernières expressions sont la *contraction atrophique partielle ou totale* de la conjonctive réflexe qui constituent le *simblépharon faux* l'*anchiloblépharon* ou aiguisement de la conjonctive sclérale et de l'epithélium cornéen qui répresentent le *xerosis circonscrit* ou *complet* de la muqueuse oculaire.

Du reste ou peut se convaincre que de pareils résultats sont tout particuliérement subordonnés à un profond dérangement de l'innervation par ce fait qu'ils se manifestent très rarement dans les cas de *trachome primitif scrofuleux* et seulement quand les individus éminemment cachexiques qui ne purent ou ne voulurent pas corriger leur constitution générale, ni les altérations fonctionnelles locales par les ressources qu'offrent l'hygiéne et la thérapeutique; et on les remarque moins souvent encore, et presqu'exceptionnellement chez les malades de *conjonctivite granuleuse dégénérée* ou de *dégénération trachomateuse de l'ophtalmie granuleuse* lorsque leur constitution a

subit une détérioration considérable et quand la thérapeutique locale de la maladie primitive a été trop énergique et irritante et que le traitement général a été complètement négligé ou excessivement débilitant.

Enfin une autre preuve de l'influence importante qu'éxercent sur l'évolution du *processus trachomateux* les dérangements d'innervation nous la trouvons dans la tendance extraordinaire qu'il offre aux fréquentes suréxitations ou recrudescences symptômatiques ou aux récidives presque imprévues sous l'influence des dérangements externes relativement peu importants et de caractère dinamique dont l'action immédiate doit nécessairement s'exercer primitivement sur la sphère nerveuse locale ou générale. En effet, la chaleur, le froid, le vent, les variations atmosphèriques, l'air humide ou miasmatique, de même qu'une forte surprise, une épouvante, un chagrin, qui ne pourraient certainement par eux mêmes déterminer l'explosion d'une *affection trachomateuse*, quand elle existe déjà, — je ne suis pas seul à le dire, Arlt et Quadri l'on affiirmé et tout praticien observateur attentif peut le constater, — suffisent à déterminer une surexitation irritative et à occasionner l'une ou l'autre de ces complications qui éternisent le cours et rendent souvent fatales les successions de cette protéiforme maladie blépharobulbaire.

Je dois cependant ajouter que parmi les impulsions étiologiques du *trachome*, ou plutôt parmi les causes qui déterminent la propagation de cette maladie on ne doit ni ne peut exclure d'une manière absolue l'influence contagieuse. Je nie entièrement, comme je l'ai dit précédemment, que le *trachome* primitif ou scrofuleux simple ou compliqué soit contagieux par lui même, mais je crois que, quand il s'associe au catarrhe aigu de la conjonctive, et plus encore lorsq'il représente une dégénération de la conjonctivite granuleuse à cours lent, il n'exclut ni ne détruit dans le catarrhe et dans la granulation concomitante la propriété infectieuse, que tous ou presque tous attribuent à ces produits morbifiques et en même temps mortifères. Dans ce sens il peut se faire que des rapports continus ou fréquents avec des individus qui présentent ces deux affections associées soient capables de provoquer chez d'autres le développement de celle qui a un caractère contagieux, mais on ne peut reconnaitre chez eux les vrais *granules néoplasti-*

ques du trachome que lorsque la dyscrasie lymphatico-scrofuleuse ou *scrofulo-herpètique* leur donnent un motif d'existence.

Je n'oserais pas affirmer qu'à rigueur de logique ces idées relatives à la physio-pathologie et à l'etiologie du *trachome* soient inattaquables, mais je puis assurer que le praticien en les admettant sera à même d'en tirer des points de direction très importants pour le choix et la conduite de la méthode curative la mieux appropriée aux conditions du malade ce que je me propose de prouver par l'exposition raisonnée du traitement hygiènique et thérapeutique que je juge comme le plus convenable aux différentes variétés de cette forme morbide.

Thérapeutique du trachome.

Puisque je me suis permis de faire des observations critiques au trop de concision avec la quelle le prof. Arlt, dans son travail classique sur le *trachome,* a parlé du traitement de cette maladie, je croirais manquer le but que je me suis fixé en traitant avec quelque diffusion un argument aussi ardu que contreversé si je ne m'occupais des plus importants détails de la thérapeutique la plus utile selon moi contre ce genre d'affection.

Je dirai avant tout qu'en partant du principe que toutes et chacune des variétés du *trachome* ont pour base ou mieux pour cause principale une mauvaise constitution organique originaire ou acquise, représentée pur la dyscrasie scrofuleuse ou scrofulo-herpètique, éventuellement compliquée par des antécédants syphilitiques, ou bien les tuberculoses pulmonaires ou abdominales, il est évident qu'il doit y avoir des indications thérapeutiques générales ou plutôt communes et nécessaires à toutes et qu'elles doivent consister dans l'observation de régles spéciales d'hygiène et dans l'usage de remèdes particuliers qui suffisent à corriger, à enlever ou tout au moins à modifier les anomalies de la constitution organique d'où dépendent la gravité et la durée du processus morbide.

Je démontrerai en second lieu que chacun des cadres symptômatiques représentant les différentes variétés de cette forme morbide ayant des particularités relatives à la limitation et à la durée ou à l'eténdue qui la constitue et au caractère divers

que peuvent avoir ces dernières, selon les éléments histologiques qui primitivement ou par la suite les ont intéressées, de même il est naturel qu'il y ait des indications thérapeutiques particulières, qui doivent consister en des expédients locaux chirurgiques ou médicaux, aptes à prévenir les progrès ou à rémédier aux dommages de ces altérations et de leurs conséquences possibles.

Pour améliorer la constitution des individus affectés de *trachome* et pour prévenir la propagation de cette maladie dans leurs familles, une des premières indications générales c'est la salubrité des habitations; c'est à dire qu'il est nécéssaire que le nombre et la grandeur des chambres correspondent proportionnellement à la quantité de personnes qui doivent y séjourner que la lumière n'y fasse pas défaut, que l'air y puisse circuler librement sans être vicié par l'humidité des murailles, ni par des exhalaisons infectes émanant des fosses d'aisances mal construites, par des ordures entassées par l'incurie dans les cours, ou par le voisinage d'eaux stagnantes, de rizières, de praîries à système d'irrigation. On doit, je pense, en grande partie à la négligence absolue ou relative de ces lois de l'hygiéne la prépondérance extraordinaire du *trachome* dans les familles des prolétaires. C'est donc une louable idée celle qui dans notre ville a déjà eu un commencement d'exécution, de créer aux enfants du labeur des maisons ouvrières qui ne laissent rien à désirer sous l'aspect hygiénique. Il reste pourtant à fairc des vœux pour que certains propriétaires de maisons et de biens-fonds apportent eux aussi les réformes nécessaires aux misérables taudis et aux chaumières mal abritées qu'ils sont en usage de donner aux gardiens de leurs propriétés ou à ceux qui doivent les faire produire et prospérer moyennant un trop maigre salaire.

La seconde indication se rapporte à l'alimentation qui devrait être suffisante comme quantité et bonne par qualité, tandis que, malheureusement, dans la demeure de l'ouvrier, sans parler de celle du pauvre, ni l'une ni l'autre de ces deux conditions peuvent être facilement rejointes, surtout quand trop souvent les familles *sont riches d'enfants et pauvres d'argent.* Chair fait chair dit un proverbe populaire et si l'on pouvait donner à tous nos artisans de la viande, du lait et des œufs ou tout au moins à leurs enfants jusqu'à l'âge où ils deviennent soldats, on ver-

rait de beaucoup diminuer la série des constitutions malingres, lymphatiques et scrofuleuses et l'on verrait dans la même proportion s'amoindrir la fréquence, la gravité, la durée et les résultats les plus funestes et irrémédiables des affections *trachomateuses*. Mais comme en ce puvre monde l'optimisme n'est encore qu'une utopie, il faut faire l'éloge de ceux qui s'efforcent d'améliorer l'alimentation des classes laborieuses par des institutions charitables ou bienfaisantes, telles que la distribution gratuite d'aliments aux enfants qui fréquentent les Asiles, l'institution des magasins coopératifs qui fournissent à un prix raisonnable des aliments divers, ainsi que l'introduction encore trop restreinte dans le commerce de la viande chevaline qui peut à un prix relativement minime fournir aux besoigneux un élément nutritif excellent et dont on pourrait généraliser l'usage si un sot préjugé prêché par les ignorants et par de faux savants ne maintenait la défiance et le discrédit contre ce genre d'alimentation.

Mais comme il est et il sera pendant longtemps difficile de mettre en pratique ces excellents préceptes pour ceux qui sont à court d'argent et que la sublime utopie du bien-être des classes pauvres est encore loin de se réaliser, il ne sera pas au contraire malaisé de tracer des règles diététiques pour les sujets *trachomateux* qui font partie des classes moyennes et même des heureux possesseurs du superflu. Il est notoire que même ces classes ne sont pas exemptes de la tache scrofuleuse on scrofulo-herpétique et que parmi elles on peut voir se manifester quelques unes des variétés du *trachome*. Hé bien, on remarque presque constamment chez ces individus une aversion particulière pour l'usage des viandes et une propension extraordinaire pour celui des aliments farineux, qui réussissent fort bien à rassasier momentanément leur appétit, quelque fois vorace, mais qui outre de provoquer une distension anormale de l'estomac et des intestins par un abondante production de gaz, déterminent des chimosis imparfaits et des chylifications irrégulières, dont le dernier résultat peut être un développement dans leurs organes de tissu cellulaire adipeux qui représente le soi-disant *embonpoint* mais qui s'associe à nn manque de bons globules, à de vraies fibres charneuses et qui signifient par conséquent santé apparente et faiblesse réelle. C'est pour cela que si l'on veut guérir chez de tels individus

une forme de *trachome*, il est toujours opportun et souvent indispensable, avant et plus que tout remède local ou général, de les soumettre à un régime diététique où prédomine la viande et les contraindre parfois à se priver d'une manière absolue de tous les farinacés sans exception. Pour ma part, je puis assurer que lorsque j'avais la certitude que cette despotique prescription était scrupuleusement suivie j'obtins toujours une amélioration évidente et constante dans la constitution générale organique souvent des modifications progressives et quelques fois je vis des guérisons radicales de certaines formes de *trachome compliqué* que je n'obtins jamais lorsque j'étai obligé à limiter la thérapeutique aux remèdes internes reconstituants et antiscrofuleux et aux divers moyens locaux préconisés par les auteurs les plus réputés contre les innombrables manifestations de cette ophtalmopathie. Cependant il y a dans toutes les classes sociales certaines constitutions engourdies dans tous leur sens qui sont absolument rebelles à l'influence d'une bonne diète et des remèdes toniques internes et antiscrofuleux; aussi pour la plus part sont-ils sujets à l'ozène ou à de fréquentes adénites avec tendence à l'endurcissement des glandes ou bien à ce que l'on nomme les abcès froids périarticulaires des arthes ou du cou, qui alternent ou accompagnent la manifestation du *trachome*.

Pour de semblables individus, s'ils appartiennent à des pays humides ou marécajeux que domine la *malaria*, rien ne peut mieux modifier leur constitution et favoriser la résolution des formes trachomateuses que les bains d'air et deau de mer prolongés pendant plusieurs mois, tandis que s'il s'agit d'habitants des plages maritimes, où les voies larges, bien aérées, suffisament éclairées, sont une exception et où règnent au contraire les ruelles étroites et les chambres encore plus étroites comparativement à la quantité de personnes qui si trouvent, dirais-je, entassées, il n'y a rien de mieux que l'air des montagnes absorbé à longs traits pour neutraliser les effets morbifères des inhalations méphitiques et pour faciliter en conséquence la résolution des procédés *trachomateux* produits ou aggravés par leur influence.

Un tel précepte hygiénique qu'on peut bien dire aussi curatif est d'une exécution facile pour les malades qui appartiennent à des familles aisées, mais grâce à l'esprit philantro-

pique que l'on peut dire dominant dans notre pays, il n'est plus désormais d'impossible exécution, même pour les classes pauvres et laborieuses, car dans tous les grands centres, comme le nôtre, on a déja pensé à constituer des commités, qui moyennant les secours de la charité publique se chargent de procurer aux enfants du prolétaire les avantages des bains maritimes. Il serait pourtant à désirer que les ressources d'une si utile institution s'augmentassent progressivement pour une période un peu plus longue de celle qui est habituellement accordée à ceux qui sont appelés à en profiter.

Aujourd'hui l'on a pensé également à compléter une œuvre aussi charitable en recueillant les fonds nécessaires pour procurer la cure climatique de l'air des montagnes, renforcée d'une bonne diète pour le bien des jeunes gens pauvres ou de modeste fortune et de constitution délicate aux quels ne serait pas suffisante ou indiquée la cure des bains de mer. Il est bon d'espérer que même pour cette nouvelle institution on trouvera un large appui et de chauds partisans partout où le besoin s'en fait plus largement sentir afin que ce ne semble point une affectation humanitaire en faveur d'nn petit nombre d'heureux ou de privilégiés.

En corrélation aux préceptes énoncés on ne devrait pas interdire l'accès aux asiles, aux écoles, aux maisons de correction, aux salles de récréation aux jeunes malades affectés de simple *conjonctivite trnchomateuse* sinon quand il y a complication de catarrhe palpébral, qui peut être contagieux même lorsqu'il est simple, et j'en ai déja indiqué précédemment la raison.

Il serait important que non seulement les oculistes mais aussi les médecins non spécialistes se persuadent de la différence essentielle qui existe entre les granules néoplastiques du *trachome primitif* ou *scrofuleux* et les granulations hyperplastiques ou hypertrophiantes de la vraie *conjonctivite granuleuse.*

La quatrième indicaton générale pour le traitement des malades de *trachome* c'est l'administration de remèdes internes, aptes à modifier directement ou indirectement les anomalies de la sanguification, les désordres de la circulation sanguine ou lymphatique, l'héréthisme ou la torpeur des différentes sphères d'innervation.

Les conditions gastro-entériques ou gastro-hépatiques de ces malades, quel que soit leur âge, sont rarement normales, parce que la dépravation même de leur constitution et les dyscrasies sanguines aux quelles il sont sujets leur procurent ou une voracité extraordinaire qui ne laisse ni temps, ni mode aux fonctions régulières des divers facteurs mécaniques, chimiques et dinamiques de la première et de la seconde digestion, ou bien un instinct maladif pour certains mets et certaines boissons qui doivent nécessairement déséquilibrer ou altérer l'action de ces facteurs. Dans un cas comme dans l'autre on voit des chimosis imparfaits et des cacochylies successives, ou de vrais catarrhes gastriques ou gastro-entériques compliqués plus ou moins par des engorgements du foie ou de l'entier système de la veine porte, qui ne peuvent qu'influencer sinistrement les anomalies d'innervation et les altérations de la circulation sanguino-lymphatique qui constituent le *procedé trachomateux,* soit par leurs effets directs et immédiats comme par les pervertissements indirects et successifs qu'ils peuvent déterminer sur la défectuense sanguification et innervation, sur la constitution organique enfin déja si maltraitée. Or, pour modifier les simples cacochylies signalées par la langue gluante, par la tension stomacale, par des tranchées ou des borborismes, j'ai toujours reconnu très utile l'emploi des poudres de *sulfite de magnésie* à la dose d'un à deux grammes chacune, selon l'âge des sujets et que je prescris dans la proportion de deux à trois par jour. Si ces symptômes persistent ou si leur degré plus élevé indique un vrai catarrhe gastrique avec engorgement du foie, je préfère et j'y substitue les poudres résolvantes modifiées comme suit :

Bicarbonate de soude	20 grammes
Poudres de racine de Rhubarbe	3 »
Tartre stibié	10 centigrammes

Et de ces poudres j'en administre 3 ou 4 cachets par jour selon la tolérance n'en obtenant que rarement l'effet émétique, presque toujours celui légérement cathartique dont le résultat final est une modification évidente dans l'aspect de la langue de même que la cessation des dérangements gastro-hépatiques.

Ce n'est que lorsque j'ai obtenu par l'un ou l'autre de ces remèdes la cessation des complications gastriques que j'em-

ploie les remèdes ainsi dits *reconstituants* ou *antiscrofuleux*, préférant pour les enfants de 2 à 10 ans l'huile de foie de morue, simple d'abord, ferrugineuse ensuite et quand l'huile n'est pas tolérée je choisis le sirop de Dupasquier alterné avec celui de quinine, surtout si parmi les symptômes oculaires il y a prépondérance de photophobie ou de névralgies ciliaires. Chez les sujets au dessus de 10 ans, s'ils présentent l'ozène nasal ou les productions glandulaires au cou ou une tendance à efflorescences herpétiques ou eczémateuses au visage ou sur toute autre partie du corps, je conseille l'usage interne d'une solution saturée d'iodure de potassium ou de sodium (10 à 12 *gram. dans* 400 *gram. d'eau*) recommandant d'augmenter ou diminuer alternativement la dose journalière de 4 à 10 cuillerées à soupe et de 10 jusqu'à 4; et je renforce le traitement interne par l'application externe de l'*onguent ioduré* sur la localité où existent des adénites ou endurcissements glandulaires, ou encore par l'onguent de *calomel* (2 *grammes sur* 20 *d'onguent rose*) sur les parties affectées d'eczéma simple ou dartreux, préalablement ramollies et détergées par des cataplasmes et des lavages opportuns. Je prescris en même temps à chaque repas une poudre de *lactate de fer et bicarbonate de soude* (*de* 6 *grammes* en 48 cachets).

Quand l'affection *trachomateuse* se vérifie chez des sujets, et spécialement chez les femmes de constitution lymphatique qui ont déjà dépassé la première jeunesse et qui s'avancent à l'âge mûr, les fréquentes recrudescences irritatives caractéristiques de la maladie sont, à mon avis, dues plus qu'à des altérations profondes du mixte organique à la perte d'équilibre entre l'innervation du centre spinal et celle du nerf grand sympatique qui constitue l'ainsi dite *irritation spinale* des auteurs anglais. Par cela même la thérapeutique générale doit être dirigée à modifier non seulement les conditions d'hypoglogubulie du sang, mais encore la perte d'équilibre de l'innervation spinale et gangliaire, qui influence les nerfs moteurs de la sensibilité et des actions trophiques ou vaso-motrices des tissus de l'œil.

Pour obtenir ces deux buts j'ai trouvé dans la plus part des cas comme très utile l'usage des *douches* ou des *frictions avec la glace sur l'épine dorsale* jour par jour prolongées les unes, plus ou moins répétées les autres, selon la tolérance de l'indi-

vidu; j'ai trouvé également une très grande opportunité à la *quinine laudanisée* en solution (*matin et soir trois cuillérées à bouche*) pendant un mois au moins. Ensuite la formule suivante remplace cette médication:

Lactate de fer . . . . 8 grammes
Sulfate de quinine . . . 2 »
Extrait de noix vomique 40 centigram.

A diviser en 50 pillules.

J'en conseille trois par jour: une à chaque repas durant la première semaine, 4 par jour pendant la seconde, 5 pendant la troisième et les suivantes durant un mois.

On ne poura compter, dit Arlt, *sur une guérision stable du trachome tant que le patient n'aura pas changé de physionomie par les signes d'amélioration ou de guérison de l'affection générale.* Rien de plus vrai que cet axiome au quel cependant ne donnent pas grande attention bien des médecins, même spécialistes, qui, en s'obstinant à regarder le *trachome* comme une simple variété de l'ophtalmie granuleuse, limitent presqu'exclusivement leurs expédients curatifs au traitement local par les caustiques ou les autres topiques irritants, ou ne s'occupent pas du tout, ou fort peu, d'améliorer la constitution générale de leurs patients par les moyens les mieux indiqués selon les diverses circonstances individuelles. En effet il m'est arrivé une grande quantité de fois de voir des formes graves et même très graves du *trachome compliqué* se modifier dans un laps de temps relativement fort court et s'acheminer à la guérison en substituant aux plus qu'inopportuns remèdes susindiqués employés par d'autres avec une persévérance dignes d'une meilleure cause, un bon traitement général selon les règles que j'ai tracées précédemment. Je dois en outre ajouter que même des remèdes locaux les plus doux et les plus rationnellement indiqués, que j'ai l'habitude d'employer contre les diverses variétés de cette forme morbide, je n'obtins quasi jamais des avantages évidents, progressifs et durables sinon après être réussi à améliorer l'aspect et l'état général de mes patients par une bonne diète et des remèdes toniques appropriés à la circonstance.

Je dirai maintenant quelles sont les ressources thérapeutiques que j'emploie d'ordinaire et que je considère comme les plus

opportunes pour modifier les conditions symptômatiques et les altérations du tissu, qui constituent les principales variétés du *procédé trachomateux* et leurs conséquences ou complications.

Lorsqu'on arrive à surprendre la forme la plus *simple* de *conjonctivite trachomateuse* dont j'ai mentionné en son lieu les caractères anatomiques et les quelques symptômes fonctionnels, le traitement local doit être, selon moi, dirigé à amortir l'éréthisme local de la sensibilité et à enrayer l'évolution et la multiplication des granules néoplastiques caractéristiques de la maladie. Pour atteindre le premier but, je trouve une grande utilité aux instillations d'atropine, qu'il ne faut faire qu'une fois par jour et même à jour alterné; on en obtient une mydriase complète et durable. Souvent néanmoins cette dernière reste incomplète et de courte durée, et cette résistance de l'iris à l'action du solanacé indique un haut degré d'irritabilité dans les ramée superficielle des nerfs apte à déterminer des spasmes réflexes dans la sphére des nerfs ciliaires intraoculaires qui animent la sensibilité et la mobilité de l'iris et du muscle de Brüch ou tenseur de la choroïdée. Dans ce cas l'atropine doit être instillée trois ou quatre fois par jour. Si cependant le spasme se maintient et que la photophobie continue ou augmente il convient d'ajouter des bains tiédes sur les paupières moyennant des compresses de toile imbibées d'eau de mauve et de camomille en les renouvellant fréquemment matin et soir pendant une heure. Si enfin ces expédients étaient encore insuffisants, il est bon de recourir à l'action très efficace de la teinture d'iode appliquée à jours alternés sur le front, derrière l'oreille et à lâ nuque. Les symptômes de la maladies ainsi modifiés on vérifie souvent que même les granules néoplastiques qui occupèrent les plis de la conjonctive réflexe d'une ou des deux paupières sont disparus, si en petite quantité, ou ont subi une réduction si leur nombre et leur volume étaient abondants. Une telle circonstance démontre la part importante que l'irritabilité nerveuse exerce sur le développement primitif et sur les évolutions successives de la néoplasie trachomateuse et explique en même temps la raison par la quelle avec la diminution de l'irritabilité on obtient également la diminution ou la résolution complète de la néoplasie elle même.

Quant au contraire ce fait ne se vérifie que partiellement ou que les phénomènes nerveux montrent une tendance à se pro-

longer ou à s'irriter de nouveau par intermitance j'ai l'habitude d'employer avec succès l'onguent au sulfate de quinine et glicérate d'amidon selon la formule suivanie :

P. Sulfate de quinine . . . 1 gramme
D. Dans acide chloridrique . 4 gouttes
M. Glicérolate d'amidon . . 4 grammes.

J'en applique quelques gouttes entre les deux paupières obligeant le malade à des mouvements réitérés du bulbe dans tous les sens afin de bien distribuer le remède sur toute la surface du sac conjonctival ou bien encore je frotte les paupières sur le bulbe pour obtenir plus facilement que la pommade, après avoir exercé son action modificatrice pendant quelques minutes, puisse sortir entièrement sans produire un effet irritatif surabondant. J'en répète ou en fais répéter l'application pendant quelque temps à jours alternés, puis journaliérement et même deux fois par jour selon la tolérance individuelle. L'effet immédiat de cet onguent et de produire un rougissement temporaire de toute la conjonctive blépharo-bulbaire accompagné de pleurs abondants et d'une sensation cuisante habituellement de courte durée.

Les effets successifs sont la diminution graduelle de la photophobie, de la démangeaison et plus tard la réduction progressive et la complète résolution des granules trachomateux. Les deux premiers effets peuvent s'attribuer, crois-je, à l'action modificatrice immédiate de la quinine sur les nerfs sensitifs de l'œil ; les deux autres par contre sont probablement produits par l'action modérée que ce remède exerce sur les nerfs vasomoteurs et par leur entremise sur les vases coujonctivaux qui les rend aptes à résorber les élements solides du néoplasme trachomateux. Je ne sais pas si mon hypothèse pourra soutenir la rigueur d'une analyse ; je puis simplement assurer que le fait empirique, ou, dirais-je mieux expérimental démontre non seulement l'inoffensivité mais encore l'utilité de son application.

Les mêmes effets et presque les mêmes remèdes servent aussi pour le traitement des cas moins graves de *trachome compliqué par des altérations superficielles de l'épithélium cornéen,* tandis que si ces complications vont en s'accentuant et qu'elles soient négligées dans la progression du mal, il faut nécessairement modifier aussi le système curatif local. Si les pustules péri-

cornéennes ou centrales (*herpès de la cornée*) se renouvellent ou se multiplient il est alors convenable d'alterner les pulvérisations de calomel aux injections de pommade quinique. Et quand ces pustules en perdant leur écaille épithéliale, au lieu de se réparer se changent en de véritables ulcérations plus ou moins vastes, plus ou moins profondes, et surtout s'il survient une complication d'hypopion, il est utile, et, selon moi, nécessaire de remplacer les instillations d'atropine par celles d'ésérine, car celles-ci outre de diminuer la tension endoculaire, accrue dans ces cas par l'effet réflexe de l'irritation conjonctivale diffuse, exercent sur la sphère des nerfs trophiques régulateurs de la nutrition de la cornée un modique stimulant, qui contenant la nécrobiosis des éléments histologiques envahis par le processus ulcératif, empêche à ce dernier de s'élargir et de s'apronfondir, et, en accellérant les métamorphoses résolutives des prolifications morbides qui en occupent le champ et se sont diffuses dans la chambre antérieure, procure pour dernier, résultat une plus rapide et plus solide réintégration du tissu cornéen. Si puis la perforation de ce dernier était déjà survenue, ou qu'on ne fut plus à temps de l'empêcher, l'instillation de l'ésérine n'est pas moins utile, car par son activité myotique elle parvient toujours à éloigner du fond de l'ulcère, sinon toute, une bonne partie de l'iris correspondant à l'extension de l'ulcère lui-même. On est par là sûr d'éviter les peines et les dommages d'incidences trop volumineuses de l'iris et les consécutives cicatrices staphilomatenses plus ou moins étendues. Outre cela on obtiendra de l'ésérine, que je dirai réparatrice, un autre avantage, savoir que, en accélérant la réparation de l'ulcère, s'il restait quelque bride iridienne au sein de la cicatrice et qu'elle corresponde à la périphérie de la cornée, il n'en résultera pas de graves prejudice ni à l'aspect de l'œil ni à l'exercice de ses fonctions, tandis qu'au contraire si elle se fixera dans le centre il y aura toujours une marge suffisante pour y établir moyennant une *iridectomie* une utile pupille artificielle.

Si comme complication au contraire on vérifie l'*ulcère cornéen en forme de cône renversé* éminemment éréthistique ou sténique, accompagné de douloureuses névralgies et de signes évidents d'une excessive tension endoculaire (*exorbitisme, congestion pericornéenne, dureté du bulbe*) il n'est pas prudent

de se limiter à l'emploi de l'ésérine, mais il couvient plutôt de recourir à la paracentèse de la cornée, en répétant une fois ou deux par jour l'évacuation de l'humeur aqueuse et ensuite à jour alterné jusqu'à ce que l'excessive tension oculaire se soit reduite convenablement et qu'il y ait diminution d'intensité des autres symptômes concomitants. Cependant lorsq'on n'a pas l'opportunité de surprendre l'instant où cette opération est indiquée et suffisante pour diminuer la tension, on vérifie souvent la perfosation spontanée de la cornée, qui amène un soulagement passager au patient si quelque portion plus ou moins grande du circuit iridien ne vient pas à s'y compliquer. Lorsque par contre cette complication est déjà survenue, il convient de recourir à un nouvel emploi du collyre d'ésérine en solution un peu saturée, car l'action excitante de ce remède a une efficacité bien plus grande de faire rétracter l'iris que l'action paralysante de l'atropine. Souvent néanmoins l'iris ne se retracte pas complètement, mais il reste une partielle incidence; il faut alors la piquer transversalement si elle est petite, mais il est nécessaire de l'exciser un moyen des ciseaux si elle est tant soit peu grande.

Cependant aussi bien dans un cas que dans l'autre il reste souvent quelque partie de l'iris adhérente à la cornée, même après la cicatrisation de l'ulcère. Si cet accident survient dans la zône cornéenne correspondant au grand cercle iridien il n'est pas extrémement pernicieux, tandis que s'il se manifeste sur celui qui correspond au sphincter il détermine habituellement ou de douloureuses névralgies ciliaires et l'apparition successive d'autres pustules ou ulcères cornéens secondaires, ou une véritable iritis ou irido-cyclite aiguë ou subaiguë. Il faut en revenir alors aux instillations d'atropine et en même temps, au lieu de recourir aux sangsues plus ou moins de fois appliquées, il convient de profiter de l'efficacité révulsivo-antiphlogistique de l'injection sous cutanée de calomel à la tempe qui correspond à l'œil malade ou au plus irrité des deux si par malheur ils sont compromis l'un et l'autre.

Très souvent par ce moyen, spécialement si adopté en temps utile, on parvient à vaincre entièrement le processus phlogistique iridien ou irido-ciliaire sans qu'il en reste le moindre vestige.

Si au contraire ou l'a employé trop tard il reste à l'issue

finale des adhérences plus ou moins entassées et plus ou moins étendues de l'iris à la capsule et de la lentille à la surface postérieure de la cornée correspondant à l'ulcère ou aux ulcères préexistants. Ces adhérences qui annullent ou font obstacle aux mouvements de cette membrane myovasculaire servent très souvent à déterminer des stases veineuses sur tout le tractus uvéal et un défaut conséquent d'équilibre dans les courants de l'humeur aqueuse qui ont coutume tôt ou tard de préparer la voie aux vrais procédés de choroïdéite séreuse et même glaucomateuse contre les quels il ne reste qu'à recourir à l'iridectomie.

Il ne faut pas croire que l'on puisse conjurer de telles complications en soignant les passagères hypérémies en apparence actives, qui les précédent ou les accompagnent quelques fois, par des applications de sangsues plus ou moins répétées ou abondantes, car elles se manifestaient beaucoup plus souvent lorsque ce système était habituel à tous les médecins, et on les vérifie même aujourd'hui chez les malades traités par ces docteurs qui n'ont pas encore perdu cette triste habitude.

Il faut cependant noter que n'est pas moins pernicieux et apte à provoquer ces complications le système employé par des collègues même spécialistes de traiter cette ophtalmie au moyen des caustiques, qui, par leur action topique excessivement irritante ou excharotique, ne parviennent certainement pas à détruire, mais à accroitre dans les anfractuosités de la muqueuse palpébrale le dépôt des *néoplasies trachomateuses* et contribuent en même temps à déterminer ou aggraver l'irritation réflexe des nerfs ciliaires intraoculaires qui représente la cause prochaine et immédiate des irritations du tractus uvéal dont nous avons fait mention. Pour ce motif j'ose déclarer qu'il y a imprudence, dans les prudents conseils que donne le prof. Arlt lui-même au sujet de l'emploi du sulfate de cuivre ou du nitrate d'argeut dans ces sortes d'ophtalmies. « Quand les symp-
« tômes irritatifs sont diminués, dit-il, de manière à pouvoir
« renverser les paupières, il ne fant pas craindre de toucher
« les granules avec la pierre infernale ou avec le sulfate de
« cuivre à moins qu'il n'y ait des ulcères cornéens enflammés
« ou prolapsus récent de l'iris, parce que l'expérience a en-
« seigné que par ce moyen le résidu des symptômes disparait. »
Je ne nierai pas surément que quelques fois l'usage de ces

moyens, parcimonieusement employés et d'une main legère soit utile, quand il n'y a pas de complications graves de la cornée et quand on réussit facilement à renverser les paupières et à toucher directement et exclusivement les *nèoplasies trachomateuses.* Mais comme cette manœuvre peu facile pour beaucoup d'opérateurs quand il s'agit de soigner la vraie conjonctivite granuleuse, est encore moins aisée pous ne pas dire très difficile quand il s'agit de *trachome* soit parce que les productions néoplastiques, plus abondantes sur la conjonctive réflexe que sur la tarsale, tendent à ammoindrir, à ratatiner les plis conjonctivaux du cul de sac plutôt qu'à les multiplier et à les rendre exubérants de végétations, comme cela s'observe dans la vraie conjonctivite granuleuse, et augmentent par oonséquent la difficulté de renverser régulièrement la conjonctive tarsale, soit parce que la sensibilité extraordinaire de ce genre de patients les oblige instinctivement à opposer une spéciale resistance, quelque fois insurmontable, à l'exécution de cette manœuvre; par suite, je crois, que doivent être tout à fait exceptionnels les cas où il est aisé de limiter l'application de ces remèdes aux productions néoplastiques aux quelles on veut apporter une modificatiou salutaire. Je pense aussi que, si par l'inhabilité, de celui qui les emploie ou par la résistance qu'oppose celui qui doit les subir, ces remèdes tombent sur quelque partie encore saine de la conjonctive possédant néanmoins l'irritabilité nerveuse spéciale qui caractérise les *sujets trachomateux*, leur action topique ne peut pas être inoffensivc, mais doit faire surgir facilement ou une irradiation irritative aux régions envahies par le processus néoplastique capable d'augmenter la production ou de provoquer des altérations nutritives secondaires sur la superficie ou dans le parenchyme de la cornée, ou une irritation réflexe sur les nerfs et dans les tissus intraoculaires suffisants à y déterminer ces phases aiguës et continuelles dont j'ai fait mention ci-devant. Ce ne sont pas des craintes hypothétiques que j'exprime, mais des faits réels que j'ai pu constater plusieurs fois. Arlt lui-même s'en préocupait, ce que l'on peut voir d'après ce qu'il disait à ce sujet: « Qu'on se souvienne que le but de la pierre infernale est « d'exciter à peine un certain degré de réaction pour déter- « timiner une résorption. Quand et combien il faut faire de « touches ne peut se juger que par l'effet résultant de l'ap-

« plication précédente. Il faut que l'œil se soit remis chaque « fois de la réaction produite; et les accidents inflammatoires « doivent diminuer graduellement, autrement il est à craindre « qu'on ait touché trop souvent ou trop fort. Il n'est pas tou- « jours nécessaire de toucher toute la partie palpébrale; sou- « vent il vaut mieux glisser sur une seule paupière. Quelque « fois ni la pierre d'argent, ni celle de cuivre ne sont suppor- « tées, et d'autres fois le médecin n'a pas la commodité de « toucher aussi souvent qu'il serait nécessaire. »

Il résulte évidemment de ces déclarations et de ces recommandations que l'illustre prof. Viennois avait plus de défiance qne de foi dans l'opportunité des caustiques en ce genre de maladie, et par conséquent il s'est préocupé davantage de signaler les précautions à prendre dans leur emploi que d'indiquer les vraies conditions symptômatiques où leur usage est requis. S'il avait eu la ferme convinction qu'ils sont utiles au moins dans le plus grand nombre de cas il n'aurait pas obligé le praticien à se régler chaque fois sur l'effet obtenu. Il me semble que, en déduisant les indications thérapeutiques de la nature spéciale qu'il attribue au produit caractéristique de la maladie il aurait dû tenter l'emploi de remèdes spéciaux aptes à le faire réduire et réabsorber plutôt que d'encourager les praticiens à employer les remèdes qui ne sont tolérés et utiles que lorsqu'on en fait un usage modéré dans le traitement de la conjonctivite granuleuse hypertrophiante, la quelle diffère de la trachomateuse sous beaucoup de rapports, ainsi que je crois l'avoir démontré. C'est sur la base de ce principe que j'ai cru bien faire en abandonnant complétement l'usage des caustiques dans le traitement du *trachome* pour y substituer la pommade de quinine alternée à celle d'oxide jaune de mercure hydraté, dans des proportions cependant beaucoup plus legères que celles indiquées par Pagensteker.

En multipliant mes expériences dans ce sens j'en suis arrivé à la ferme conviction que le premier de ces onguents, s'il est bien préparé, est utile non seulement dans la première des deux variétés du trachome, c'est à dire dans le simple et moins compliqué, mais encore dans le *trachome aigu* accompagné de phénomènes hypérémiques et suivi de complications cornéennes plus ou moins graves et par des signes évidents d'irritation ciliaires (névralgies, photophobie, larmoîment) et

dans cette autre variété que j'ai appelée dégénération *trachomateuse* de la *conjonctivite granuleuse*, quand il y a précisément et dans l'une et dans l'autre les signes prépondérants d'irritation nerveuse. Quand ceux-ci se sont enfin apaisés et que l'hypérémie est par conséquent diminuée l'autre onguent devient fort utile dans le but surtout de résoudre les végétations hyperplastiques des éléments conjonctivaux associés aux dépôts et à la filtration des granules néoplastiques *trachomateux* ainsique les produits de nouvelle formation qui enveloppent l'épithélium ou le parenchyme de la cornée et qui constituent la kératite panniforme ou le vrai pannus gras ou sarcomateux de la cornée. Il faut observer cependant que l'une aussi bien que l'autre de ces deux pommades et plus encore la première que la seconde, quoique mieux tolérées dans la plus part des cas que les caustiques proprement dits, même omployés avec la parsimonie recommandée par Arlt, cependant elles ne peuvent ni ne doivent constituer seules la panacée, dirais-je, de cette forme morbide. Les complications intra et extra oculaires que j'ai mentionnées comme possibles dans le décours de cette variété ou gradation de la maladie, quand elle se manifeste sans phénomènes hypérémiques, peuvent se produire plus fréquemment et avec plus de gravité dans celle que nous avons nommée *trachome* aigu ou *catarrheux* et dans l'autre à la quelle neus avons donné le nom de *dégénération trachomateuse de la conjonctivite granuleuse.*

Contre ces complications il faut faire usage des mêmes expédients médicaux et chirurgiques dont nous avons déjà parlé si souvent. Il est cependant naturel que lorsqu'il y a indication de celles-ci il faut surseoir à l'emploi de ces deux pommades ou le modérer tout ou moins. Par contre, si durant le cycle ascendant du *trachome aigu primitif*, ou pendant une *surexitation accidentelle de la forme dégénérative*, si les phénomènes catharrheux s'accentuaient majeurement ou qu'il y eut manifestation d'une vraie pyorrhée, je crois qu'il est indispensable de recourir momentanément à l'usage du nitrate d'argent, ou sous forme de solution de force moyenne ou mieux encore sous celle de *pierre infernale*, à condition néanmoins d'en cesser l'emploi aussitôt que les phénomènes catarrheux ou pyorrhéiques ont subi une diminution, tandis que l'insistance à en poursuivre l'usage après avoir obtenu en partie le

but désiré ferrait courir le risque de réveiller de nouvelles complications irritatives cornéennes ou intraoculaires ou d'augmenter en même temps la tuméfaction vasculaire et les dispositions trachomateuses en provoquant ainsi la fimosis hépatique des conjonctives palpébrales, qui prépare ensuite la voie à leur raideur atrophique et à l'entropion successif avec toutes ses conséquences.

Il est possible cependant que ces successions se vérifient même spontanément quand le malade ayant perdu toute confiance soit à cause de l'obstination de ses souffrances, soit à la suite de l'efficacité trop temporaire de la cure suivie renonce entièrement à toute tentative ultérieure de traitement. Si par contre le patient a la constance de poursuivre l'application des médications locales que j'ai indiquées, sans négliger les régles d'hygiéne mentionnées et les remèdes internes susceptibles d'améliorer sa constitution, il est difficile qu'on aît à redouter les conséqnences plus graves tels que l'*anchiloblépharon* par resserrement atrophique de la conjonctive palpébrale et le xérosis plus ou moins diffus ou total de l'épithélium cornéen, qui, je le répète encore, ne se montrent que dans les constitutions extrêmement détériorées par la scrofule ou la discrasie herpitique, qui ne furent modifiées ni en temps voulu ni par les moyens adaptés, ou encore chez les individus maltraités par l'abus des caustiques, des soustractions sanguines ou par des scarifications de la conjonctive palpébrale trop répétées ou trop profondes.

Il y a au contraire des successions qu'on vérifie assez fréquemment dans toutes les variétés du *trachome*. Une d'elles et le *blepharophymosis* temporaire ou hépatique, qui à la longue par suite d'ulcérations de la commissure externe de la paupière devient cause du rétrécissement de la rime et du *trichiasis partiel* soit l'*entropion* de l'une ou des deux paupières.

Pour vaincre ce phymosis plus ou moins obstiné ou déja enraciné il est indispensable de recourir à l'intervention chirurgicale, soit la cantoraphie qui s'exécute en fendant par un coup de ciseau la jonction palpébrale externe maladivement restreinte pour mettre ainsi à découvert la marge conjonctivale de cette région, qui doit ensuite être réunie moyennant trois points de suture nouée aux bords ensanglantés de la peau palpébrale.

Cette simple opération en redonnant l'ampleur normale à la rime palpébrale dont les mouvements retrouvent leur liberté, sert non seulement à faire disparaitre le resserrement des vaisseaux de la conjonctive palpébrale et bulbaire qui est la cause principale des altération nutritives de la cornée, mais aussi à faire cesser le défaut d'équilibre entre le cercle extra oculaire et l'endoculaire qui les rend si graves et si obstinées.

Or donc, après cette simple opération on voit la plus part du temps cesser l'hypérémie blépharo-bulbaire, les douleurs et la photophobie s'évanouir, les cornées se réclaircir, les ulcéres éxistants se réparer et les procédés d'iritis et d'irido-cyclite déja éclos en voie de se résoudre, les quels, à défaut d'opposition, méneraient à une complète et irréparable cécité.

Si pourtant au phymosis palpébral s'associe déja l'*entropion* comme conséquence du spasme musculaire prolongé et de la partielle réduction atrophique de la conjonctive palpébrale, la simple cantoraphie ne suffit plus, il est indispensable de recourir à l'opération d'Arlt, ou à celle de Crampton, de Snellen et de Pagensteker dont on trouve la description dans tous les récents traités d'ophtalmologie, pour rendre au bord ciliaire la direction normale.

Je donne généralement la préférence à la methode de Pagensteker; si cependant le tarse n'est pas encore trop ramolli ni dégénéré, je choisis le procédé très ingénieux de Costomyris de Constantinople dont on peut lire la déscription dans les actes du Congrès international d'ophtalmologie qui s'est tenu à Milan.

Ces opérations en chassant une des causes mécaniques d'irritation continuelle du bulbe et spécialement de la cornée servent le plu souvent, au moins pendant un certain temps, à en détruire les conséquences, c'est-à-dire à permettre la réparation des *ulcéres* et la résolution du *pannus de la cornée* Il y a néanmoins une variété de celui-ci, connue sous le nom de *pannus gras ou trachomateux* qu'on vérifie, par bonheur, assez rarement, et presqu'exclusivement chez les sujets de constitution débile, affectés de la *dégénération* ainsi dite *trachomateuse* de la *conjonctivite granuleuse* à lent décours, chez les quels la maladie a été traversée par des recrudescences irritatives multipliées, accompagnées ou suivies d'un développement des produits de l'une et de l'autre forme morbide, soit

de dépôts néoplastiques trachomateux réitérés ou d'abondantes végétations des éléments connexifs de la conjonctive blépharo-bulbaire. Cette variété de pannus outre de se faire plus grave sous l'emploi des caustiques réitérés se montre rebelle non seulement aux remèdes locaux les plus anodins et rationnels que j'ai mentionnés, mais encore à beaucoup d'autres cependant préconisés par des auteurs très respectables. Hé bien, quand une somblable complication vient à se vérifier dans le deux yeux, l'unique ressource vraiment prodigieuse dans ses effets c'est l'*inoculation* de la *blennorrhée urétrale* dans le sac conjonctival que bien à tort Arlt et plusieurs autres écrivains, de Wecker y compris, appellent remède trop hazardeux et dangereux. Moi au contraire, encouragé par les heureux résultats que je vis il y a quelques années le prof. Quaglino en obtenir dans sept cas où une seule application du *pus blennorrhagique* urétral fut suffisante pour déterminer une ophtalmo-blennorrhée et la résolution successive d'un *double pannus* très dense qui durait depuis plusieurs mois, rebelle à tous les moyens tentés précédemment et qui ne reparut jamais comme j'ai pu le constater en revoyant après deux ans le malade.

Les résultats obtenus démontrent comme quoi ce puissant moyen est très rationnel plutôt que dangereux, pourvu toute fois qu'il soit employé prudemment, c'est-à-dire quand le pannus est très dense, qu'il affecte les deux yeux et pourvu qu'il n'y aît pas complication de larges ulcères de la cornée ou incidences de l'iris, Ces résultats sont dus selon moi à la tendance habituelle du pus blennorrhagique à détruire les tissus normaux ou néoformés, et par suite comme il sert à mortifier et à détruire les éléments normaux de la cornée lorsqu'il se développe primitivement sur une conjonctive saine, de même, lorsque ces éléments sont recouverts ou filtrés, conséquemment protégés par d'abondantes néoformations morbides, il y exerce et épuise son influence destructive en perdant la force d'attaquer la trame organique inférieure enclavée dans ces néoformations.

Si l'on admet l'existence des soi-disant *glandes trachomateuses* décrites par Iwanoff et qu'il considère comme la cause de la longue durée du processus *trachomateux* et de sa facilité à récidiver on ne peut à moins d'attribuer une certaine importance aux observations microscopiques qu'il dit avoir faites sur quelques cas de blennorrhée entée sur des yeux *trachomateux.*

Il est résulté de ces observations que le processus blennorrhagique manifestait son effet sur ces glandes détruisant tout l'épithélium qui les recouvrait pour donner lieu ensuite à leur recoquillement et à leur entière disparition.

Ce fait étant vrai, il me semble qu'on a une raison de plus pour considérer comme rationnelle et non pas hazardeuse la production voulue d'un procédé, qui lorsqu'il se manifeste spontanément déploie, en de certaines contingences, une action médicamenteuse, désormais établie par de nombreux faits cliniques. Quant à moi je n'oublierai jamais un cas observé il y a déja plusieurs années chez un individu tourmenté depuis plus de dix ans par cette variété de conjonctivite granuleuse que j'ai l'habitude d'appeler *dégénération trachomateuse* de l'ophtalmie granuleuse. Comme résidu d'innombrables recrudescences irritatives ce malade présentait un *pannus des deux cornées* médiocrement dense mais qui s'était toujours montré rebelle à toute cure locale. Ce malheureux ayant contracté accidentellement une gonorrhée eu peu de jours après une grave suréxcitation de son ancienne ophtalmie avec chémosis fibrineux et abondante pyorrhée que j'attribuai nécessairement à l'inoculation gonorrhéique. Il n'était pas surément prudent d'abandoner à lui même ce procedé virulent; je jugeai au contraire qu'il était plus utile de le dominer et de le modifier par l'emploi méthodique du nitrate d'argent en frictionnant pendant une semaine et deux fois par jour les deux paupières avec la pierre infernale. La pyorrhée ne tarda pas à décroitre et je suspendis alors tout traitement local dans l'idée que ce degré d'effervescence du procédé dût réussir utile plutôt que nuisible. En effet, à mesure que le chémosis décroissait spontanément, je vis les cornées s'éclaircir graduellement, diminuer les douleurs granuleuses des conjonctives palpébrales de sorte que, en moins d'un mois, l'individu était radicalement guéri et depuis lors il n'eut plus rien à souffrir.

D'après ce que je viens de raconter il serait donc prouvé que la *conjonctivite trachomateuse* proprement dite est susceptible de guérison, pourvu que, comme base principale du traitement, on vise au but d'améliorer la constitution générale des patients par une bonne hygiéne, et ceci dans la plus large acception du mot, et ensuite par le choix judicieux de remèdes aptes à modifier les anomalies spéciales des conditions individuelles.

Sans cela les cures locales surabondamment irritantes sont non seulement nuisibles, employées par ceux qui confondent ce procédé comme essentiellement le même que la conjonctivite granuleuse, mais même les remèdes localisés les plus bénins et les plus rationnels n'aboutissent à rien. Et c'est là la raison capitale pour la quelle il est fort difficile de voir guérir les sujets qui outre une constitution misérable sont dans l'impossibilité presque absolue de suivre les préceptes hygiéniques que nous avons mentionnés jusqu'ici.

Bien plus encore, c'est presque exclusivement chez ces individus que l'on vérifie les résultats plus graves et malheureusement irrémédiables du *trachome* tels que l'*anchiloblépharon*, le *xerosis* conjonctival bulbaire et cornéen, de même que l'ainsi dite *dégénération amiloïde* de cette membrane, qui représentent tout autant d'effets d'une profonde altération de l'innervation trophique contre la quelle l'art n'est que trop privé de ressources.

Je serais maintenant arrivé au terme que je m'étais fixé et j'aurais mis un point final à ces pages si je n'avais cru qu'il y aurait utilité à ajouter quelques lignes relativement à ce qu'on peut lire sur ce sujet dans le récent traité d'ophtalmologie des professeurs Wecker et Landolt de Paris.

Ces insignes auteurs admettent eux aussi l'existence d'une conjonctivite différente par caractère anatomique aussi bien des diverses gradations d'inflammation de la *conjonctive* que de la vraie *conjonctivite trachomateuse*, mais ils lui donnent le nom de *conjonctivite folliculaire*, tandisque le tableau symptômatique qu'ils en présentent est équivalent à celui de la *conjonctivite granuleuse ordinaire*.

Si cependant ce dernier titre a sa *justification dans l'aspect granuleux* que prend la conjonctive palpébrale par suite de cette maladie, on ne peut nier que l'appellatif donné par les auteurs susdits, ne lui soit également approprié, en ce qu'elle est constituée par un *développement abondant et anomal des follicules muqueux et par l'amas de cellules lymphöides dans le tissu adénöide sous épithélial* d'où il résulte une vraie hyperplasie de la susdite membrane.

Dans la *conjonctivite folliculaire* ils distinguent trois gradations ou variétés comme nous pour la *conjonctivite granuleuse:* 1° l'aiguë où l'hypérémie prépondérante même de la conjonc-

tivite bulbaire et l'enflure ædémateuse masqnent en grande partie les follicules lymphatiques hypertrophiants; 2° la *subaiguë* dans la quelle les phénomènes inflammatoires cessant assez vite, les susdits follicules prolongent plus ou moins leur durée; 3° la forme *lente* ou *chronique* dans la quelle ces mêmes follicules peuvent se conserver pendant des années. Chacune de ces trois formes qui correspondent aux trois gradations de la *conjonctivite granuleuse,* peut guérir sans laisser de traces, c'est-à-dire sans qu'il reste ni cicatrices, ni difformité des paupières, ni ces altérations fontionnelles physiologiques de la muqueuse, qu'on observe au contraire comme conséquence de cette maladie *dégénératrice* et beaucoup plus grave que j'ai appelée *conjonctivite trachomateuse* précisément pour la distinguer de la granuleuse qu'ils appelent, eux *folliculaire.* Ils parlent d'elle dans le même sens dont j'ai parlé de la *granuleuse,* savoir que, par l'irritation qui lui est caractéristique, les éléments de la muqueuse acquièrent un développement extraordinaire, susceptibles néanmoins de se réduire et de disparaître, laissant la muqueuse intacte, tandisque dans le *trachome* la conjonctive devient le siége au dépens du strome conjonctival d'un *tissu néoplastique,* qui, même en disparaissant, laisse une perte, soit une atrophie plus ou moins étendue du strome lui-même.

Ces auteurs attribuent à la *conjonctivite folliculaire* deux autres caractères qui l'identifient avec celle qu'on nomme ordinairement *granuleuse:* savoir, la facilité de déterminer des ulcérations cornéennes plus ou moins étendues qui se vascularisent rapidement et la capacité de se transmettre et de s'inoculer ce qui fait qu'on la voit souvent attaquer successivement tous les enfants d'une même famille ou de se manifester quasi endémique dans les écoles, dans les casernes, sur les navires, dans les communautés, etc., etc., où beaucoup de personnes sont réunies dans des locaux relativement trop étroits ou mal aérés. Il faut ajouter à tout cela, ainsi que l'admettent ces mêmes auteurs que dans la forme aiguë, spécialement de la *conjonctivite folliculaire,* on vérifie toujours un développement plus ou moins abondant du soi-disant corps papillaire de la muqueuse palpébrale, ainsi qu'une sécrétion assez abondante de *sérum puriforme* qui lui donne un *aspect brillant particulier,* et on aura par ces deux faits une nouvelle preuve que cette forme est identique à celle que j'ai nommée *granuleuse hypertrophiante.*

C'est pour cela que je crois être conséquent à ce que j'ai avancé en soutenant que l'hypertrophie des follicules lymphatiques, ainsi que l'hyperplasie des éléments connexifs du corps papillaire de la conjonctive, représentant la *conjonctivite folliculaire* De Wecker, mais qu'on rencontre aussi comme successions de la conjonctivite purulente subaiguë et même de la conjonctivite catarrhale, négligée ou traitée mal-à-propos par des remèdes irritants, ne sont en fait que des manifestations et des conséquences ou des produits directs d'un processus irritatif, inflammatoires des éléments normaux de la conjonctive. Je persiste donc à considérer ces produits, précisément parce qu'ils donnent à la muqueuse palpébrale l'aspect granuleux, comme méritant le titre de *granulations simples* si ou quand ils ne sont pas accompagnés de phénomènes évidents, irritatifs, et ont la véritable signification de *conjonctivite granuleuse* lorsqu'ils, sont associés à cette série de phénomènes qu'on dit phlogistico-irritatifs.

Sous cet aspect j'ai le plaisir d'être d'accord, en partie au moins, avec mon honorable ami le D.r Ravà professeur d'oculistique à l'Université de Sassari, qui dans son *Manuel d'ophtalmologie* tout en déclarant de partager à cet égard les idées de De Wecker, admet cependant que les granulations peuvent faire suite à la conjonctivite purulente, quand elle a perdu de sa force, tandisque De Wecker soutient, que l'*état granuleux*, qui reste quelque fois à la suite de cette forme, est constitué par une simple hypertrophie du corps papillaire et jamais par des *granulations néoplastiques*. Mais le prof. Ravà, tout attaché qu'il soit à l'idée théorique qu'il n'est permis d'appeler *granulations* que celles qui sont formées par une *vraie néoplasie*, affirme que non l'*hypertrophie papillaire* seule, mais les *vraies granulations* mêmes peuvent se rencontrer comme une conséquence de la conjonctivite purulente, par un rapport, qu'il dit mystérieux, entre cette dernière affection et le procédé granuleux. Mais il n'y a, selon moi, rien de mystérieux si l'on admet qu'il existe des granulations *hyperplastiques* et d'autres *néoplastiques* et si l'on se persuade que les unes tirent leur origine d'une *hypernutrition* phlogistique des élément normaux de la conjonctive, tandisque les autres représentent un pervertissement nutritif de ces même éléments par l'entremise de *produits néoplastiques*.

Les premières seraient déterminées par des causes irritantes ordinaires, ou par contagion, les secondes par une influence morbide de la constitution générale altérée par dyscrasies sanguines et par dérangement ou défaut d'équilibre de l'innervation générale et locale. On n'a pas vraiment de difficulté pour se rendre raison comment le processus aigu d'inflammation catarrhale de la conjonctive palpébrale, representant la conjonctivite purulente, peut, en perdant de sa violence et de sa virulence, laisser comme résidus plus ou moins permanents ces *granulations hyperplastiques* qu'on croit constituées par l'hypertrophie des follicules et du corps ciliaire de la conjonctive palpébrale; de même qu'il est indubitable ni plus difficile à concevoir que si ces dernières s'enflamment fortement elles peuvent donner lieu à un véritable état purulent. Cela n'exclut pas que les *granulations néoplastiques* ou *trachomateuses,* dont une constitution viciée fut la mère, tout en suffisant par elles-même à altérer ou à détruire les éléments normaux du strome conjonctival sans le secours des phénomènes hypérémico-inflammatoires macroscopiques, ne servent dans quelques circonstances et chez certains sujets de tempérament sanguino-lymphatique, à provoquer l'hypérémie des papilles et le développement exagéré des folliculos muqueux, qui représentent la physionomie anatomique de la conjonctivite granuleuse ordinaire, et qui peuvent en certaines contingences se révéler comme complication d'une précédante conjonctivite *folliculaire* ou *granuleuse* à lent décours sous l'influence d'une dépravation accidentelle de la constitution générale du malade.

De Wecker au contraire ne voulant pas admettre la possibilité des susénoncées transformations ou complications de la *conjonctivite folliculaire* ou *hyperplasie granuleuse* de la *conjonctive* se sert, il est vrai, d'une dialectique subtile d'opposition avec lui même, c'est-à-dire contre les idées qu'il professait il y a peu d'années et contre les opinions cliniques soutenues par Graefe et non contredites par les études histologiques de Saemisch, d'Iwanoff, de Berlin ; mais au lieu d'éclaircir et simplifier la question il la rend de plus en plus confuse et hérissée de contradictions, spécialement pour ce qui concerne l'étiologie et la thérapeutique de cette forme morbide. En effet, tout en disant, comme je l'ai dit moi-même, que le trachome est la maladie de pauvres, parce que *chez eux spécialement les mau-*

vaises conditions hygiéniques, le séjour dans un air impur, l'insuffisance d'alimentation, la négligence de toutes les règles de propreté préparent leur conjonctive à devenir trachomateuse, au lieu de voir dans cela une preuve que de tels moments étiologiques provoquent, comme cela parait naturel, la maladie en altérant la constitution générale et locale des patients, il affirme purement et simplement qu'*ils donnent à leur conjonctive une majeure aptitude à subir l'influence contagieuse du mal.*

Ainsi, tandis qu'il déclare que la contagion est directement liée, non point à la production du tissu, c'est-à-dire à la *granulation néoplastique,* mais bien à la *sécrétion* dépendant des phases inflammatoires, plus ou moins accentuées qui accompagnent cette production, il reconnait néanmoins que *cette sécrétion ne produit pas toujours la même maladie mais d'habitude la provoque facilement quand elle trouve un terrain prédisposé chez des sujets qui ont une tendance particulière à la production des néoplasies.* Il est donc entrainé à admettre que la sécrétion conjonctivale n'est ni le seul ni le principal facteur de la *granulation néoplastique,* car, si cela était, celle-ci serait toujours engendrée par celle-là, tandis que les faits cliniques démontrent au contraire que la sécrétion muqueuse ou puriforme peut déterminer, par le transit d'un œil à l'autre, tantôt un *simple catarrhe,* tantôt la *conjonctivite folliculaire* autrement dite *granuleuse* tantôt encore une vraie *ophtalmie purulente.* En quoi fait-il donc consister la *tendance à la production des néoplasies,* c'esi-à-dire, des *granulations néoplastiques? Il faut la mettre,* dit De Wecker, *parmi les diathèses;* cependant il se hâte de *nier que la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse y ait part,* par la seule raison *qu'on a vu durant le endémies de granulations des sujets vigoureux et très bien portants* attaqués de cette affection. Mais cette affirmation n'est-elle pas en contradiction flagrante avec celle qu'il avait énoncée auparavant, savoir: *que le trachome est la maladie des pauvres* à qui les misérables conditions hygiéniques dans les quelles ils vivent ne concèdent pas certainement d'être vigoureux et bien portants? Quelle sera donc chez les sujets sains et robustes la diathèse qui prépare ou détermine le développement des *granulations néoplastiques* ou *conjnctivite trachomateuse?*

J'admettrais par contre la distinction d'une *conjonctivite gra-*

nuleuse ou *hypertrophiante* que la contagion peut spécialement déterminer, et d'une *conjonctivite atrophiante à granulations néoplastiques* occasionnée par une mauvaise constitution originelle ou devenue telle par l'influence pernicieuse des conditions anti-hygiéniques, et on comprendra parfaitement comment la première peut se vérifier même chez des sujets *vigoureux et bien portants,* tandisque la seconde ne se manifeste que chez des sujets cachectiques par naissance ou débilités par les mille et une raisons qui peuvent dépraver la nutrition générale.

Du reste De Wecker même entre sans le vouloir dans cet ordre d'idées. En effet, tandis qu'il attaque l'affirmation d'Arlt, que la diathèse scrofuleuse et tuberculeuse contribuent beaucoup à la genèse du *trachome,* en observant que, *quoique un grand nombre d'affectés par les granulations présentent des symptômes de scrofule et souvent encore de tuberculose,* cependant on en rencontre *beaucoup chez les militaires qui doivent leur ophtalmie aux seules funestes conditions dans les quelles leur conduite les a placés sans présenter aucun symptôme ni de scrofule ni de tuberculose,* il vient à admettre deux choses, que j'ai déja affirmées moi aussi, en disant que la dépravation de la constitution générale causée par de mauvaises conditions hygiéniques peut contribuer à la genèse du *trachome* indépendamment de la diathèse scrofuleuse ou tuberculaire et que précisément le milieu défavorable physique et moral dans le quel se trouvent les militaires la plus part du temps, ainsi que les ouvriers, (les *pauvres* de De Wecker) peut déterminer chez eux, même dans le cas de vigueur et bonne santé primitives une altération profonde de l'état constitutionnel général, la quelle est ensuite la cause de la dégénérescence de l'*ophtalmie granuleuse* en vraie *conjonctivite trachomateuse* ou soit de l'association des *granules néoplastiques* du *trachome* aux granulations *hyperplastiques* de la *conjonctivite folliculaire* ou ophtalmie granuleuse proprement dite.

Enfin De Wecker me fournit encore un autre argument pour confirmer l'idée que la *conjonctivite trachomateuse* n'est pas, même pour lui, ce que l'on appelle ordinairement *ophtalmie granuleuse,* et c'est la déclaration qu'il fait au sujet de l'ophtalmie qui s'était propagée dans les armées après le retour des troupes françaises de l'Egypte. Selon lui *on aurait tort de supposer que ce qui fut décrit par Larrey, par Jaeger, Jun-*

cken et autres sous le nom d'ophtalmies militaires fussent les vraies granulations. Ces épidémies, dit-il, *furent de préférence des formes de* conjonctivite folliculaire aiguë *avec penchant à la purulence. Dans l'armée belge seule il semble que les vraies granulations fussent la maladie essentielle prédominante. Les données étiologiques sont cependant assez accessibles à la critique, vu qu'il est encore difficile de déduire des différentes relations, s'il s'agissait de véritables granulations et non d'une forme folliculaire.*

Il ressort clairement de tout cela que même pour de Wecker la soi-disant *ophtalmie égyptienne* ne correspondrait pas à la vraie *conjonctivite trachomateuse à granulations néoplastiques* mais bien à la conjonctivite *folliculaire plus ou moins aiguë,* soit à celle que l'on nomme ordinairement *conjonctivite granuleuse à granules hyperplastiques.* Cela n'empêche pas d'admettre qu'en Egypte comme en Europe cette forme pût et puisse dégénérer en vraie *conjonctivite trachomateuse* dans son sens comme dans le nôtre.

Mais De Wecker même lorsqu'il parte de la thérapeutique de ces deux formes, tombe dans les même incertitudes et dans les mêmes contradictions que nous avons signalées également dans l'article d'Arlt au sujet de la thérapeutique du *trachome.*

En effet les préceptes et les indications pour le traitement de la conjonctivite folliculaire sont à peu près les mêmes que ceux du catarrhe conjonctival avec la seule différence que les fortes *cautérissations* sont contre indiquées parce qu'elles facilitent les complications cornéennes, et peu après il conseille exclusivement les *cautérisations* au moyen des solutions saturées d'acétate de plomb, les quelles en verité je ne crois pas plus homogènes que les solutions modérées de nitrate d'argent ou les touches par les cristaux de sulfate de cuivre.

Arrivant enfin à la thérapeutique de la conjonctivite qu'il appelle *granulaire* ou *trachomateuse* aprè avoir mis en tête de son article que *tout traitement qui attaque directement la granulation pour la détruire est un mauvais procédé* et après avoir déclaré de penser comme Stromeyer, qu'il *est plus dangereux de détruire les granulations par les caustiques que d'abandonner la maladie à elle même,* il parle néanmoins de l'opportunité des *cautérisations réitérées tous les jours ou tout au moins chaque deux ou trois jours moyennant l'emploi al-*

terné du nitrate d'argent et de l'acétate de plomb. Et à cela il ajoute qu'il faut faire comprendre au malade que ce n'est que par une grande constance dans ce genre de traitement qu'il est possible d'obtenir la guérison, et qu'il ne faut pas désespérer si elle est quelque fois retardée par une rechute plus ou moins inévitable. Il démontre ainsi de n'être pas persuadé que les rechutes ou les recrudescences sont dues aux trop fréquentes ou aux trop fortes cautérisations, Moi au contraire, je le répéte encore une fois, je ne me suis jamais trouvé aussi satisfait de mes cures que depuis le temps où j'ai adopté la méthode de faire un usage parsimonieux des caustiques dans le traitement de la forme granuleuse correspondant à la folliculaire de De Wecker, de les délaisser complètement dans le *trachome scrofuleux* et de ne m'en servir qu'en voie exceptionelle dans les cas de l'ainsi dite *dégénération trachomateuse* de l'*ophtalmie granuleuse.*

Que mes honorables collègues essaient à faire de même, et ils se persuaderont que ma révolte contre l'ancien système, encore généralement suivi, est raisonnable et logique et mérite d'être encouragée plus que critiquée.

Je crois donc de n'avoir pas fait une chose inutile en traitant ce sujet avec quelque minutie, superflue surément pour les spécialistes, mais à peine suffisante pour la plus part des praticiens qui n'ont pas fait de la médecine oculaire leur specialité.

Maintenant en guise d'illustration de ce que nous avons dit jusqu'ici et pour justifier d'une manière pratique les idées théoriques que nous avons exposées sur le caractère spécial de cette maladie, et sur les indications thérapeutiques qui en doivent découler, j'ajouterai quelques histoires cliniques des cas les plus graves que nous avons pu observer pendant les cinq dernières années.

J'aime à croire qu'elles persuaderont mes lecteurs que les convictions que j'ai exprimées à ce sujet ont pour base des faits *bien certains et constants,* qui, comme l'écrivait le prof. Quaglino, *doivent être le guide nècessaire dans nos inductions et dans les applications thérapeutiques.*

Il résulte des tableaux statistiques que j'ai fait précéder que sur 1987 malades admis durant la période des cinq dernières années à notre Clinique, 214 étaient affectés de *conjonctivite trachomateuse* plus ou moins compliquée et que sur 12,010 sujets

notés sur nos régistres de l'Ambulatoire, 1303 présentaient quelqu'une des variétés de cette maladie. Il appert de là que plus d'un neuvième du contingent tout aussi bien de la Clinique que du Dispensaire, nous a été fourni par des sujets affectés de *trachome*, ce qui prouve que cette maladie, si grave, si obstinée et si funeste dans ses conséquences est fort répandue dans notre pays.

Je crois donc ne pas avoir fait une œuvre entièrement hors de propos en traitant de cette affection avec une certaine profusion de détails, certainement superflue pour les spécialistes, mais à peine suffisante pour le plus grand nombre des praticiens qui ne font pas leur spécialité du traitement des ophtalmies. C'est précisément pour cela que je juge inutile de relater diffusément toutes ou la plus part des histoires cliniques receuillies dans nos régistres et concernant cette branche de la thérapeutique oculaire. Je me bornerai donc à mentionner sommairement: *primo* quelques unes de celles qui se rapportaient à des malades soignés sans résultat par les moyens ordinairement adoptés pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse proprement dite, et qui guérirent au contraire ou obtinrent une amélioration significative en suivant la thérapeutique que j'ai proclamée comme la plus opportune pour le véritable trachome; je relaterai ensuite quelques cas où des successions graves de la maladie furent modifiées par une simple opération chirurgicale; enfin je terminerai par un exposé plus minutieux des cas les plus graves et compliqués et pour les quels il fut nécessaire da mettre en œuvre toutes les ressources qu'offrent la médecine et la chirurgie et dont j'ai parlé dans l'article *Traitement du trachome* en obtenant ainsi un résultat plus ou moins complet.

1° Observation

(N. 95 du Régistre B. 1875).

Conjonctivite trachomateuse de l'oeil droit. Pannus de la cornée.

20 avril 1875. — Jean Mariani, âgé de 60 ans, de Milan, ouvrier en cheveux; sujet de constitution lymphatico-veineuse, père d'une nombreuse famille, qui a toujours pati l'existance travaillant fort et gagnant peu relativemeni aux charges graves

de la famille. Vers la fin de 1863 il contracta une *ophtalmie granuleuse* par contact avec un jeune militaire frère de sa femme qui était venu passer quelques jours de congé auprès de lui. Il ne prit aucun soin pendant quelques semaines, mais fut ensuite contraint de se faire admettre à l'hôpital dans la salles des ophtalmiques, où il subit selon l'usage d'alors, jusqu'à 8 saignées en quelques jours et un certain nombre d'applications de sangsues dans le cours de quelques semaines, à la suite des quelles on commença le traitement local par les touches du sulfate de cuivre qui lui produisirent une amélioration assez sensible pour permettre de le congédier et en continuant seulement la cure commencée au Dispensaire de l'hôpital même. Mais malheureusement, soit par suite du traitement excessivement debilitant, soit à cause de l'insuffisance de nourriture conséquence de son modique gain, soit encore par le motif d'insalubrité de son domicile, ou les exhalaisons méphitiques de l'usine où il était ouvrier il subit à plusieurs reprises des recrudescences de son ophtalmie coassociées le plus souvent à de fortes névralgies ou à des manifestations pustuleuses et à des ulcères cornéens. Plutôt que d'avoir de nouveau recours à l'hôpital, *sanglant souvenir* pour lui, il vaga de Dispensaire en Dispensaire pour se faire soigner des granulations, y trouvant quelque temporaire soulagement suivi la plus part du temps de nouvelles recrudescences. Enfin ayant perdu toute confiance envers et pour tout, médecins et médecines, il délaissa pendant plus d'une année tout traitement, jusqu'à devenir presque complètement *aveugle* par suite d'un dense *pannus des deux cornées* au quel s'était adjoint une intense *photophobie* et des *douleurs névralgiques* presque continues. C'est dans cet état qu'il obtint son admission à la clinique de notre Institut.

Dès la première visite nous reconnumes que les granulations rouges végétantes étaient surfaites par *les granules jaunes du néoplasme trachomateux* et que l'aspect misérable du patient et ses forces exténuées donnaient une plausible raison de la persévérante obstination de son mal ainsi que de ses souffrances spéciales non moins que de son aversion pour tous les remèdes locaux dont il avait pourtant éprouvé jadis les effets bienfaisants.

Du 20 avril au 2 mai. — On fit débuter le traitement par

l'administration interne de la *quinine* et en limitant la cure locale aux instillations d'*atropine* et à l'application de la *teinture d'iode* alternativement sur le front, sur les saillies mastoïdes et sur la nuque et en y ajoutant une bonne diète corroborante.

Du 3 au 18 mai. — A la suite de l'amélioration de l'aspect général, de la diminution de la photophobie et des névralgies ainsi que de la rougeur péricornéenne qui compliquaient le pannus, on commença l'application de la *pommade jaune* à jours alternatifs tout en continuant les *instillations d'atropine;* on en obtint bientôt une notable diminution du pannus et des granulations végétatives ainsi que des granules néoplastiques et enfin on put concéder au malade une certaine liberté à s'exposer à l'air libre du jardin.

Le 19 mai cependant, peut-être par suite d'abus de cette permission aux heures de la tombée de nuit, il se manifesta une nouvelle recrudescence des douleurs névralgiques avec photophobie, réitération du pannus et dérangements gastriques, probablement par effet réflexe de l'irritation ciliaire.

Du 20 mai au 2 juin. — On administre matin et soir le sulfite de magnesie et la solution de *quinine* chaque deux heures avec insistance du simple *collyre d'atropine.*

Du 3 au 21 juin. — Les névralgies et la photophobie ayant presque complètement cessé, les conditions gastriques étant modifiées on reprend l'usage de la *pommade jaune* et on obtient par là une considérable réduction des granulations et des granules ainsi que du pannus cornéen.

Du 22 juin au 16 juillet. — Sans motif connu on voit se manifester une nouvelle recrudescence avec un catarrhe abondant, les granulations hypertrophiques elles-mêmes s'accroissent. On a recours aux frictions de la *pierre elastique,* et, le catarrhe s'amoindri, on alterne le *sulfate* de *cuivre* et le *nitrate d'argent;* en parvient ainsi à une assez notable résolution des granulations et des granules et à une nouvelle atténuation du pannus.

Au 17 juillet. — Notant que les conditions locales se maintiennent absolument stationnaires on renouvelle l'emploi de l'*onguent jaune* qui produit une telle réduction du pannus et une telle détuméfaction des muqueuses palpébrales que le 11 du mois d'août on peut renvoyer le malade à condition qu'il se

présentera au moins deux fois par semaine au Dispensaire pour y terminer le traitement nécessaire.

2ᵉ Observation

(N. 45 du Régistre 1875).

Conjonctivite trachomateuse consécutive à une ophtalmie granuleuse, pannus herpétique de la cornée gauche, photophobie excessive, névralgie.

11 février 1875. — Angeline Filippini Bossi, de 29 ans, milanaise, conturière en robes. De tempérament éminemment lymphatico-nerveux, elle perdit sa mère encore fort jeune, et, parait-il, par une lente maladie de poitrine. Peu réglée, elle n'eut jamais d'enfant de son mariage. Affectée depuis quatre ans d'ophtalmie granuleuse elle se fit soigner tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre des Dispensaires au moyens des cures locales qu'elle ne tolérait que difficilement; elle améliora son état en restreignant l'usage des cautérisations. A l'approche de l'hiver 1874 s'étant fort adonnée à l'ouvrage de son état dans une chambre plutôt froide et humide et à la clarté d'une lampe à pétrole elle fit une rechute, mais avec des symptômes alarmants limités néanmoins à l'œil droit.

S'étant rendue où elle était soignée d'habitude on lui fit des scarifications, puis des applications d'atropine et enfin on eut recours aux touches par le sulfate de cuivre et celà avec insistance, bien qu'elle en éprouva une cuison forte et prolongée. Le pannus de la cornée se manifesta bientôt, ainsi que la photophobie, l'épiphore et les névralgies; on rarifia les cautérisations sans les abandonner pourtant d'une manière absolue.

En présence de ces souffrances obstinées et rebelles aux cures locales subies jusqu'alors elle prit le partir de se réfugier dans notre clinique.

En renversant avec peine les paupières spasthiquement contractées, nous reconnûmes que quoique le corps papillaire fût assez développé et hypérémique on y découvrait *en abondance les granules jaunes du trachome néoplastique;* il y existait une *photophobie intense et un larmoîment chaud, la cornée très trouble et vascularisée* presqu'aux deux tiers, ne présentait trasparent que l'autre tiers inférieur et dans son centre

un *effeuillement ulcéreux* avec des marges gonflées et d'un blanc-sale, la conjonctive péricornéenne d'une rougeur intense, profonde et tuméfiée. A celà il y a à ajouter des signes marquants de gastrite: langue sale, haleine puante, anoréxie et malgré la pâleur du visage contrastant d'une maniére étrange avec l'inflammation du bulbe il y avait de légers mouvements fébriles.

Nous ordonnâmes en conséquence les *poudres résolvantes* avec la *rhubarbe* et une diète modérée; nous prescrivîmes la *teinture d'iode sur le front, des bains tièdes sur les paupières de mauve et de camommille soir et matin* et dans l'œil la simple *atropine* quatre fois par jour, *occlusion des paupières* par des épithèmes d'*eau végéto-minérale* mélangée à de l'eau de *laurier-cerise.*

En continuant cette médication du 11 au 16 février on obtint une modification de tous les symptômes, moins les douleurs périorbitaires qui réparaissaient plusieurs fois dans la journée en s'aggravant vers le soir. Nous ordonnâmes alors la *quinine* pendant quelques jours et les douleurs diminuèrent ainsi que la photophobie, mais pour récidiver bientôt d'une façon plus intense associées à une augmentation de turgescence oculaire.

Le 24 février nous tentâmes une application de sangsues à la tempe; le résultat est une diminution de la céphalée, mais par contre l'ulcère cornéen s'approfondit en forme d'entonnoir et enfin il y a perforation qui donne lieu à une petite procidence de l'iris qui accroit les douleurs à la moindre déclosion des paupières.

Trois jours après nous piquons transversalement la petite hernie iridienne qui se rétracte temporairement laissant échapper beaucoup d'eau; on en obtient pendant deux jours une considérable diminution des douleurs qui reparaissent au renouvellement de la hernie, et qui cessent en *réitérant la ponction.*

Mais en présence de l'obstination des symptômes d'irritation ciliaire nous pratiquons dans un but révulsif une *injection sous cutanée de calomel à la tempe* et à peine la turgescence s'y est-elle manifestée le jour suivant, la céphalée, la photophobie et l'irritation pericornéenne diminuent.

Du 10 au 14 mars, on en revient à la *quinine* produisant quelque amélioration qui ne progressait pas néanmoins; alors

nous tentons un autre expédient d'action altérative et révulsive en administrant une infusion plutôt *saturée de jaborandi;* il en résulte d'abondantes sueurs et la transpiration pendant trois heures, à la suite des quelles il y a décroissance de l'inflammation oculaire, de la photophobie et des nèvralgies.

Du 19 mars au 18 avril. — En face de l'ohstination du processus ulcéreux cornéen, tenant compte d'une certaine exhalaison ozénique du nez qui ne s'était pas manifestée les jours précédents et de qnelques boutons suspects se développant sur le front et sur les paupières, il nous vient le doute qu'une infection celtique contribue à rendre le mal aussi rebelle. Sans adresser des demandes imprudentes à la malade on recourt à l'emploi de l'*onguent gris* sous les aisselles et à celui de *Cirille* à la plante des pieds en y ajoutant l'*iodure de potassium* à l'intérieur. La scène change complètement en peu de jours; les douleurs cessent, l'hypérémie bulbaire diminue, l'ulcère cornéen se répare, et le catarrhe palpébral lui succède.

Du 20 au 28 avril. — On a recours alors pendant quelques jours aux frictions de la conjonctive palpébrale au moyen de la pierre elastique; la cornée recouverte du pannus se réclaircit et l'on voit cesser également le catarrhe.

Du 29 avril au 16 mai. — On passe ensuite à l'application alternée de l'*onguent jaune* et du *chlorate de potasse* tout en continuant les instillations d'*atropine* et l'*iodure de potassium* à l'intérieur.

Le 17 mai, la moitié supérieure du sphincter iridien adhérent à la cicatrice cornéenne tandisque cette dernière couvre le reste de la pupille, on exécute dans un double but, optique et curatif, une ample *iridectomie* correspondant au carré interne inférieur de la cornée ; à la suite de cette opération cesse tout résidu des phénoménes irritatifs de sorte que le 25 de ce même mois nous pouvons renvoyer la malade en lui recommandant simplement de poursuivre chez elle pendant quelque temps au moins l'emploi de l'*atropine* et l'application alternative du *chlorate de potasse*, de l'*onguent jaune* et du *laudanum glycériné*. Nous la vlmmes quelques mois après, nous l'avons revue encore sept ans plus tard et à notre extrême surprise et avec une ample satisfaction nous eûmes à constater qu'elle n'eut plus à souffrir depuis l'époque de son traitement, mais que l'adhérence même de l'iris à la cornée s'était dissoute

et qu'il ne lui restait qu'une légère nébulosité de la cornée et un colobome très régulier, interne inférieur de l'iris que nous avions produit moyennant l'iridectomie.

3e Observation

(N. 175 du Régistre de 1876).

Conjonctive trachomateuse avec pannus herpétique des cornées, photophobie superlative, névralgies réitérées.

2 août 1875. — Antoine Camurati, employé comptable, âgé de 29 ans, sujet de tempérament lymphatico-éréthïstique. d'une maigreur extrême, et évidemment affecté de cachexie paludéenne à la suite d'un séjour prolongé au bord des rizières; sa mère est morte à la suite d'une fièvre pernicieuse; son pére est vivant mais affecté de *trachome.* Depuis l'âge de neuf ans il a commencé à souffrir des yeux, soit, parait-il d'herpès de la conjonctive ou de la cornée, aux quelles s'étaient adjointes depuis dix ans des *néoproductions* sur les conjonctives palpébrales accompagnées par fois d'un léger catarrhe. Le médecin de son pays soignait ces néoproductions comme des granulations proprement dites moyennant les touches plus ou moins répétées du *sulfate de cuivre,* qui étaient suspendues chaque fois qu'il y avait recrudescence congestive à l'œil, ou quelque névralgie compliquée de pustules ou d'ulcères cornéens mais dont on reprenait l'usage lorsque ces complications avaient cessé ou diminué et n'obtenant malgré tout que des améliorations symptomatiques temporaires bientôt suivies de nouvelles recrudescences irritatives plus ou moins graves, mais toujours douloureuses et longues. Lorsque par suite de la *malaria* il commença en 1874 à souffrir de fièvres intermittentes réitérées et que son aspect devenait de plus en plus cachectique ses douleurs oculaires allèrent de même en augmentant; névralgies très fréquentes presque toujours accompagnées ou suivies de pustules ou d'ulcères de la cornée et par une photophobie superlative; il était énormément démoralisé par ce que de tous les remèdes mis en usage aucun ne parvenait à soulager ses souffrances, et les touches de sulfate de cuivre qu'il avait subies sans utilité comme sans dommages dans le temps passé lui étaient devenues tout-à-fait insupportables par ce qu'elles pro-

duisaient une réaction grave et prolongée chaque fois qu'on voulait en retenter l'épreuve.

Il se trouvait dans de telles conditions lorsqu'il fut admis à notre Clinique le 2 du mois d'août 1876. Ayant avec beaucoup dei peine renversé les paupières fortement contractées par la photophobie excèssive on reconnut que leur muqueuse très pâle fourmillait dans la paupière supérieure de granules jaunes intercallés à des points, à des striures d'aspect tendineux et entre les plis de celle inférieure les soi-disant œufs de grenouille; toute la cornée était parsemée de petites pustules vascularisées de date ancienne et récente; le pericorneum finement injecté se montrait plus rouge sous l'action de l'inspection; à peine était-il donné d'appercevoir la couleur de l'iris et les pupilles étaient fort contractées. Tout cela suffisait à justifier le diagnostic que j'ai mentionné ci-devant.

Du 2 au 17 août. — Comme il y avait des complications gastriques, telles qu'anorexie, dyspepsie, langue sâle on fit précéder l'administration du *sulfite de magnésie* et comme cure locale on ne fit qu'instiller l'*atropine* quatre fois par jour et appliquer la *teinture d'iode* alternèe aux régions habituelles. Voyant néanmoins l'insistance des névralgies, de la photophobie, de la congestion péricornéenne et l'état réfractaire de la pupille à l'action de l'atropine on pratiqna à la tempe droite une *injection hypodermique de calomel* et ayant incisé après 8 jours le reste de l'abcès il en sortit un pus abondant avec une amélioratiOn évidente non seulement de l'œil droit le plus irrité mais encore dans l'état général du patient, qui alors seulement commença à manger et à bien digérer les viandes.

Du 18 au 29 août. — Les douleurs s'étant réveillées avec une recrudescence de la photophobie nous ordonnâmes la *quinine laudanisée* à l'intérieur et les *disquets gélatineux de quinine* alternés avec l'atropine comme collyre en ajoutant encore les *pillules d'iodure de fer* à chaque repas. Le résultat fut une sensible diminution des douleurs et la pupille commença à sentir le mydriatique et la cornée à se réclaircir.

Du 30 août au 9 septembre. — La photophobie persistant malgré les applications réitérées de teinture d'iode on essaie un *visicatoire à la nuque;* la photophobie décroit mais les douleurs reparaissent.

Du 9 au 15 septembre. — Après *trois injection de morphine*

et quinine ces douleurs disparaissent complètement pour ne plus reparaître.

Du 16 au 23 même mois. — Un véritable guépier se manifeste lentement à la nuque, qui apporte une sensible et progressive amélioration aux yeux.

Du 24 septembre au 23 octobre. — On met la main à l'*onguent jaune,* tout en continuant les *disquets d'atropine* et un régime diététique analogue ainsi que les remèdes reconstituants. On en obtient la résolution presque complète du pannus cornéen, des granules trachomateux et un changement tel dans l'état général du patient que quiconque l'avait vu avant son entrée à l'établissement en resta surpris.

4ᵉ Observation

(N. 237 du Régistre 1877).

Conjonctivite trachomateuse avec pannus de la cornée droite; ulcère de celle de gauche; névralgies réitérées; excessive photophobie.

28 octobre. — Eva Meroni agée de 16 ans, milanaise, couturière, sujet lymphatique éminemment éréthistique; de parents en apparence robustes, mais le père ivrogne et la mère hystérique.

Elle eut par conséquent un développement physique très tardif qui la laissa flasque et presque cachectique et avec une irritabilité nerveuse extraordinaire. Elle fut néanmoins assez précocement réglée vers l'âge de 14 ans, mais c'est précisément à cet âge qu'elle commença à souffrir d'ophtalmie, d'abord d'une simple cuison et de prurit aux yeux conjointément à une photophobie assez modérée, puis les paupières commencèrent à se fermer; pendant quelque temps elle les eut le matin quasi collies; à ce léger catarrhe succéda le larmoîment au quel s'associèrent bientôt des douleurs répétées suivies de pustules tantôt à la conjonctive bulbaire tantôt à la cornée; elle fut soignée chez ses parents pendant plusieurs mois aux moyen des purgatifs; enfin un médecin requis la déclara affectée d'ophtalmie granuleuse et la traita d'abord par les collyres de nitrate d'argent, puis par le sulfate de cuivre; son état au prime abord sembla s'améliorer, mais ensuite se manifestèrent de graves

douleurs névralgiques, puis des ulcères tantôt à une cornée tantôt à l'autre ; mais n'ayant obtenu aucun avantage persistant soit de la suppression des remèdes locaux d'abord employés, ni de la substitution de l'atropine comme collyre, ni des vésicatoires réitérés elle fut envoyée à cet Institut par le médecin même qui l'avait soignée.

Du 28 octobre au 9 novembre. — Ayant constaté l'existence des granules trachomateux dans les paupières associés aux complications sus-énoncées, on commença le traitement par l'administration de la quinine à l'intérieur et le collyre d'*atropine* à la partie affectée.

Du 10 au 27 novembre. — La photophobie ayant diminué mais non cessé, ainsi que les névralgies on ajouta au traitement les *disquets* de *morphine*, et à la suite de leur emploi les douleurs cessèrent presque complètement et les petits ulcères de la cornée gauche commencèrent à se réparer, tandisque le pannus restait à peu près stationnaire dans l'œil droit. Alors on entreprit l'usage de l'*onguent jaune* qui très-bien toléré rendit plus active la résolution des ulcères et amoindrit le pannus.

Du 28 novembre au 18 février 1878. — En voyant néanmoins que l'amélioration obtenue était souvent traversée par des recrudescences irritatives que l'on pouvait croire dépendantes de l'affaiblissement extrême du sujet on pensa d'ajouter à la diète tonique les pillules de *citrate de fer* et *quinine* sans délaisser le traitement local courant. On vit par ce moyen l'aspect de la patiente s'améliorer progressivement, le pannus de la cornée disparaître presque complètement de l'œil droit, les taches cicatricielles dans celui de gauche devenir moins saturées et enfin la malade put être renvoyée dans des conditions très satisfaisantes le 18 février après un séjour de presque quatre mois à notre clinique.

5ᵉ Observation

(N. 31 du Régistre 8 de 1878).

Conjonctivite trachomateuse avec dégénération partielle atrophique de la conjonctive réflexe; pannus herpétique ectasique de la cornée droite ; ulcère central perforé de la cornée gauche.

5 février 1878. — Josephine Verani, 15 ans, de Busto-Arsizio, sujet suprêmement lymphatique dont la mère est obèze mais saine, le père fort et robuste. Jeune enfant elle a toujours joui d'une bonne santé, sans maladie de relief; elle est assez développée pour son âge, mais encore sans flux mensuel; depuis un an elle est affectée d'ophtalmie baptisée comme conjontivite granuleuse, mais les remèdes locaux qui lui ont été prescrits n'ont pas empêché la formation dans la cornée droite d'un pannus consécutif à des pustules vascularisées, réitérées et dans le gauche la manifestation d'un vaste ulcère prêt à percer avec abolition de la chambre antérieure. Ce dernier accident fut ce qui décida le médecin cubiculaire à nous l'envoyer prendre nos conseils.

Du 5 au 24 février. — Après le diagnostic du trachome scrofuleux compliqué de la manière que nous avons dit, on commence le traitement par la *quinine* en solution soir et matin, le collyre d'*atropine* quatre fois par jour et le bandage compressif de l'œil gauche.

Du 25 février au 20 mars. — L'ulcère s'étant réparé dans la cornée gauche, moins vascularisé le pannus dans celle de droite, les douleurs et la photophobie devenues moins intenses, nous passâmes à l'usage de l'*onguent jaune* et administrant en même temps pour améliorer ultérieurement la constitution de la malade les pillules de *citrate de fer*. Malgré ce traitement les névralgies se renouvellaient de temps à autre ainsi qu'une augmentation de tension endoculaire, recrudescences qui empiraient la condition ectasique du pannus de droite et renouvellaient l'enfouissement périphérique de la cicatrice encore récente de la cornée gauche.

Du 11 mars au 9 avril. — Ces dernières circonstances nous persuadèrent à exécuter aussi bien dans un œil que dans l'autre

et à un intervale de huit jours une *iridectomie* correspondant à la zone inférieure de la cornée restée plus transparente; après cette opération on ne vérifia plus aucune recrudescence irritative, les cornées se réclaircirent même à l'aide de l'*onguent jaune* alterné au collyre de laudanum associé à la glicérine et la malade fut mise en liberté le 9 avril avec un simple residu nébuleux sur les deux cornées.

Je pourrais ici mentionner plusieurs autre cas semblables, et d'autres encore où, malgré la complication de pannus et des pustules cornéennes maintenues par le phimosis palpébral ou par l'entropion consécutifs à la réduction atrophique de la conjonctive, on obtint des améliorations presque immédiates, ou encore la guérison au moyen de la simple cantoraphie ou plus souvent par l'opération complète selon la méthode de Pagensteker, mais le besoin de briéveté me force à en passer sous silence la description, et je mets fin à la série des histoires cliniques en rapportant celle que j'ai mentionnée dans le cours de ces pages et qui est relatif à la guérison d'un pannus sarcomateux ancien des deux cornées, moyennant l'inoculation de pus gonorrhéique.

6° Observation

(N. 54 du Régistre de 1878).

Conjonctivite trachomateuse avec pannus sarcomateux complet des deux cornées.

17 mars. — Pierre Dell'Orto, 43 ans, agriculteur de Seregno, de tempérament lymphatique. Cet homme est depuis un temps indéfini affecté d'ophtalmie granuleuse compliquée de trachome. Il a séjourné à plusieurs reprises dans la sale des ophtalmiques de l'Hôpital majeur; et la dernière fois, en 1877, il y est resté six mois, mais malgré tous les remèdes locaux et généraux expérimentés y compris les sangsues et les scarifications fréquentes, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent et autres expédients semblables, il en sortit à peu près comme il y était entré, avec un épais pannus aux deux cornées qui lui laissait à peine la perception de la lumière qui lui était même très pénible. Ayant perdu toute confiance, il resta six mois sans faire le moindre traite-

ment, se recommandant à Dieu, récitant des prières ou chantonnant des psaumes pour tuer le temps. Lorsqu'il nous fut amené il était entièrement aveugle avec les paupières closes et lorsqu'il les ouvrait ou qu'on les lui ouvrait on voyait deux gros boutons charneux d'une teinte rouge sale, de forme conique et d'une telle épaisseur à les prendre pour deux énormes staphilomes. Mais la sphéricité régulière des courbes que présentaient ces boutons, l'intégrité de forme de la sclérotique circumambiante bien que rougie étaient des indices suffisants à démontrer que ces luxuriantes végétations n'étaient rien moins qu'un pannus sarcomateux des cornées plus ou moins associé à des sinéchies antérieures de l'iris par suite de précédentes ulcérations perforantes. On pouvait supposer l'existance d'une chambre antérieure qu'il était cependant impossible de reconnaitre ainsi que la couleur de l'iris.

Conveincu, même par les signes anamnestiques recueillis qu'aucun des remèdes ordinaires n'obtiendrait une réduction de ce pannus ni des granulations hyperplastiques et des énormes granules jaunes néoplastiques qui avaient désormais dénaturé la muqueuse des paupières, nous pensâmes aussitôt que dans ce cas il n'y avait rien autre à tenter que l'inoculation du *pus gonorrhéique.* Nous nous en pourvûmes defait en nous assurant d'abord auprès du spécialiste qui nous le fournit qu'il n'eut pas une provenance syphilitique éventuelle, mais par mesure de prudence nous en limitâmes l'application à l'œil gauche dont la cornée était littéralement enfouie dans la charneuse néoformation tandisque dans le droit elle présentait sur sa marge inférieure une très petite zone où le pannus moins dense laissait encore entrevoir confusément la couleur de l'iris. A cet œil donc nous pensâmes d'appliquer un *bandage compressif,* soit pour le préserver du transport éventuel de la matière purulente qui se serait détachée de l'œil gauche si l'inoculation prenait souche, soit pour tenter par une compression artificielle continue d'atrophier en partie au moins les produits morbides qui déformaient même dans cet œil la muqueuse palpébrale aussi bien que les tissus propres de la cornée.

25 mars. — Vingt-quatre heures après l'inoculation l'œil commença à enfler et à cuire, les paupières devinrent œdémamateuses et dans la matinée du lendemain il y avait déja un fort écoulement purulent. Pendant deux jours on ne fit usage

que de l'*atropine*, mais comme l'individu se plaignit ensuite d'une forte douleur on employa des compresses imbibées d'eau *végéto-minerale*.

Du 1er au 6 avril. — Le pannus commença à s'enfler et à devenir grisâtre et aujourd'hui il se présente sous un aspect granuleux, presque spongieux. Le processus purulent continue.

Au contraire, dans l'œil droit qu'on a toujours tenu couvert par le bandage, il s'est manifestè un catarrhe spontanè avec très peu de produit purulent et le pannus s'est abaissè et aminci.

7 avril. — Dans l'œil gauche la pyorrhée se maintient; depuis quatre jours on a cessé les bains d'*eau-végéto-minérale* en instillant simplement l'*atropine;* le pannus est encore assez dense quoique plus clair. L'œil droit au quel on a conservé le bandage s'est amélioré en ce sens que le pannus dans le segment inférieur s'est, amoindri et a presque disparu et l'on commence à distinguer la trame cornéenne. Il faut noter que depuis trois jours on fait à cet œil des applications d'*onguent de quinine.*

11 avril. — On remarque dans l'œil gauche l'apparition d'un assez notable chémosis pericornéen ce qu'on n'avait jamais observé au paravant. Il y a continuité de l'écoulement purulent qu'on juge de ne pas modérer par des remèdes spéciaux en se limitant à l'emploi du collyre d'*atropine.*

Du 12 avril au 6 mai. — Le chémosis s'est graduellement atténué, il y a toujours sécrétion abondante, mais le pannus est fort diminué, et qnoiqu'il couvre encore la totalité de la cornée sans en laisser voir la trame physiologique il est cependant réduit à un tiers du volume primitif. A cet état de choses on juge prudent de modérer la sécrètion par les touches de pierre elastique on le soumet au bandage compressif en laissant au contraire libre l'œil droit pour voir s'il serait possible d'obtenir ici aussi le même avantage obtenu par l'emploi du bandage et de l'onguent de quinine. Dans l'œil droit en effet par l'application de ces deux expédients le pannus s'était peu à peu réduit et aminci de manière à laisser transparaître non seulement toute la cornée, mais à permettre d'entrevoir dans la partie inférieure que la pupille existait et était dilatée par l'atropine; par cet œil le patient voit fort bien la lumière et distingue les ombres. La pyorrhée ayant diminué dans l'œil

gauche, on suspend les touches de la pierre ou plutôt on les alterne avec les applications de la pommade quinique.

25 mai. — On a continué jusqu'à ce jour un tel traitement, mais dans l'œil droit qu'on a laissé libre la cornée redevient opaque et un pannus assez fort se renouvelle surtout dans la partie supérieure; il y a sécrétion catarrheuse plutôt abondante. On craint qu'il n'y ait inoculation du pus dérivant de l'œil gauche. Dans celui-ci au contraire on a obtenu une sensible réduction du pannus par l'emploi de l'onguent de quinine et de l'atropine.

26 mai. — Œil droit très gonfle, l'évacuation purulente commence: il y a surément inoculation. On pratique des touches de pierre elastique sur les paupières de gauche.

27, 28, 29 du dit mois. — L'enflure œdémateuse et la purulence se maintiennent modérées, peut-être par ce que l'inoculation avait perdu une partie de sa virulence; la cornée droite néanmoins est redevenue opaque et s'est vascularisée.

30 mai. — Notant alors que les népitheliums piliphères s'étaient passablement remplies par la réduction atrophique de la conjonctive consécutive à la réduction des granulations et des granules trachomateux on pratique sur chaque coté l'opération de Pagensteker contre l'entropion, et, alors, soit par l'immédiate soustraction de sang soit par suite d'avoir éliminé une cause mécanique d'irritation, on parvient à obtenir une diminution ultérieure du pannus.

Du 2 juin au 6 juillet. — Aux remèdes sus-indiqués on alterne de temps à autre les touches de *sulfate de cuivre* et l'application de l'*onguent jaune,* et par ces moyens on arrive à une atténuation du pannus telle de permettre à l'œil droit de bien distinguer les objets grossiers et au gauche de distinguer les ombres.

Du 7 juillet au 14 septembre. — Reconnaissant que l'*onguent jaune* et surtout la *pierre bleue* fatiguaient et irritaient excessivement l'œil on substitua le simple onguent de *quinine* et le collyre d'*ésérine,* et par ces moyens ainsi que par le traitement interne de l'*huile de foie de morue* ferrugineuse on obtint la disparition complète du pannus, de sorte que le 14 septembre nous renvoyons le malade avec un aspect quasi prospère et sans autre résidu que quelque légère nébulosité dans chacune des cornées et la conjonctive tarsale amincie, atrophiée, mais lisse.

Ce malheureux put retourner libre aux travaux des champs ce qu'il continue depuis quatre ans sans avoir snbi aucune recrudescence d'un mal dont il avait souffert pendant si longtemps.

Je pourrais encore ajouter à ce cas quelques considérations, mais le lecteur pourra lui même y faire les commentaires convenables, car l'éloquence des faits est plus instructive et persuasive que tout raisonnement.

L'JODOFORME

DANS LA

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

NOTES PRATIQUES DU DOCTEUR JEAN ROSMINI

Directeur de l'Institut Ophtalmique de Milan

Juin 1885.

Je m'occupais à rédiger ces notes sur l'usage pratique de l'*iodoforme*, que depuis quatre ans j'ai commencé à expérimenter sur une échelle de plus en plus étendue, poussé dans cette voie par les heureux résultats obtenus, et mon intention était d'en tenter la publication dans notre grand journal spécialiste s'il m'eût été possible d'y trouver un peu d'espace non encore hypothéqué par la plume classique et doctorale de quelque professeur distingué ou de quelque libre docent, aux travaux des quels semble spécialement destinée cette publication en vogue.

Sur ces entrefaites, et tout justement dans sa première livraison de l'année courante, j'eus l'occasion de voir que son fécond et éloquent rédacteur principal, l'excellent D. Rampoldi, y avait déja inséré une notice importante sur l'emploi de ce remède en thérapeutique oculaire, notice qu'il faisait suivre par la seconde édition de son travail sur la *cocaïne* qui avait déja paru dans les colonnes de la *Gazette médicale* et enfin par une conférence clinique au sujet de l'*Occlusion oculaire.*

Je jugeai alors plus opportun pour moi de publier dans la *Gazette médicale* le résumé des résultats que j'avais obtenus sur une quantité assez considérable de malades affligés des formes morbides les plus variées. Je voulus néanmoins lire auparavant les trois articles de thérapeutique oculaire que je viens

de mentionner, entrainé, et par l'intérêt que les travaux du Dr. Rampoldi ont toujours su m'inspirer, et par la pensée que j'aurais rencontré dans le premier et le troisième surtout des faits et des études propres à encourager mes convictions ou à me les faire modifier relativement à ces deux questions sanitaires aujourd'hui très discutées.

En parcourant de fait la première Notice du Dr. Rampoldi j'eus l'extrême satisfaction de voir qu'il partageait en grande partie mes idées relativement à l'emploi de l'iodoforme, mais j'ai observé en même temps que, sur l'efficacité de ce remède il mettait en doute les assertions de quelques auteurs que j'avais eu la satisfaction de voir confirmées par mes expériences.

Je ne me serais pas attendu néanmoins que la lecture du troisième article, c'est à dire de la conférence sur l'*occlusion oculaire* dût me produire la surprise peu agréable de me voir en but, quoique sans être nommé, aux dards peu courtois, et, je dirais, tout à fait irraisonnables de leur auteur. Un sentiment de dignité personnelle m'engage à y donner une réponse pleine de franchise plutôt que d'en faire le sujet d'une de ces polémiques personnelles si pénibles pour ceux qui les soutiennent et si peu agréables pour les lecteurs.

Pour rendre hommage à la vérité je dois dire tout d'abord que cette conférence jusqu'au point qui me concerne est à tous les égards admirable par ses qualités sérieuses et la clarté avec la quelle y sont traités les raisons, le but et les différentes indications de l'*occlusion palpébrale méthodique,* à tel point qu'elle semble avoir été faite pour combattre d'une manière triomphante la proposition assez bizarre émise il y a quelques années en France par l'illustre Gayet et en Italie par le savant professeur Gradenigo, d'abandonner tout système de bandage après les operations de cataracte. Voici maintenant les phrases accusatoires que j'incrimine à mon tour et aux quelles je me crois en devoir de répondre.

« On doit éviter les occlusions chaque fois qu'il y a gra-
« nulation de la conjonctive, à moins que quelque circon-
« stance urgente n'impose le contraire, parce que la conjoncti-
« vite granuleuse chronique redevient quelque fois aiguë et
« reprend les apparences de conjonctivite purulente par l'effet
« du bandage. Et pour ce motif je ne saurais comment quali-

« fier ceux qui, toujours désireux d'opérer, n'ont aucun égard « à cet état de choses et pratiquent à cœur léger des iridecto- « mies; pis encore s'il y a un commencement de pannus. J'ai « toujours cru que l'attente en ces cas fut un précepte de saine « pratique, car je ne comprends pas qu'une opération d'iridecto- « mie puisse en de pareilles circonstances influer utilement sur « le pannus cornéen, tandis qu'elle pourrait au contraire être « fatale au bulbe visuel. Néanmoins dans un laps de temps « assez court il m'est arrivé cinq fois de voir opérer l'excision « de l'iris dans des conditions similaires. Les patients avaient « graduellement empiré; chez un de ceux-ci, jeune étudiant « inscrit au régistre de l'Ambulance clinique, dont le léger « pannus avait cédé aux remèdes habituels, il était resté un « large colobome inférieur, de telle sorte que l'œil opéré ne « pouvait plus lui être d'un usage profitable. Il était tombé de « Carrybde en Scylla. Mais de ceci, conclut M. Rampoldi, j'au- « rai l'occasion de m'occuper plus tard. »

En attendant, que l'excellent directeur de la clinique de Pavie veuille bien concéder à moi aussi de m'en occuper un tout petit brin, quoique persuadé que toute cette tirade à adresse anonyme ne me soit pas exclusivement destinée. Je n'ai jamais pensé et je ne crois pas qu'il soit jamais venu à l'idée d'aucun d'exécuter l'*occlusion* quand dans les paupières de l'un ou des deux yeux il existe de simples granulations peu tuméfiées, non associées à des phénomènes irritatifs, ni compliquées d'ulcères ou de pannus de la cornée, mais je ne crois pas non plus d'une manière absolue que la présence de granulations s'oppose par elle même à un bandage méthodique légèrement compressif et protecteur en même temps.

Tout au contraire, j'accorde une grande importance à ce remède auxiliaire dans le traitement de la conjonctivite granuleuse aiguë et sub-aiguë, avec ou sans complications cornéennes, et, franchement, je ne crois pas dénuées de fondement les raisons exposées dans mon *Compte-rendu clinique* et pour les quelles je persiste à déclarer cette médication comme très utile en de spéciales circonstances (1); je pourrais seulement ajouter ici, que si le cas relaté par M. le D. Rampoldi est vrai, ce que

---

(1) Voir: *Compte-rendu clinique de l'Institut Ophtalmique*, pages 91, 92, 93.

j'ai pu moi-même constater dans quelques rares occasions, savoir que la conjonctivite granuleuse chronique redevient *aiguë par l'effet du bandage* et prend l'apparence d'une conjonctivite purulente et dans le cas où il serait possible de prouver mathématiquement qu'une telle recrudescence doit être attribuée exclusivement à l'*occlusion,* il serait injuste de la considérer comme la conséquence funeste de ce même moyen, puisqu'il est maintenant admis par le plus grand nombre des oculistes que de telles recrudescences dans ces affections sont plutôt utiles que nuisibles, surtout si elles sont combattues à temps et par des moyens adaptés, dont l'un des plus efficaces, comme nous le verrons par la suite, est précisément l'iodoforme.

Mais il importait parait-il à l'honorable M.r Rampoldi d'accentuer ses craintes exagérées de l'occlusion oculaire appliquée aux personnes affectées d'ophtalmie granuleuse pour stigmatiser les praticiens de bonne humeur qui osent faire même à de tels malades l'iridectomie qui exige pendant deux jours au moins l'indispensable et *dangereuse occlusion oculaire.*

Hé bien, moi, qui suis coupable d'avoir exécuté un grand nombre d'iridectomies sur des malades affectés d'*ophtalmie granuleuse* et plus souvent encore sur d'autres qui offraient les caractères du *trachome d'Arlt,* et de cette forme que j'appelle *dégénération trachomateuse de la conjonctivite granuleuse,* je puis assurer mon excellent collègue que je ne les ai jamais exécutées gaîment et *par simple plaisir d'opérer,* mais toujours sérieusement et quand il y avait non pas les indications que j'ai imaginées, comme disent nos petits génies d'aujourd'hui, mais celles qui furent devinées et enseignées ensuite par le vrai génie de notre spécialité, Albert de Graefe (1).

Je me suis donc bien gardé d'exécuter l'iridectomie quand il y avait à peine même *un commencement de pannus,* dont l'idée seule eut été une absurdité de ma part qui m'aurait rendu ridicule de tenter une pareille opération sans but optique, ni curatif, mais à la quelle j'avais recours seulement lorque, aux complications de ces maladies conjonctivales, se réunissait le comble des effets d'irritations réitérées kérato-iridien-

(1) Voir mon Mémoire pratique: *Des principaux remèdes dans les inflammations de l'œil;* pag. 208, à 222, et mon *Compte-rendu clinique,* pages 104, 200 et 201.

nes ou irido-ciliaires qui en traversent si souvent le décours, quand il y avait enfin plus ou moins d'accroissement dans la tension endoculaire qui rendaient temporaires ou nuls et même nuisibles les effets des cures locales exercées contre l'affection conjonctivale. Mais dans ces cas encore, avant de recourir à l'opération, j'ai toujours suivi le *précepte de saine pratique d'attendre* la cessation complète des phénomènes actifs d'irritation de la cornée et de l'iris; et c'est grâce à cette précaution si deux fois seulement j'ai constaté à la suite de l'iridectomie une assez grave réaction, tandis que dans tous les autres cas, et en un temps très bref après l'opération, l'enflure des granulations trachomateuses diminuait ainsi que l'hypérhémie passive du corps ciliaire et celle du pannus cornéen par suite du retour à son état normal de la tension du bulbe précédemment plus ou moins exagérée. Seulement alors les médications locales mises auparavent sans utilité en usage se montraient efficaces à résoudre le mal sans nouvelles manifestations de ces graves et douloureuses recrudescences irritatives qui se declaraient par le passé très fréquentes ou pour les moindres causes ou sans motif connu.

C'est ainsi qu'il advint dans le cas du *jeune étudiant* dont il est question, le quel, sur mon conseil, se présenta à l'Ambulatoire de la Clinique de Pavie. Je savais que dans cette occasion le D. Rampoldi s'était étonné que j'eusse opéré l'iridectomie sur ce malade et surtout que je l'eusse exécutée par le bas de préférence que par le haut, mais je ne me serais jamais attendu à ce que, dans l'intention de publier une censure de *mon erreur pratique* il le fit sans prendre de plus amples informations sur les vicissitudes éprouvées pendant plus d'une année par cet œil, sacrifiant de la sorte à un étalage d'éloquence la vérité historique sur le cas en question. Si mon excellet collègue se fut en effet plus amplement et mieux informé il n'aurait pas laissé supposer au lecteur, plus ou moins bienveillant, de ses deux phrases d'une douteuse élégance de style, que le jeune étudiant *fut un des cinq patients qui empirèrent graduellement* après l'opération d'iridectomie; il n'aurait pas donné à croire qu'on avait exécuté cette opération chez le jeune homme purement et simplement parce qu'il était affecté d'un *léger pannus* déjà guéri au surplus *par le moyen des simples remèdes ordinaires.*

Je puis au contraire assurer mon honorable critique que le *léger pannus* existant encore lorsqu'il vit le malade quasi guéri n'était que le maigre résidu d'un *pannus vasculaire bourgeonnant ectasique,* qui avait été précédé et peut-être aussi préparé par des *attaques réitérées* soit de *congestion ciliaire* soit d'*iritis partielle,* compliquées de *névralgies très douloureuses* ainsi que de *pustules* ou *ulcères de la cornée dont un la menaça de perforation.*

S'il avait connu tout cela certainement le docteur Rampoldi n'aurait pas assuré que les *remèdes ordinaires* avaient réussi à *guérir ce pannus* compliqué de granulations trachomateuses des paupières, car au contraire pour y parvenir il avait fallu recourir à une révulsion énergique par le moyen d'injections hypodermiques de calomel à la tempe, alterner selon les conditions symptômatiques l'atropine et l'ésérine et remplacer les caustiques, qui ne pouvaient être supportés, par l'usage local de la pommade de quinine et par l'administration interne de la quinine même. Les bandages furent presque continuellement conservés tant pour protéger l'œil malade que pour préserver de la contagion celui que était indemne; mais tout aussitôt qu'on l'en débarassait soit à titre d'épreuve, soit pour lui permettre de lire ou encore pour se rendre à ses cours d'études, même comme simple auditeur, soit enfin pour qu'il aille à la campagne y jouir d'un air plus pur, on voyait se manifester un nouvel accès de névralgie ou une recrudescence irritative de la cornée, de l'iris ou du corps ciliaire qui lui rendaient l'œil droit presque aveugle et l'usage du gauche à peu près impossible. Telle était la triste histoire qui durait depuis plus d'un an et j'étais pronfondément convaincu qu'une *iridectomie* avait seule le pouvoir d'y mettre un terme et de rendre ce jeune homme distingué et plein de bonne volonté à ses études chéries.

J'attendis donc la cessation des signes et des symptômes de la dernière crise irritante qui s'était manifestée au mois de septembre 1882, lorsqu'il était à la campagne, et vers la fin d'octobre je le reçus à mon établissement pour lui faire l'opération d'iridectomie que j'exécutai dans le bas plutôt que dans le haut pour deux motifs que je juge très plausibles, d'abord par ce que j'aurais cru chose fort imprudente compliquer dans la blessure la zone cornéenne depuis longtemps malade et non

complètement guérie, ensuite par ce que le pannus, quoique atténué étant centralement ectasique il devenait d'une majeure importance, dans le but tant curatif qu'optique, de faire correspondre le colobome artificiel à la zone de cornée encore intacte dans sa forme et sa lucidité, ou pour m'exprimer plus clairement, à la partie moins ectasique et plus transparente.

Le résultat du traitement de cette iridectomie au quel ne fit suite aucune réaction, fut que le dixième jour après l'opération mon jeune malade put se rendre à Pavie pour y commencer son cours de jurisprudence dont il termine en ce moment sa troisième année, et durant tout ce laps de temps il n'eut plus l'occasion d'entendre les censures du D.r Rampoldi ni de me demander des conseils.

Et pour convaincre mon lecteur à ce sujet je transcris la lettre qu'il m'écrivait de Pavie il y a peu de temps: « Je suis « très heureux de pouvoir vous donner de bonnes nouvelles de « mon œil. On peut dire que le pannus de la cornée est entière- « ment disparu; la clarté du soleil, même intense, ne m'offusque « aucunement et j'ai cessé de porter des lunettes à verres colorés. « Il est vrai que si je tiens ouvert le seul œil opéré les objets « m'apparaissent un peu confus et je ne puis lire longuement; « mais il n'est pas moins vrai qu'à peine l'opération accomplie « il m'a été permis de reprendre le cours de mes études, et « à cette heure j'ai perdu jusqu'au souvenir des vives douleurs « éprouvées avant l'iridectomie. Si l'assertion que j'aurais pu « également guérir sans cette opération est permise, la preuve « en est difficile. La chose importante c'est que je suis guéri; « je ressens les effets de l'opération, mais nullement ceux de « la maladie qui en fut cause. »

Je laisse maintenant au lecteur de juger l'exactitude du D.r Rampoldi lorsq'il assure que ce jeune homme, par suite du *vaste colobome inférieur*, — qui, entre parenthèses, est régulier, mais tout autre que vaste — ne *pourrait plus se servir utilement de l'œil opéré.*

Pour quant à moi je n'hésite pas à conclure que jamais on n'employa plus mal à propos le dicton oratoire par le quel il termine sa critique en affirmant que mon client, par suite de l'opération, était *tombé* de *Carrybde en Scylla.*

Et maintenant demandant aux lecteurs de vouloir bien m'absoudre du péché d'une trop longue digression en déhors du

sujet qui est le but de ces pages, je passerai à leur dire ce que je pense de l'application de l'iodoforme en thérapeutique oculaire, sans oublier à l'appui de mes convictions de mentionner ce que les auteurs italiens et étrangers ont écrit à cet égard et d'après le résultats de leurs expérimentations.

Je dirai d'abort sous quelle forme je l'ai employé jusqu'ici; je rendrai compte ensuite des différents groupes morbides pour les quels l'efficacité thérapeutique de l'iodoforme m'a semblé dans quelques cas supérieure à celle d'autres remèdes employés jusqu'ici, et, enfin je tâcherai de démontrer combien il mérite par ses vertus antiseptiques d'être recommandé dans les traitements consécutifs de la plus part des opérations chirurgicales oculistiques.

Je terminerai enfin ces pages par le récit détaillés des cas les plus importants qui me semblent prouver lumineusement l'efficacité de ce nouveau remède.

I.

L'iodoforme fut découvert en 1822 par Serullas et déterminé par Dumas. Il se présente sous forme de paillettes friables, de goût doucereux, d'odeur semblable à celle de l'ail de près et à distance à celle du safran; il est volatil et se décompose à 120° en iode, eau iodée et carbone; son poids spécifique est de 2, 0; il est presqu'insoluble dans l'eau, puis qu'il faut 1000 grammes de cette dernière pour en dissoudre à peine 20 centigrammes; il est au contraire très soluble dans l'alcool et l'éther de même que dans toutes les huiles grasses et les huiles éthérées.

Il fut introduit en thérapeutique par Bouchardat qui en recommanda vivement l'usage ainsi que Morentin, Humbert, Maitre dans tous les cas où l'iode est indiqué, d'abord parce qu'il est la plus riche parmi toutes les préparations du même genre; puis par le motif, selon les auteurs susdits, outre sa facilité d'être absorbé, qu'il peut très-bien être toléré même à haute dose sans produire ni irritation locale ni aucun des inconvénients généraux.

Plus tard l'empirisme rationnel de bon nombre de médecins distingués de tous les pays les poussa à en étendre toujours davantage l'application à une nombreuse série de maladies

externes et internes et à multiplier son mode d'emploi sous différentes formes pour le rendre plus accessible à toutes les entrées par les quelles on a l'habitude d'introduire dans l'organisme les agents médicamenteux dont on veut expérimenter l'efficacité, sans théorie préconçue pour ou contre.

C'est à cet empirisme rationnel qu'on doit, crois-je, si aujourd'hui on attribue à l'iodoforme non seulement une vertu dissolvante, mais encore une action antiseptique ou aseptique et même antimiasmatique, si encore on lui reconnait une efficacité narcotisante et presque anesthésique, si maintenant on le considère comme très utile dans les procédés de caractère sthénique comme dans ceux de nature atômique, s'il est cru capable d'augmenter quelques sécrétions physiologiques et de modifier les propriétés chimiques des épanchements morbides des muqueuses ainsi que d'exciter la nutrition de certains tissus envahis ou menacés de nécrose, si enfin la plus part des savants, qui siégent dans les chaires, comme des praticiens toujours à l'affut des dogmes scientifiques, ont de plus en plus généralisé l'usage de ce remède et si à peu près tous se louent des résultats obtenus par leurs expérimentations. Certainement il ne faudra pas confondre cet empirisme qu'on nomme ironiquement *sublime* de ces docteurs au petit pied qui voulant écrire quelque chose sur l'utilité d'un médicament ou d'une opération usent et abusent de l'un et de l'autre, se faisant des illusions au moyen des quelles ils peuvent à leur tour illusioner ceux qui par hazard ne sont ni assez studieux ni assez intelligents pour être à même de controler leurs observations et leurs expériences. Cependant je juge plus artificieuse que raisonnable cette définition humoristique de l'empirisme par la quelle quelques écrivains, pleins d'autorité pourtant, voudraient qualifier les observations et les expérimentations de ces praticiens sans prétention qui pensent ne pas profaner le temple sacré de la science en ayant la hardiesse d'exposer le résultat de leurs études personnelles ou d'exprimer les convictions qui en dérivent logiquement.

Je crois au contraire que toutes les fois où un remède donné se révèle dans des contingences spéciales il est permis et même opportun que tous les praticiens, haut ou bas placés, en fassent l'expérience, même dans des cas entiérement dissemblables à fin de constater si par hazard, ce qui arrive souvent, ce mé-

dicament posséde des propriétés utilisables outre celles déjà préconisées par les premiers expérimentateurs.

Je crois enfin que la simple énonciation des résultats obtenus par de telles études expérimentales, dénuées de préocupations ou d'idées préconçues, sert à faciliter la tâche du savant qui devra donner sur la question son jugement positif, négatif ou restrictif représentant la sanction autorisée de toute découverte utile.

Si au contraire quelque prévention systèmatique vous oblige à limiter le champ de vos études et de vos expériences il peut s'en suivre ce qui arriva précisément pour l'application de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, qui, préconisée en Italie avant que partout ailleurs dès l'année 1878 par le prof. Ravà (1), rencontra dans son initiative même trop de restrictions presque exclusivement théoriques les quelles contribuèrent à arrêter plutôt qu'à propager chez nous les études pratiques sur ce nouvel agent précieux, qui, par contre, fut largement expérimenté avec succès et profit par les médecins d'Angleterre, de France et d'Allemagne.

En effet, selon cet excellent ami, tout état d'acuité ou de subacuité morbide de l'œil devait contre indiquer d'une manière absolue l'usage de ce médicament qui ne devait pas même être toléré dans le traitement des ulcères diaphanes de la cornée, n'y eut-il même aucune complication de spasme palpébral, d'hypérémie ou d'affection lacrymale ou tout autre indice d'activité et surtout moins encore s'il existait des vaisseaux sanglants à la surface de la cornée.

Bien plus, quoique pratiquement convaincu de l'utilité de l'iodoforme dans les ulcères atoniques, principalement lorsque recouverts d'abondants détritus, et dans les ramollissements cornéens avec infiltration grisâtre ou jaunâtre, il opinait qu'il ne fallait pas en tenter l'emploi même dans les cas malheureusement trop fréquents, où soit l'ulcère, soit l'infiltration *atonique* (2) de la cornée est la conséquence d'une conjonctivite

---

(1) Voir: *Annales d'Ophtalmologie*, année VIII, liv. IV.

(2) Appeler *atonique* l'infiltration cornéenne parcequ'elle est subordonnée à l'étranglement chémotique caractéristique d'un procédé éminemment hypersthénique me semble une expression tant soit peu impropre qu'il conviendrait peut-être de remplacer par le mot plus juste de *paralytique* comme exprimant mieux l'effet de la complication spéciale d'un mal qui est par lui même tout autre qu'atonique.

purulente. Malheur! selon lui et selon d'autres qui ont écrit sept après lui sur ce sujet, si en de telles circonstances on négligeait le *remède souverain* de la solution de nitrate d'argent appliquée au moyen du pinceau.

Nous nous exposerions, dit-il, à des désastres encore plus fréquents que ceux qui nous surviennent quelques fois, même quand on met toute la sollicitude possible dans l'emploi de ce remède, qui est selon son opinion, supérieur à tout autre connu ou conseillé jusqu'ici pour combattre ce genre de maladies.

Enfin, il n'en aurait pas même admis l'usage dans les *herpès de la cornée* ou kératites phlycténulaires associées à des phénomènes d'irritation ciliaire. Il est évident que toutes ces restrictions, inspirées sans doute au prof. Ravà par le principe théorique que dans les situations inflammatoires il est presque toujours dangerenx de se servir de topiques plus ou moins irritants, n'engagèrent pas les Italiens à expérimenter l'iodoforme dans tous les cas où il le disait contre indiqué, tandisque, soit en France comme en Angleterre, en Allemagne et dans d'autres pays, où l'on a toujours préféré à la thérapeutique dogmatique celle tirée des expérimentations empiriques, on n'eut point tant de scrupules, mais au contraire depuis 1878 (I. Hayes) jusquà ce jour (W. Mayweg) on a essayé et on essaie encore ce produit dans toutes les formes morbides où le prof. Ravà le déclarait proscrit *à priori*.

Nous pouvons ajouter que la plus part des quarantecinq auteurs étrangers énoncés dans la bibliographie digne d'éloges récemment mise au jour par l'estimable D.r Cicardi, médecin assistant de la Clinique oculistique de Pavie, outre d'affirmer d'un commun accord l'action inoffensive de l'iodoforme dans les graves affections de la conjonctive ou de la cornée font, qui plus qui moins, les éloges de l'efficacité modificatrice qu'apporte ce médicament surtout dans les cas, même aigus, où il existe une abondance particuliére de sécrétions anormales spécifiques, comme encore dans les cas chroniques de dégénération nutritive causée ou par l'influence délétère d'une infection ou par l'action paralysante du traumatisme ou par celle destructive d'un néoplasme hétérologue.

En effet, pour n'en citer que quelques uns, nous pourrons mentionner Landesberg qui n'a pas craint de baser ses expériences sur 1364 cas de maladies de tout genre, s'en servant

sous forme de poudre ou d'onguent à l'acide oléique ou mêlé au collodion (1). Hé bien, cet auteur, tout en déclarant de l'avoir trouvé souvent sans efficacité et quelques fois nuisible dans les conjonctivites catarrhales granuleuses et purulentes, de même que dans des cas de dacryocystite blennorrhagique, le proclame, par contre, très utile dans les cas de forme phlycténulaire de la conjonctive et supérieur à tous les autres remèdes usuels non seulement dans les cas d'infiltrations lentes de la cornée, mais encore dans ceux de l'herpès de cette membrane avec forte irritation ciliaire; il le reconnu très avantageux en plus de 60 cas de pannus cornéen, spécialement quand la conjonctive se trouvait plus ou moins endurcie par d'anciennes cicatrices; il déclara finalement que la thérapeutique avait fait une heureuse acquisition dans l'iodoforme pour le traitement de la xérophtalmie en l'appliquant soit en poudre, soit en pommade à l'acide oléique.

L'utilité de ce remède en thérapeutique oculaire a été longuement traitée en 1881 dans la session de la Société ophtalmologique d'Heidelberg. Ce fut alors que Brettauer annonça pour le premier d'avoir par l'iodoforme fait disparaitre une petite tumeur située devant l'insertion du droit inférieur chez un enfant de trois ans, tumeur qui avait récidivé après l'ablation au couteau et que le microscope avait révélée de caractère tuberculeux; à cette même occasion il citait un cas de trachome invétéré avec érosion récente de la cornée et deux cas de kératite interstitielle sclérosante où la transparence de la cornée avait été rapidement récupérée par l'emploi de ce médicament.

Horner assura également d'avoir obtenu d'excellents effets dans un cas d'affection tuberculeuse conjonctivale avec pannus de la cornée.

Leber confirma l'assertion de Brettauer, savoir que les aspersions de cet agent thérapeutique diminuent les sécrétions purulentes de la conjonctive, et Haose en recommande l'emploi dans la dacryocystite et dans les blennorrhées du sac lacrymal.

Un peu plus tard Grossmann de Liverpool (2) proclamait à plusieurs reprises les avantages de ce remède en poudre impal-

---

(1) Voir: *Philadelphia med. and. surg.*, Rep. 39, N. 18.
(2) Voir: *Ophtal. Review*, avril 1832.

pable dans le traitement des ophtalmo-blennorrhées et dans une polémique engagée avec Lange de S. Pétersbourg (1) qui en combattait les bénéfices dans les ophtalmies des nouveau-nés, il soutenait que les dommages proclamés par Lange, devaient dépendre sans doute de l'emploi d'un iodoforme non suffissamment pulvérisé, qui agissait par conséquent comme un irritant mécanique. Dujardin (2), Macouchie (3), et Milles (4) le déclarèrent très efficace dans ces affections, principalement si employé dès les premiers jours. Ficker (5) Manolescu (6) le recommandèrent dans le pannus scrofuleux et trachomatique, dans les affections du sac lacrymal, dans les kératites suppuratives, dans les blessures de la cornée, et comme antiseptique dans les opérations où Kacaourow (7) le reconnu également très avantageux. Fano mentionna un cas d'ulcère cancroïde de la paupière inférieure guéri par l'emploi de la poudre d'iodoforme (8).

Presque contemporainement Galezowski (9) expérimenta avec beaucoup de succès l'onguent d'iodoforme (1 sur 10 de vaseline) dans le traitement de l'ophtalmie croupale des enfants et Priestley Smith (10) écrivait d'avoir très rapidement guéri au moyen de la poudre impalpable d'iodoforme un cas d'ophtalmie gonorrhéique très aigu. Vers le même temps Meisser signalait le micrococus de la blennorrhagie, et Hoob, Hirschberg et Krauss le trouvaient dans les sécrétions oculaires (11).

Ce fut à cette époque que Grossmann ayant confirmé par ses observations microscopiques cette découverte se décida à essayer l'iodoforme dans les affections blennorrhagiques de l'œil et les résultats qu'il en obtint lui semblèrent une preuve évidente de sa puissante efficacité antiseptique. Dans un premier cas il s'agissait d'une ophtalmie gonorrhéique déjà compliquée

(1) Voir: *Petersbourg med. Wochenschrift*, S. 82.
(2) Voir: *The Opht. Review*, 1882.
(3) Voir: *The Opht. Review*, N. 10, pag. 271.
(4) Voir: *Ophth. Ospital Reports*, august. 1882.
(5) Voir: *Hirschberg Centralbl*, novembre 1882.
(6) Voir: *Prager Med. Wochenschrift VII*, N. 38, 39, 40.
(7) Voir: *Archives d'Ophtalmie*, janvier 1882.
(8) Voir: *Revue gen. d'Ophtalm*, janvier 1882.
(9) Voir: *Journal d'Oculistique*, octobre 1884.
(10) Voir: *Recueil d'Ophtal*, page 327, juin 1882.
(11) Voir: *Opht. Review*, mai 1882.

d'infiltrations et d'ulcères de la cornée; en peu de jours moyennant les pulvérisations d'iodoforme on obtint la cessation de la pyorrhée et l'on constata la disparition des micrococcus; dans huit cas analogues consécutifs on obtint par le même traitement un égal succès, et sur 39 enfants affectés d'ophtalmie purulente la même cure fut suivie de résultats rapides et excellents; l'auteur lui même, attaqué d'ophtalmie purulente, se guérit par un traitement similaire (1). Grossmann le trouva encore avantageux dans les affections catarrhales des voies lacrymales. Il se jugea donc autorisé à conclure que l'iodoforme est utile dans toutes les ophtalmies à suppuration abondante, en second lieu qu'il est destiné, comme l'avait conjecturé Leber, à prendre en oculistique la même place qu'occupe la médication de Lister en chirurgie générale. W. Mayweg à la réunion de 1884 de la Société Ophtalmologique d'Heidelberg parla longuement de la cure iodoformique dans les conjonctivites croupales et dans les diphthériques (2).

Il me semble que ces citations suffisent sans qu'il soit nécessaire d'en ajouter d'autres pour prouver que tout en devant à un italien l'initiative des applications de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, on doit par contre à la persévérance des étrangers, exempte de scrupules théoriques, le mérite d'avoir démontré par une longue suite d'expérimentations la valeur positive de ce nouveau remède et la multiplicité d'indications de son emploi dans le traitement des affections de l'œil.

II.

En conséquence des motifs que nous avons énoncés, les médecins italiens firent preuve de trop d'hésitation à agrandir la sphère d'applications de ce nouveau et précieux subside thérapeutique, aussi n'est-ce qu'en 1883 que nous voyons paraître les premières publications à ce sujet, des D.rs Guaita, Pereyra, Saltini, et, dans les deux années dernières, celles du prof. Secondi, du prof. Quaglino, des D.r Simi, Rampoldi et Cicardi.

Le D.r Guaita (3) fut le premier à faire connaitre un cas très intéressant de conjonctivite gonorrhéo-diphthérique guéri au

---

(1) Voir: *Annales d'Oculistique, Juillet*, Août 1882.
(2) Voir: *Annales d'Oculistique*, avril 1882.
(3) Voir: *Annales d'Ophtalmologie*, 9 mars 1883.

moyen de trois pulvérisations iodoformiques quotidiennes pendant six jours, et d'une seule pendant les douze jours suivants, tandisque le traitement employé auparavant avec le nitrate d'argent et l'incision palpébrale de Crampton n'avaient que rendu le mal plus grave, ou du moins n'en avaient pas arrété les progrès.

Pereyra (1) dit que ce remède trouve son application spéciale plutôt dans les maladies de la cornée que dans celles palpébrales ou conjonctivales. Il affirme d'avoir obtenu des résultats splendides dans les cas d'infiltrations, d'ulcères sthéniques et asthéniques, dans les tumeurs, dans les érosions superficielles, dans le pannus du trachome de la conjonctive etdans le kérato-hypopion. Il assure en outre d'avoir pu établir d'une manière certaine l'influence anesthésique de l'iodoforme dont il fit usage soit en poudre finement pulvérisée, soit en pommade.

Selon le même auteur une propriété très importante de ce médicament serait celle de provoquer la myosis et de diminuer la tension oculaire et il fait dériver cette efficacité d'une paralysie des filaments du sympathique, obtenant par l'expérimentation la confirmation de cette opinion. On aurait donc dans ce nouveau myotique un excellent succédané de l'ésérine dans les cas où cette dernière est contre-indiquée par suite d'une trop forte irritation de l'œil.

Le D.r Pereyra employa l'iodoforme dans trois cas de glaucôme de nature différente où l'ésérine avait été inutilement instillée et il en obtint une rapide cessation des douleurs et une diminution continue de la tension oculaire.

Le D.r Simi de Florence (2), dans une courte note aux observations sur le mémoire du D.r Grossmann, rapporte d'avoir obtenu une réussite splendide par l'usage de l'iodoforme dans un cas grave de kerato-hypopion, contre le quel on avait vainement exécuté l'opération de Saemisch. Plus tard, soit une année après (3), le même auteur partageant les idées de Pereyra conseillait l'iodoforme comme un des expédients qui, avec le massage et l'ésérine, peuvent constituer le traitement médical

---

(1) Sur quelques applications thérapeutiques de l'iodoforme. Voir le journal *Lo Sperimentale*, mai 1883.

(2) Voir: *Bulletin d'Oculistique*, 8 juin 1883.

(3) Voir: *Bulletin d'Oculistique*, juin 1884.

du glaucôme, à moins qu'il n'y aît indication formelle d'une opération chirurgicale.

Le prof. Secondi dans une note critique sur la méthode antiseptique dans les opérations de cataracte (1), s'est exprimé de la manière suivante:

« Dans la période de l'année scolaire qui vient de s'écouler « (1882-83) nous avons ajouté aux lavages boriques *l'iodoforme « réduit en poudre impalpable,* dont nous faisons une aspersion « dans le sac conjonctival sur la blessure cornéenne même, et « principalement sur l'angle interne de l'ouverture palpébrale « correspondant à la source lacrymale, et cela avant d'exécuter « le bandage. Nous fûmes induits à l'emploi de ce remède « par le besoin bien senti d'une substance antiseptique peu « soluble qui put par conséquent rester dans le sac conjonctival, « et par la constatation que, outre sa parfaite tolérance par « la conjonctive de l'œil sain, il trouve un passage facile dans « le nez par les conduits lacrymaux.

« Il nous a donc semblé qu'on devrait aboutir à la désin- « fection de la conjonctive et des voies lacrymales mieux qu'avec « les solutions par l'usage d'une poudre antiseptique. Le ban- « dage de l'œil est maintenu pendant quelques jours à la suite « de l'opération, en le renouvellant au moins chaque 24 heures. « Si par une cause anormale du cours de la maladie l'inspection « de l'œil n'est pas indispensable, le renouvellement du bandage « s'exécute en tenant les paupières fermées. En tout cas nous « faisons toujours les lavages des extrémités palpébrales qui, « légèrement décloses, permettent même l'introduction de la « poudre iodoformique dans le sac conjonctival et sur les parties « lacrymales. »

Ses prévisions ne furent pas trompées et comme preuve de l'efficacité de la médication iodoformique concoururent, selon lui, les bons résultats obtenus de l'opération dans certains cas où sa prudence clinique ne lui avait pas permis d'opérer précédemment.

Ce fut cette notice du prof. Secondi qui m'engagea à mettre en pratique sa proposition, quoique je ne fusse, comme je ne le suis encore aujourd'hui, pleinement convaincu de la conception théorique qui la lui avait suggérée; comme néanmoins

(1) Voir: *Annales d'Ophtalmologie.* Liv. VI, 1883.

les résultats que j'en ai obtenus sont entièrement conformes à ceux qu'il a relaté, je me réserve de donner d'une manière plus complète le résumé des plus intéressantes et plus éloquentes observations contenues dans sa publication lorsque je parlerai plus loin des épreuves satisfaisantes que j'ai faites *toujours sous le contrôle de collègues intelligents* aux quels je n'enseigne rien, mais qui sont mes compagnons de travaux et d'étude.

Peu de temps après l'apparition du mémoire du professeur Secondi, son illustre collegue le prof. Quaglino publia à son tour au sujet des antiseptiques dans la cure postérieure à l'extraction de la cataracte des considérations pleines de bon sens, assaisonné de sel attique, dans le but spécial de stigmatiser l'exagération de quelques modernes écrivains qui veulent attribuer les désastres immédiats ou les insuccès consécutifs à l'extraction de la cataracte, non point au peu de capacité de de l'opérateur ou au défaut de procédés opératoires, mais à l'influence de ces êtres parasites baptisés par les naturalistes des noms de microbes, bacilles, vibrions, nageant dans l'atmosphère, qui déposés sur les lévres de la blessure ou à l'intérieur de l'œil en détermineraient la suppuration subite ou la déstruction par la voie des lents procédés inflammatoires (1).

Selon cet illustre ophtalmologue une des conditions les plus importantes pour la bonne réussite des opérations de cataracte consiste dans le choix du procédé opératoire le mieux adapté aux circonstances personnelles du malade. Je crois en effet, moi aussi, que lorsqu'on est à même de pouvoir exécuter de nombreuses opérations, comme cela arrive dans les grands centres de population et dans les grandes cliniques, le choix entre les diverses méthodes consacrées par la science et par l'expérience de celle qui dans chaque cas ou groupe de cas répond mieux aux conditions particulières et relatives à l'âge et à la constitution des malades, à la forme de l'œil et de l'orbite, à la nature spéciale de la cataracte, aux précédents éventuels et aux complications morbides du moment, est certainement le système le plus rationnel et le plus apte à obtenir le plus grand nombre de résultats heureux, tandisque d'autre part c'est un système non moins défectueux celui de sacrifier le choix de la méthode

(1) *Gazette des Hôpitaux*, N. 27, février 1884.

à ce qu'on appelle les exigences du savoir, c'est à dire en pratiquant sans indication spéciale tantôt l'un tantôt l'autre des divers procédés opératoires, tout comme s'il s'agissait de faire des démonstrations sur un cadavre, car de la sorte on va facilement au devant du danger d'obtenir de chacune de ces méthodes, d'un choix défectueux, un certain nombre d'insuccès, qui, additionnés ensemble, doivent nécessairement fournir à la statistique un total fort peu satisfaisant.

Cependant, dit le prof. Quaglino, quelle que soit la méthode adoptée, celui qui a plus d'aptitude aux opérations chirurgicales, sûreté de main, bonne vue, sang froid et suffisant exercice obteindra toujours des résultats supérieurs à ceux d'un néophite à qui fait défaut l'opportunité d'opérations fréquentes et qui se laisse abbattre par le plus petit accident.

Cela est naturel et indéniable, mais je ne crois pas que ce soit un argument qui infirme le moins du monde la théorie qui attribue à l'influence parasitaire la cause de certaines réactions spéciales, consécutives à l'opération de la cataracte et qui conseille l'emploi des expédients antiseptiques dans le but de détruire cette influence ou pour en diminuer les effets nuisibles, car ce ne sont pas les néophites qui inventèrent ou acceptèrent cette théorie et ses principes, ce ne sont pas des néophites les savants de toute l'Europe qui prirent à charge de la mettre à l'épreuve, ni ceux qui parmi nous la soutiennent et la maintiennent en la proclamant très utile dans ses conséquences pratiques. Par contre toutes les considérations exposées ensuite par le prof. Quaglino sont tellement sensées et posent la question dans des termes si justes que je me réserve de les résumer plus loin, lorsque je me permettrai d'exprimer ma manière de voir sur la médication iodoformique employée successivement à la plus part des opérations de chirurgie oculaire. Je ne puis m'empêcher cependant d'observer dès à présent, relativement à ce qu'il dit sur l'application de l'iodoforme aux individus opérés de cataracte, que la proposition du prof. Secondi n'avait et n'a, selon moi, aucune valeur encourageante par le nombre des 59 cas rapportés, car il est persuadé, comme je le suis et comme le sont sans doute la plus part des praticiens, au sujet de l'opinion de Graeffe, que la statistique en chirurgie oculaire n'a point de valeur sérieuse et absolue, si elle n'est basée sur quelques milliers de cas du même genre. La valeur

encourageante de cette proposition découle de la nature toute spéciale des cas presque exceptionnels mentionnés, dans les quels la médication iodoformique lui procura un bénéfice incontestable de l'opération dont précédemment et sans ce remède il n'aurait pas même tenté l'exécution.

Quelques mois après la publication de la notice du prof. Quaglino, le D.r Saltini assistant de la Clinique oculistique de Modène, rendait compte des études faites conjointement avec le prof. Manfredi sur les effets du remède en question. En commençant sa relation il fait noter que l'emploi de l'iodoforme très finement pulvérisé, et appliqué au moyen du pinceau, comme c'est l'usage pour le calomel, ne leur donna jamais l'occasion de constater des cas d'intolérance ou de spéciale iodosyncrasie ; il déclare au surplus que même dans les circonstances où le médicament fut employé à une dose plus forte que d'habitude, ils n'eurent jamais à vérifier d'accidents ou des complications telles à les obliger d'en suspendre l'usage. Cette circonstance les a naturellement encouragés à en tenter d'abord l'application dans les conjonctivites phlycténulaires et dans celles granuleuses avec pannus cornéen, mais les résultats ne les engagèrent pas à poursuivre leurs expériences. Toute fois chez une jeune fille atteinte depuis plusieurs mois d'un *trachome* diffus à l'œil gauche, compliqué d'un grave épaississement de la conjonctive palpébrale supérieure, l'application journalière d'une mince couche de poudre iodoformique maintenue en place par un bandage pendant quelques heures sembla exciter sensiblement l'absorption des granules trachomateux, de sorte que quelques semaines après l'épaississement conjonctival se trouvait notablement diminué. Dans ce cas cependant comme le traitement à l'iodoforme avait été précédé d'une méthodique application d'acétate de plomb pulvérisé, on ne saurait attribuir entièrement à l'iodoforme la véritable et rapide amélioration obtenue, d'autant plus que dans les autres cas de *trachome* l'usage de l'iodoforme n'amena aucune variation sensible dans le cours et l'état de la maladie.

Ensuite, sans tenir compte de 30 et plus de cas d'ulcères cornéens simples, circonscrits aux marges et à fond plus ou moins infiltré, exclusivement traités par l'iodoforme et tous guéris dans une période variable de 15 à 20 jours, mais qui selon ces auteurs seraient également guéris par le moyen

d'autres agents et peut-être aussi par le seul emploi du bandage, le D.r Saltini relate succintement quatre cas de kératoiridites graves avec hypopion, dont deux en outre compliqués de blennorrhée du sac lacrymal dans les quels l'efficacité des pulvérisations iodoformiques se manifesta très rapidement. Dans ces derniers cas, vu que l'iodoforme ne fut pas adopté dès le principe, mais seulement après que les moyens ordinaires appliqués d'abord n'eurent apporté aucun résultat, on est fondé à attribuer à la médication iodique la rapide désinfection des ulcéres, qui de grisâtres et infiltrés devinrent nets et transparents s'accheminant ainsi à une immédiate cicatrisation. En outre dans deux de ces cas le médicament parut agir comme sédatif, puisque d'après les patients eux-mêmes les vives douleurs éprouvées se calmèrent et cessèrent enfin de suite après son application, de telle sorte que les patients en requirent le lendemain la rénovation. Malheureusement néanmoins dans plusieurs autres cas de même nature et tout aussi graves l'efficacité de l'iodoforme fit complétement défaut.

Je me demande donc, ces cas négatifs et ceux peu satisfaisants exposés successivement par l'auteur, auront ils suffi pour leur faire abandonner toute épreuve ulterieure dans des cas analogues, ou bien les auront-ils renouvellées pour s'assurer si l'efficacité de ce remède est vraiment exceptionnelle dans une certaine série de formes morbides et si dans d'autres cas son inefficacité ne doit pas être attribuée à une iodosyncrasie individuelle ou à l'imparfaite préparation du médicament ou bien encore à l'inopportunité d'en avoir fait usage conjointement à quelques autres préparations moins adaptées aux conditions spéciales de la maladie? Je me suis fait cette demande parceque je sais combien le prof. Manfredi est un observateur attentif, un expérimentateur exact éveillé et logique dan ses jugements et dans ses déductions, sobre et réfléchi dans ses conclusions. Mais la réponse me faisant défaut, je ne pouvais sûrément la trouver dans le Mémoire du D.r Saltini, par ce que ne rendant compte que d'une première série d'expérimentations établies sur un nombre limité de malades, avec une moyenne proportionnelle de bons résultats à peu près égale à celle des demi succès ou des issues négatives il y avait manque d'éléments suffisants pour baser un jugement définitif sur le plus ou moins d'efficacité de ce remède appliqué seul ou conjointément à d'autres

préparations pharmaceutiques. Dans ce cas il était naturel que le D.r Saltini se bornât à déclarer *qu'il n'était absolument pas dans le cas de donner une entière confirmation aux succès obtenus par d'autres moyennant l'iodoforme, soit dans les kératites et ulcères cornéens, soit dans les diverses affections de la conjonctive et des paupières.*

Le D.r Rampoldi au contraire, qui depuis plus de trois ans dirige en même temps la Clinique oculistique et la Division ophtalmique de l'hôpital civil de Pavie et qui possède en outre une ambulance, est réussi, comme il le dit lui-même, à soigner journellement plus d'une centaine de malades, a eu certainement l'occasion mieux que le prof. Manfredi et que beaucoup d'autres oculistes, d'expérimenter sur une vaste échelle les vertus thérapeutiques de l'iodoforme. Est-ce peut-être pour cette raison qu'il a pu arriver à des conclusions très différentes de celles énoncées ci-devant, et presque entièrement conformes à celles des auteurs étrangers que j'ai cités précédemment. En effet, dans sa récente notice à ce sujet, il conclut que *l'iodoforme n'est pas un de ces nombreux remèdes qui même dans la thérapeutique oculaire font une courte apparition, introduits par la manie de la nouveauté plus que par l'expérience scientifique corroborée par une salutaire pratique et que le temps impartial confirme, mais en vérité tel qu'il restera sur la tablette de l'oculiste parce qu'il possède des indications vraies et sûres.*

Il vaut donc la peine que je résume ici brièvement à l'appui de ma thèse, ce qu'il dit relativement à l'utilité de l'iodoforme me réservant de mentionner ensuite les doutes et les réserves qu'il manifeste au sujet de l'opportunité de ce remède en certaines contingences, opportunité admise par beaucoup d'auteurs et que j'ai eu moi-même l'occasion de confirmer.

Le D.r Rampoldi a expérimenté l'avantage de l'iodoforme en onguent dans l'état ulcéreux de la blépharite ciliaire, dans le tarse spécifique et hypertrophiant des scrofuleux, dans les rhagades des angles externes, sans cependant le trouver d'une efficacité supérieure à celle des autres onguents à base de précipité rouge ou jaune.

Il l'a employé avec succès sous cette forme, de même qu'en poudre, dans plusieurs cas de blépharite érysipélacée de caractère assurément infectif, consécutive à déchirement du sac

lacrymal par suite de catarrhe chronique, fistule ou tumeur.
« Lui qui soigne annuellement au moins une centaine de ces
« maladies, avant d'adopter le traitement iodoformique, avait
« constaté spécialment dans le courant du mois de septembre
« ou lorsque les journées étaient humides et nébuleuses la ma-
« nifestation de l'érysipèle accompagnée de fiévre ou de sym-
« ptômes tiphoïdes, lorsque la plaie (par suite de la déchirure
« et cautérisation successive du sac) tendait déja à guérison.
« Il observait en outre que lonqu'un malade était attaqué
« d'érysipèle infectif il y en avait toujours quelqu'autre frappé
« en même temps de conjonctivite purulente, à tel point que
« l'œil attaqué, malgré un redoublement de soins, finissait
« presque toujours par être perdu. Au contraire, depuis qu'il se
« mit à faire un usage méthodique de l'iodoforme dans le traite-
« ment des fistules, catarrhes et tumeurs lacrymales opérées d'in-
« cision et cautérisation il n' eut plus à vérifier l'ophtalmie
« purulente si redoutée, et deux fois seulement il vit se répéter
« l'érysipèle qui, soigné à temps fut vaincu. Faisant précéder
« quelques injections d'acide borrique, même avant la chute de
« l'eschare, il introduit dans la cavité du sac de la poudre
« d'iodoforme au moyen d'une petite cuiller. Selon lui, cette
« poudre désinfecte la partie; agissant sur les capillaires (qui
« se brisent souvent et répandent du sang) elle fait affluer
« une plus grande quantité de sang artériel; l'eschare se dé-
« tache, la suppuration, si elle existe, cesse presque complè-
« tement et la plaie se cicatrise bientôt. Enfin l'ouverture se
« rétrécissant de plus en plus, il y introduit des pistils con-
« fectionnés avec de la dextrine ou de l'amidon et de l'iodo-
« forme, maléables, élastiques, de forme conique qui bouchent
« entiérement la plaie et y restent fixés; puis il enduit toute
« la partie médicamentée d'onguent iodoformique recouvert
« de coton et de gaze hydrophiles ce qui aide à la préserver
« des nuisibles influences extérieures. Par le moyen de ce
« simple traitement il n'a plus à se plaindre d'inconvénients
« quelconques, même avec des malades qui ne fréquentant que
« simplement l'ambulance échappent en conséquence à sa vi-
« gilance curative. »

« Tonjours selon lui, ce remède tant en poudre, qu'en pom-
« made et en pistils est d'une utilité reconnue dans les plaies
« palpébrales par suite de dartres récentes ou anciennes ou

« d'ostéopériostites traumatiques ou scrofuleuses du cil orbi-
« tal, par ce qu'il prévient la rétraction des paupières ou tout
« aumoins prépare un terrain mieux disposé à recevoir des
« greffes ou des transplantations dermiques destinées à éviter
« les ectropions possibles. Dans ces mêmes opérations, ajoute
« l'auteur, pratiquées dans le but de corriger les susdites dif-
« formités palpébrales, il est très avantageux de se servir de
« l'iodoforme en poudre très fine sur les surfaces récemment
« ensanglantées; dans les sinus fistuleux qui déjectent des ma-
« tières putrides de la cavité orbitale, les pistils iodoformiques
« peuvent être utilement employés dans le double but de main-
« tenir ouverte et toujours désinfectée la voie d'écoulement des
« humeurs nuisibles; dans un cas même de grave cangrène
« des paupières, par suite de pustules charbonneuses, le se-
« cours de l'iodoforme a largement contribué à une rapide et
« complète guérison. »

Toujours selon M.r Rampoldi, l'iodoforme en poudre impalpable sert également dans la conjonctivite purulente des nouveau-nés et des adultes, dans celle que quelques praticiens appellent *proliférante*, dans la granuleuse aiguë récidive avec pyorrhée, dans certains ulcères végétants de la conjonctive palpébrale, habituelle chez les scrofuleux, ainsi que dans ceux de caractère syphilitique et tuberculeux, dont il cite plusieurs cas en déclarant que les résultats obtenus par le traitement iodoformique furent satisfaisants. Néan moins, lui aussi, de même que le prof. Ravà, le prof. Manfredi et plusieurs autres, malgré, qu'il ait constaté que l'iodoforme dans les ophtalmo-blennorrhées *n'irrite pas la muqueuse qu'on peut l'y laisser séjourner entre une médication et l'autre sans inconvénient, qui s'oppose au développement et à la diffusion des principes septiques, modifiant non seulement l'aspect mais encore les propriétés chimiques des sécrétions*, lui aussi, dis-je, ne sait pas abandonner l'emploi du nitrate d'argent qu'il appelle remède par excellence dans ces sortes d'ophtalmies, et il se borne à qualifier l'iodoforme d'*aide utile*.

Il l'a en outre reconnu bienfaisant dans les diverses espèces d'*ustions* de la *conjonctive* parce qu'au moyen des larmes et du mucus il s'y étend en guise de cirage lorsqu'il est employé en poudre et il prévient de telle sorte les symblépharons si, toutefois, il n'y a pas une trop grande perte de substance. De

même encore il s'en est servi avec avantage dans quelques *destructions des ptérygions* pour les quels il devait néanmoins exécuter des *conjonctivales plastsiques,* comme en outre pour le traitement d'un *ulcère tuberculeux de la conjonctive palpébrale* préalablement extirpé au moyen du couteau.

Enfin il en a encore constaté les bénéfices dans le traitement des ulcères engourdis de la cornée, compliqués ou non d'hypopion et mieux encore dans le véritable *kérato-hypopion* traumatique ou spontané, *cas dans les quels,* selon lui, *l'aspersion du remède excite la nutrition du tissu et s'oppose à cette espèce d'auto-infection qui survient quand les éléments primitifs, chez certains sujets cachectiques, marchent à la décomposition plus rapidement que ne le comporte leur maturité physiologique.*

Mais ici encore il pose des restrictions qui ne me paraissent pas suffisamment justifiées et dont j'aurai l'occasion de parler plus loin.

Le docteur Cicardi médecin assistant de la Clinique et du Compartiment oculistique de l'hôpital de Pavie a publié plus récemment une espèce de seconde édition de cette importante notice de son chef infatigable et dans cet écrit il rapporte avec une majeure ampleur de détails les applications plus importantes qu'il a vu opérer dans certaines maladies des paupières et du sac lacrymal, ainsi que dans différentes variétés d'ophtalmoblennorrhées et dans quelques unes des plus graves affections primitives de la cornée (1).

Quant à l'utilité de l'iodoforme comme subside propre à hâter et rendre plus régulières ou moins difformes les cicatrisations qui font suite aux plus importantes opérations qu'on peut exécuter sur les paupières ainsi que sur la conjonctive et sur les muscles de l'œil, telles que celles de l'ectropion, de l'entropion du trichiasis, du distichiasis, l'exportation des ulcères tuberculeux ou cancéreux, l'extraction des chalazes, des ptérygions et autres tumeurs similaires, de même que dans les opérations de strabisme, le D.r Cicardi ne fait que corroborer les affirmations émises par le D.r Rampoldi, relatant plus minutieusement les faits énoncés par ce dernier et en en ajoutant quelques autres non moins importants. Il résume

(1) Voir: *Annales d'Ophtalmologie,* XIV année, livr. 2 et 3.

par contre assez succintement ce que son supérieur avait largement développé dans son mémoire en parlant de l'iodoforme dans le traitement des maladies du sac lacrymal. Mais où il se montre plus explicite et plus accentué que son maître c'est lors qu'il déclare que l'*iodoforme est vraiment un remède souverain dans les affections conjonctivales suppuratives*, tandisque le D.r Rampoldi attribue encore cette efficacité suprême au nitrate d'argent.

« Quant on pense, dit le D.r Cicardi, que le 50 pour 100 des « aveugles recueillis dans les hospices de bienfaisance sont « victimes de cette terrible maladie et que *les moyens em-* « *ployés contre elle jusqu'à ce jour n'eurent dans beaucoup de* « *cas que des résultats insuffisants*, on ne peut faire à moins « d'affirmer, que l'*emploi de l'iodoforme dans ces cas a été un* « *vrai progrès dans la pratique oculistique*. C'est un fait at- « testé, ajoute-t-il, par les observations d'une multitude d'ophtal- « mologues distingués et par la concordance des brillants ré- « sultats qu'ils ont obtenus et qui sont confirmés par les « nombreux exemples d'ophtalmo-blennorrhées des nouveau- « nés et par les conjonctivites catarrhales aiguës avec sécrétions « abondantes chez les adultes et enfin par les conjonctivites « purulentes, chez les adultes encore, que je relève du régistre « de notre ambulance ou des récits de ces affections traitées « soit dans les salles hospitalières, soit à la Clinique de Pavie, « les quelles par suite des rapides et brillants résultats obtenus « ne laissent aucun doute sur la valeur de ce remède. »

De ces *nombreux exemples* il n'en rapporte, pour être bref, que deux seulement, mais d'une éloquence à tel point significative qu'elle justifie pleinement ses assertions.

Relativement à la cornée, il répète, lui aussi, que dans toutes les affections de cette membrane transparente où il y a suppuration abondante et tendance à la nécrose, la nécessité d'exciter la nutrition des parties, de favoriser l'élimination des lambeaux du tissu mortifié ou de contrecarrer une progression septique maintenue par ces lambeaux ou par leurs parties voisines, l'oculiste trouve dans l'iodoforme un secours prompt et efficace.

Il semble enfin plus favorable que son maître à l'emploi de ce remède chez les sujets opérés de cataracte, comme il est aisé de le conclure par la déclaration suivante: « Même dans

« ces cas d'extraction de la cataracte où se manifeste acciden-
« tellement la suppuration des marges cornéennes ou bien
« quand on a, soit localement, soit dans l'état général du ma-
« lade des motifs sérieux d'en craindre l'apparition, l'emploi
« de l'iodoforme en poudre est indubitablement indiqué. »

III.

Ayant terminé de résumer le mieux qu'il m'était possible les travaux publiés jusqu'ici par les oculistes italiens et étrangers sur les applications de l'iodoforme en thérapeutique oculaire, je parlerai maintenant des résultats que j'en ai obtenus moi-même, commençant par signaler que la forme sous la quelle ce remède m'a semblé démontrer majeurement son efficacité dans la plus part des affections morbides où il a été prescrit par un grand nombre de médecins, ce fut sous celle de poudre finement porphyrisée par le moyen de l'éther. Ce qui m'a induit à cette préférence c'est d'abord l'observation expérimentale confirmée non seulement par ceux qui soutiennent la valeur sérieuse et constante de ce médicament, mais encore par ceux qui en ont mis en doute l'efficacité ou qui lui ont attribué une vertu limitée et accidentelle, pour ne pas dire exceptionnelle, c'est à dire par l'observation expérimentale que sous une telle forme il est très bien toléré par la conjonctive et par la cornée d'un œil sain ou récemment opéré de cataracte ou d'iridectomie, ainsi que par une conjonctive ou une cornée envahie par une phlogose grave et virulente, de même que par des processus asthéniques ou paralytiques avec tendance microbiotique. Ce fait expérimental déjà constaté par Grossmann eut pour moi sa contre-épreuve dans l'observation en contradictoire que j'eus l'occasion de faire quelques fois non seulement sur des malades de ma Clinique, mais principalement sur ceux de ma clientelle particulière, savoir que, si l'iodoforme employé à l'institut ou par mes clients du déhors était accidentellement altéré ou insuffisamment réduit par l'éther on vérifiait bientôt une recrudescence dans les symptômes et dans les signes caractéristiques du développement morbide que nous voulions soigner par l'usage de ce remède, recrudescence qui cessait aussitôt pour faire place à une amélioration évidente dès que nous nous servions d'iodoforme plus finement pulvérisé, c'est à dire exempt de ces petits cristaux brillants

qui sont l'indice d'une porphyrisation insuffisante et qui le rendent mécaniquement irritant plus que chimiquement utile. La tolérance du remède sous cette forme une fois établie, il était logique qu'il fut préféré pour obtenir de l'expérimentation les réponses les plus sûres et les plus directes sur ses diverses propriétés medicamenteuses, tandisque lorsqu'il était associé sans une nécessité spéciale à un ingrédient quelconque celui-ci en l'atténuant par trop ou en modifiant éventuellement ses propriétés chimiques devait rendre le remède moins apte à manifester son efficacité. En effet, quoique parmi les prôneurs de l'iodoforme il y ait ceux qui le conseillent et s'en servent presque exclusivement sous forme d'onguent, par contre nos meilleurs oculistes et ceux de l'étranger qui en ont majeurement dilaté l'application avec de bons résultats, donnent la préférence à la forme poudreuse, réservant les autres systèmes d'emploi à des affections où il était impossible ou tout au moins difficile de se servir de la poudre.

Je crois au surplus que même le prof. Ravà qui mit tant d'étude et donnait une si grande importance au choix de l'ingrédient pour servir à mieux partager et à distribuer plus uniformément l'iodoforme, dans la crainte qu'il ne fut trop décomposé ou altéré dans ses propriétés chimiques par cette association n'aurait pas mis, par suite d'un préjugé trop naturel, sur ses vertus thérapeutiques autant de restrictions à l'usage de ce médicament, que pour le premier il introduisit dans la thérapeutique oculaire, s'il avait osé répudier tout ingrédient et employer la poudre réduite par l'éther à la majeure division possible.

Comme il ne se servait au contraire que d'une partie d'iodoforme en l'incorporant à 12 et même à 16 parties de simple graisse il devenait tout naturel que le remède ainsi atténué dût en toute circonstance réussir moins actif et que par suite son efficacité restreinte, dans certaines formes morbides ou dans quelque circonstance plus grave de la maladie, fût considérée comme un indice de son influence pernicieuse ou tout au moins dangereuse.

A mon avis, nous aurions une preuve de ce fait en ce que bien longtemps avant d'en arriver à faire usage de la poudre d'iodoforme finement réduite, les oculistes qui firent des expériences après le prof. Ravà moyennant l'onguent préconisé se

limitèrent à diminuer la proportion de saindou pour augmenter celle de l'agent chimique.

Il est notoire que tandis que Landesberg, Galewzoski, Horner et d'autres conseillaient un onguent plus saturé, c'est à dire composé d'une partie d'iodoforme sur dix de vaselline, Stadierski, Grossmann et d'autres encore en faisaient utilement usage dans la proportion d'un sur neuf et même sur six du susdit ingrédient, et le D.r Simi, comme le D.r Pereyra, le trouvèrent très efficace et fort bien toléré à la dose d'une partie d'iodoforme sur trois de vaselline. Au reste ces mêmes auteurs comme ceux que j'ai mentionné précédemment, qui reconnurent dans l'iodoforme, outre la vertu aseptique et antiseptique, plusieurs autres propriétés chimiques et dynamiques en conséquence des quelles il purent le déclarer très avantageux dans des circonstances morbides de l'œil complètement disparates entre elles, n'en seraient pas arrivés à leurs conclusions s'ils n'en avaient fait usage sous la forme de poudre très fine comme la plus apte à exercer librement, sans obstacle et sans atténuation sa double action chimique et dynamique dont les effets sont différents selon la nature des éléments histologiques et des produits morbides sur les quels elle doit porter son influence modificatrice.

Par ces motifs, moi aussi comme tous ceux qui expérimentèrent l'iodoforme avec le courage raisonné de la conviction plutôt qu'avec la timidité méticuleuse de la défiance, j'ai toujours préféré cette forme chaque fois que j'ai voulu appliquer ce remède au traitement de certaines affections graves de la conjonctive et de la cornée. Jamais enfin je ne me suis préocupé de la mauvaise odeur qui lui est caractéristique, avant tout parce que je la trouvai moins répugnante lorsque la poudre est très minutieusement porphyrisée à l'héter et ensuite parce qu'en introduisant dans le vase qui la renferme quelques parcelles de fève du Tonca ou arrive à la masquer parfaitement sous une odeur presque agréable sans che le remède perde le moins du monde son efficacité ou qu'il devienne irritant.

Il est au contraire non seulement opportun, mais nécessaire de se servir de l'iodoforme en onguent quand il importe que le rémède, sans subir de dispersion inutile, reste plus longuement adhérent aux parties où il a été appliqué, soit encore

pour obtenir plus aisément les modifications locales qu'on désire, ou bien pour l'atténuer et le diviser suffisamment pour qu'il soit plus facilement absorbé en proportion utile et non éventuellement nuisible ou tout au moins dangereux.

Il est principalement utile sous cette forme quand on veut l'appliquer sur la peau des paupières et sur les népitelles pour guérir ou améliorer rapidement certaines affections excoriatives qui se manifestent assez souvent chez les individus scrofuleux ou herpétiques, affections qui ne supportent point ou rendent inefficaces les autres pommades conseillées par les dermatologues dans des maladies similaires des autres parties de l'appareil cutané.

J'ai fait et fais encore usage de la pommade plutôt saturée (une partie d'iodoforme sur dix et même six de vaseline) dans les cas de blépharite ulcéreuse et d'eczema chronique des paupières rebelles aux autres onguents à base de nitrate d'argent ou de précipité rouge ou jaune. Ayant en outre observé que les modifications avantageuses obtenues par l'usage de cette pommade étaient plutôt rapides et que les effets en étaient plus constants et plus durables, j'en ai multiplié depuis peu l'application même dans les cas d'eczema dartreux aigu des sujets scrofuleux, ne le limitant pas aux paupières mais le répandant sur toute la surface et plus spécialement sur les lèvres qui se tuméfient considérablement et deviennent, si l'expression m'est permise, presque ectropiques. Or je puis affirmer que ce traitement alterné avec des cataplasmes de farine de lin abondament huilés est absolument d'une efficacité surprenante qui surpasse celle de tous les autres expédients conseillés jusqu'ici, par le motif en outre qu'il ne cause ni douleur, ni rétraction, ni dépression à la peau, ni ces taches cicatricielles qui étaient les suites presque constantes de cette maladie cutanée quand elle était abandonnée à elle même ou traitée par les remèdes dont j'ai fait mention précédemment.

Ces résultats m'ont prouvé, en premier lieu, que l'iodoforme n'est pas irritant par lui même puis qu'il est toléré même dans les dermatoses accompagnées des symptômes évidents et des indications inflammatoires, mais qu'au contraire il doit avoir une vertu sédative et anesthésique s'il ne produit ni gêne ni douleur lorsqu'il est appliqué sur la peau excoriée ou profondément ulcérée où les extrémités des nerfs sensitifs sont presque

dénudées de leurs tissus naturels de protection; en second lieu je crois qu'il doit indubitablement posséder une efficacité antiseptique s'il réussit à modifier rapidement un progrès éminemment septique tel que l'eczéma dartreux des nouveau-nés et des jeunes enfants; troisièmement que, s'il réussit si bien à résoudre même les graves tuméfactions du derme, ces effets calmants dénotent une absorption partielle du remède qu'il est facile dans ces circonstances de constater au moyen de l'analyse des urines, surtout s'il est vrai, comme l'assure le professeur Ravà sur la foi de Maitre et de Moleschott, qu'à la suite de l'application de l'iodoforme l'élimination de l'iode par les urines ne finit que trois jours après et se prolonge quelque fois jusqu'au cinquième jour.

J'ai dit d'avoir trouvé très avantageux l'emploi de l'onguent iodoformique dans le traitement des blépharites ulcéreuses et eczémateuses rebelles aux autres pommades mises précédemment en usage dans ce genre de maladies, mais je ne voudrais pas que l'on entendit par là que, selon moi, quand ces dernières restent sans effets, l'autre au contraire est toujours efficace, ni même qu'on puisse croire qu'il n'y a aucune opportunité de se servir de l'onguent iodoformique lorsqu'on juge que les autres peuvent être suffisants. Le fait est que je fis mes premiers essais de la pommade iodoformique précisément dans des cas ou les autres onguents n'étaient par tolérés ou bien lorsque leurs avantages n'étaient que minimes ou temporaires et que j'obtins du premier des résultats le plus souvent rapides et durables aux quels les autres n'avaient pu aboutir. J'ai néanmoins observé plusieurs cas également rebelles à l'iodoforme comme aux autres remèdes, et qui après une première amélioration successive à l'emploi du nouveau médicament restaient plus ou moins longtemps stationnaires; j'en revenais alors aux onguents à base de mercure ou de nitrate d'argent qui n'avaient d'abord produit aucun effet et j'en obtenais des résultats inespérés et même radicaux. Je pourrais répéter à cet égard ce que dit fort censément le D.r Rampoldi, qu'il n'est pas toujours possible de donner une raison congrue des résultats différents qu'on obtient dans un même genre d'affections d'un remède ou d'un autre chez divers individus. Il me semble pourtant qu'en général l'onguent iodoformique réussissait plus efficace lorsque la blépharite et l'eczéma diffus et

étendus même à toute la face étaient dans l'état irritatif associé à de fortes douleurs nerveuses, ou bien encore lorsque l'affection cutanée était évidemment accompagnée à des altérations quelconques des petites glandes qui ont leur siége dans le derme. Cette circonstance confirmerait donc ce que j'ai dit précédemment, savoir que l'iodoforme sous forme d'onguent outre de conserver son immédiate efficacité sédative est absorbé plus facilement que d'autres remèdes qui ont comme lui un action calmante et qu'il produit par conséquent des effets plus prompts et d'une durée plus longue. C'est peut être pour cela que l'affection quand elle est traitée convenablement par ce remède se simplifie et qu'alors les autres agents d'abord inefficaces peuvent devenir utiles.

Quant à l'iodoforme sous la forme de *collodion classique* je n'en ai fait l'épreuve qu'une seule fois dans un cas de *lupus grave* de la joue compliqué par une conjonctivite herpètique, mais la malade outre de n'en avoir retiré aucun avantage en ressentit des tourments tels et si prolongés qu'il ne me vint pas la tentation d'en renouveller l'essai, donnant ainsi raison au prof. Ravà qui déclarait que ce remède devait être bani de la pratique, par ce qu'il ne se prête en aucune sorte aux applications oculaires et très peu à celles sur d'autres parties de la peau.

Des *pistils* ou *trochisques* d'iodoforme préparés avec la dextérine ou l'amidon, et qui furent, crois-je, préconisés et mis en usage pour la première fois par le D.r Rampoldi, je ne m'en suis servi également qu'une seule fois dans un cas très grave de *périostite de la région orbito-nasale supérieure* que j'avais néanmoins déja reduite à un bon état par l'usage des *petits cilindres capillaires* de nitrate d'argent. Ils m'aidèrent grandement à compléter la cure jusqu'à une guérison radicale, et, ce qui est surtout très important, sans provoquer la moindre douleur. Je me suis conséquemment décidé à en tenter de nouveau l'emploi à la première occasion propice qui s'offrira à moi afin de m'assurer s'il convient de les substituer ou simplement de les alterner aux tubes de nitrate d'argent qui sont d'une très grande utilité, mais très douloureux dans leur application.

Je les ai encore employé tout récemment, mais conjointément à la poudre, aux mouches et à l'onguent dans un cas de *cancroïde* ou *épithélioma* déja assez avancé de l'angle oculo-nasal

chez une femme d'âge moyen que m'avait adressée le très estimé D.r Brichetti de Varese pour la conseiller ou l'opérer s'il en était le cas. Je me crus permis de faire précéder l'opération par le traitement iodoformique par suite des résultats favorables rapportés à ce sujet par Brettauer, par Fano et par Hirschberg, et en conséquence dès le premier instant je commençai les simples pulvérisations; voyant cependant qu'elles étaient peu efficaces, quoique très bien tolérées malgré leur triple application journalière, je me mis à introduire dans le parenchyme des granulations cancroïdes quelques petits pistils préparés comme j'ai dit ci-devant et je complétai la médication par une bandelette boriquée et enduite d'onguent iodoformique assujetissant le tout par une bonne touffe de coton féniqué et par un bandage compressif.

Après un mois de cure les marges de l'ulcère s'affaissèrent et se rétrécirent, tandis que les granulations centrales s'applanissaient sans laisser d'effluve séreuse caractéristique, ce qui donnait au paravant à la plaie un aspect livide et hideux; la guérison paraissait assurée lorsque la malade dut se rapatrier. On m'a dit ces jours derniers qu'en continuant chez elle la cure locale associée à l'usage interne du chlorate de potassium elle est parfaitement guérie, ce que j'espère constater bientôt *de visu*, la malade ayant promis de revenir expressément pour se faire examiner.

Dans le traitement de la *tumeur lacrymale opérée* ou soit de la dacryocistite catarrheuse ou suppurative aiguë, j'ai entrepris depuis six ans déja d'appliquer successivement à la déchirure du sac lacrymal la poudre d'iodoforme en y joignant toute fois, dans le commencement surtout, une assez forte proportion d'alun (1 sur 10), encouragé à cela par la proposition insérée dans notre *Gazette des hôpitaux* par un auteur connu est respectable dont le nom m'échappe à cette heure. Avant cette époque, et depuis 1862 je préférais habituellement pour le traitement de ces formes morbides la cautérisation ou destruction du sac ou tout au moins de sa muqueuse, me servant presque toujours du trochisque au sublimé corrosif, de la manière que j'ai expliqué dans mon analyse critique de l'estimable ouvrage du prof. Manfredi sur *le traitement radical de la tumeur et de la fistule lacrymale* (1). Ce puissant caustique,

(1) Voir: *Annales universelles de médicine.* Année 1865.

qui est aujourd'hui considéré comme un aseptique souverain, adroitement mitigé par les ingrédients, localisait fort bien la cautérisation sans donner lieu ni à absorption dangereuse ni à dispersion pernicieuse pour la peau environnante, et produisait assez rapidement la destruction et l'élimination du contenu morbide ainsi que des parois du sac, de sorte qu'on obtenait généralement la guérison radicale avec un simple résidu d'épiphore, rarement fatiguante.

Il survenait quelques fois des récidives ou recrudescences d'inflammations causées par l'incomplète élimination de l'eschare à la suite d'une trop rapide cicatrisation de la blessure cutanée ou encore par la complication de caries ou périostites de l'unguis, mais elles n'étaient certainement ni plus fréquentes ni plus graves que celles qui se manifestent quand on emploie le beurre d'antimoine ou tout autre caustique, même dans les cas où la cautérisation à été précédée on suivie de sondages plus ou moins fréquents dans le but de vaincre les resserrements réels ou supposés du conduit nasal. Il ne m'est jamais arrivé après l'application des trochisques au sublimé de voir l'érysipèle flegmoneuse des paupières compliquée de symptômes typhoïdes et suivie d'ophtalmo-blennorrhée, que le D.r Rampoldi a observée chez plusieurs de ses patients qu'il avait cautérisés au moyen du beurre d'antimoine, comme il ne m'est jamais survenu le malheur plus grave, quoique exceptionnel, qui advint à un autre oculiste distingué de voir succomber la malade par suite de méningite aiguë, 48 heures après l'instillation de ce caustique dans le sac lacrymal.

Néanmoins les souffrances dont se plaignaient en général, surtout dans les premières 24 heures, les malades aux quels je faisais l'application des trochisques étaient tellement aiguës et à tel point énorme l'enflure des paupières que, si l'expérience ne m'avait pas démontré que ce n'était qu'une réaction tumultueuse, mais toujours temporaire et jamais nuisible, j'aurais volontier délaissé ce mode de traitement pour en revenir à l'ennui prolongé et aux plus petites douleurs des autres moyens mécaniques et chimiques dont on faisait usage par le passé et dont se servent encore aujourd'hui ceux qui ne sont pas persuadés qu'il vaut mieux détruire un organe qui, outre à l'impossibilité de remplir ses fonctions physiologiques, ne fait que produire peines et tourments. Aussi me trouvais-je fort joyeux,

quoique auparavant il ne me fut jamais arrivé d'accident sinistre, en lisant que l'emploi de l'*iodoforme* pouvait obtenir sur la muqueuse du sac lacrymal altérée par des processus végétatifs ou suppuratifs, des modifications suffisantes pour lui rendre ses fonctions normales sans recourir à l'*ultima ratio* de la destruction chimique ou de l'ablation chirurgique.

Je me disposai donc à faire les premières applications de ce mélange d'*iodoforme* et d'*alun* sur les malades du Dispensaire, choisissant d'une manière spéciale les cas de *tumeur lacrymale*, où la mitigation du processus catarrhal du sac et son ectasie limitée semblaient m'indiquer qu'il n'était besoin ni dé recourir à la mesure radicale de destruction de la muqueuse par les agents caustiques, mesure adoptée dans les cas graves par la pluralité des oculistes, ni à celle plus radicale encore, recommandée en Italie par Gioppi d'abord et aussi, me semble-t-il, par Gradenigo, puis par Del Monte et Castorani, c'est à dire à l'extirpation de l'entière vésicule lacrymatoire.

Dès les premières expérimentations je constatai que ce mélange était avant tout inoffensif, c'est à dire qu'il ne provoquait de réaction d'aucune sorte et ensuite que l'anomale sécrétion catarrhale ou puriforme, qui est le produit principal et caractéristique de la maladie, diminuait assez rapidement, mais se ravivait également vite si par hazard je suspendais pendant quelques jours l'application de cette poudre. J'essayai de réduire de plus en plus la proportion de l'alun en augmentant au contraire celle de l'iodoforme jusqu'au point de me servir de ce dernier tout seul, et alors, outre l'absence de toute réaction, je notai que le catarrhe ou la purulence cessait assez tôt ou se calmait *presque complètement*, selon l'heureuse expression du D.r Rampoldi, et je relevai en plus qu'en répétant quelques fois une identique médication l'ectasie même ou la tension du sac causée et entretenue par les excroissances fongueuses ou granulations qui en obstruaient l'ouverture se réduisaient en fort peu de temps donnant lieu à une cicatrisation rapide et souvent précoce de la blessure cutanée plus ou moins large, préalablement pratiquée pour faire évacuer du sac sa putride récolte. J'ai dit que la cicatrisation obtenue était quelques fois précoce, par ce que quand elle se formait lorsque les conditions anomales de la muqueuse n'étaient pas encore assez profondément et suffisamment modifiées elle laisait prise à de

nouvelles recrudescences catarrhales qu'il fallait ensuite traiter par de nouvelles excisions et par des cautérisations successives ou par de nouvelles applications de la poudre iodoformique.

Ces premiers résultats m'engagèrent à tenter le même moyen dans les formes plus graves de la *dacryocystite suppurative*, mais comme simple complément à la cure par les trochisques de sublimé, mis dabord en usage, et il me sembla que la chute de l'eschare produite par le caustique ainsi que la réduction et la réparation de la plaie fistuleuse qui en résultait se manifestassent d'une manière plus rapide et plus régulière.

Plus tard j'essayai de m'en servir dans des cas très graves sans y faire précéder la cautérisation et les résultats furent également tout aussi satisfaisants, surtout si j'avais l'insistance de répéter l'introduction de la poudre iodoformique autant que le consentait l'ouverture antérieure du sac, que je m'efforçais de maintenir béante le plus longtemps possible par l'intromission de charpie malaxée avec de l'onguent iodoformique, ou par l'application de petites touffes de coton phéniqué. Cependant lorsque l'introduction de l'une ou des autres n'était plus possible, et si par l'aspect des lévres de la blessure extérieure, ou par la nature de l'humeur qui en découlait j'avais un motif pour croire incomplète la réduction ou l'élimination des produits morbides, ou bien encore s'il y avait un reste de complication de la péryostite ou de la carie de l'unguis je terminais le traitement par une profonde cautérisation moyennant de très minces cannelettes d'iodure d'argent. Lorsque je lus enfin dans l'importante notice du D.r Rampoldi la proposition d'utiliser les *pistils d'iodoforme* dans le but de modifier ou dépurer les plaies sinueuses ou fistuleuses, je me décidai tout de suite à en profiter dans les circostances sus énoncées, ne m'en servant toute fois pour substituer les cannelettes de nitrate d'argent que dans les cas ou les mouches et la poudre devenaient d'une application impossible par suite du rétrécissement de l'ouverture. A force de répéter ces épreuves j'arrivai peu à peu à me persuader qu'il serait utile d'en généraliser l'emploi, et de réserver la cautérisation ou destruction du sac lacrymal dans les cas exclusivement particuliers et rebelles à ce traitement. Il m'est déja arrivé plusieurs fois d'employer cette méthode chez un même individu traité pour une semblable affection quelques années avant par la cautérisation, et ces mêmes cas contri-

buèrent à me convaincre qu'au système destructif il faut préférer le modificateur parce qu'il est plus rapide, nullement douloureux et jamais d'un danger absolu.

Le procédé que j'emploie habituellement consiste à faire d'abord par une incision proportionnée à la circonstance l'ouverture de la tumeur lacrymale pour en faire sortir le mieux possible tout son contenu liquide; j'y joins une irrigation tant soit peu prolongée de simple eau froide et après avoir obtenu de la sorte la cessation de l'hémorragie et la propreté interne du sac, j'y introduis au moyen de la cuiller de Schuft la poudre d'iodoforme en quantité abondante jusqu'à remplir la cavité; j'y ajoute quelques fois des mouches préparées avec la même substance, puis je couvre la blessure avec de la gaze boriquée enduite d'onguent iodoformique et je complète le traitement par un bandage méthodiquement compressif. Le plus souvent, lorsque j'enleve, 24 heures après, l'appareil, je trouve les lèvres de la blessure détuméfiées et raprochées et toute sécrétion purulente tarie et par conséquent je ne tente pas même d'enlever le tampon iodoformique; je me limite à pulvériser de nouveau l'extérieur de la blessure en renouvellant le bandage. Trois ou quatre jours après seulement je renouvelle l'irrigation pour la propreté du sac et je réapplique de la même manière du nouvel iodoforme.

Il n'arrive presque jamais de devoir réitérer l'application de la poudre plus de trois ou quatre fois, et il est même possible de laisser un intervalle de 5, 6 et même 8 jours entre une médication et l'autre, car la réduction des néoformations phlogistiques qui obstruaient le sac semble avoir lieu par l'influence cataleptique du remède sans qu'il advienne une élimination aumoins apparente des matières qui les constituaient. Enfin, depuis que j'ai adopté l'usage des pistils iodoformiques je n'ai plus besoin de conserver la blessure béante, ni par des tampons, ni au moyen de la cautérisation, mais il me suffit d'introduire ces pistils en quantité toujours diminutive, parceque les conditions de la muqueuse en se rétablissant, les bords du sac qui étaient auparavent plus ou moins évasés et affaissés vont en se rétrécissant. Par ce système on obtient la guérison même des cas les plus graves en moins d'un mois, et la cicatrice cutanée ne reste jamais difforme. Il arrive pourtant quelques fois, mais très rarement, qu'à la suite du traitement

mécanique de Bowmann ou après les cautérisations on voit la tumeur se reproduire, mais en proportion restreinte et il suffit alors d'une petite incision et l'usage des pistils pour avoir raison en peu de temps et sans de graves incomodités de cette récidive. Du reste il n'est pas contre indiqué, et quelques fois il peut encore être avantageux de faire précéder à tout traitement l'incision des petits conduits lacrymaux, soit pour aider l'acheminement des larmes dans le sac lorsqu'il n'est ni trop obstrué ni trop dilaté, soit encore pour faciliter l'introduction des sondes dilatatoires quand leur emploi est nettement indiqué. On peut encore agir ainsi même après la guérison de la tumeur lacrymale, obtenue moyennant la cure iodoformique; s'il reste un postume écoulement lacrymal, par inversion ou éversion des points ou bien par réel rétrécissement du conduit nasal.

De tout ce qui précède il résulterait que moi seul jusqu'ici, et depuis cinq ans déja, ai fait usage presqu'exclusif de l'iodoforme dans le traitement de la tumeur lacrymale de préférence à celui des cautérisations et non comme leur complément, ainsi que le pratique et le conseille le D.r Rampoldi; mais je me garderai bien de me vanter de cette priorité accidentelle, parcequ'il pourrait se trouver telle personne qui jugerait que par la raison d'avoir été le *premier* ou le seul *défenseur de ce traitement* c'est une circonstance apte par elle même à *engendrer quelque doute sur son efficacité réelle.*

Fort heureusement dans le cas concret pour donner quelque valeur à mon opinion et quelque crédit aux résultats de mes expérimentations j'ai l'autorité de Grossmann, de Huose, de Finker. de Schenk, de Manolescu que j'ai cités précédemment, qui tous ont recommandé l'iodoforme même dans les maladies du sac lacrymal.

Je ne dois pas taire pourtant qu'à me faire généraliser dans ces derniers temps de plus en plus l'emploi de l'iodoforme dans le traitement de la tumeur lacrymale ont largement contribué les résultats des expériences cliniques exécutées et rapportées par le D.r Rampoldi, quoique je ne sois pas entièrement satisfait des explications qu'il donne sur la manière dont ce remède exerce son influence dans les cas en question. Selon lui il agirait sur les capillaires, en provoquant une plus grande affluence de sang artériel, d'où dépendrait la majeure facilité du déta-

chement de l'eschare provoquée par la cautérisation et la rapide diminution ou cessation de la suppuration. Dans les essais que j'ai fait, sans cautérisation préalable, ce dernier effet se vérifiait presque constamment, quoiqu'il n'y eut pas d'eschare à faire détacher, et plus qu'une affluence surabondante de sang artériel il m'a semblé que l'introduction de la poudre iodoformique fit arrêter plus vite que tout autre tamponage l'hémorragie naturellement produite par l'incision du sac et par l'introduction réitérée de la cuiller servant à appliquer le remède dans l'intérieur du sac même.

Je crois plutôt que mes expériences et celles du D.r Rampoldi confirment pleinement l'opinion de Mosetig Moohorf (1) que l'iodoforme est un des plus puissants et plus sûrs antiseptiques, car par son action permanente, et non fugitive comme celle des autres remèdes aux quels on attribue une efficacité analogue, il sert très bien à neutraliser certains principes infectifs, même parasitaires qui entravent si souvent la marche et augmentent la gravité des procédés morbides spontanés ou consécutifs au traumatisme ou aux opérations chirurgicales. En ontre il serait confirmé qu'il n'a aucune action irritante et ne cautérise pas même les blessures tandis qu'il sert au contraire à faire disparaitre la réaction inflammatoire si elle s'est déja manifestée et à diminuer les douleurs relatives comme à faire cesser la suppuration. Ces faits justifieraient donc l'idée émise par Binz que ce remède possède la faculté de paralyser les corpuscules blancs et d'en empêcher ainsi l'émigration à travers les parois vasculaires. Ces mêmes faits confirmeraient encore l'opinion de Mosetig, et parmi nous de Ravà, de Franchini et de Rampoldi, ainsi que de Turazza (2), que par son action sur l'extrémité terminale des nerfs sensitifs il peut être considéré comme un excellent anodin et même comme un anesthésique et que par celle qu'il exerce sur les nerfs gangliaires on peut le regarder comme un excitateur puissant de la nutrition des tissus menacés par un procédé morbide de nécrose et enfin qu'il possède une puissante action absorbante ou excitant la résorption, surtout s'il est mis dans la condition de pouvoir s'incorporer parenchymatiquement, d'une manière tran-

(1) Voir: *Gazette des hôpitaux*, 1885, N. 87.
(2) Voir: *Wien Mediz. Wochenschrift*, 1880.

sitoire aumoins, aux tissus malades et avec leurs productions anomales. Enfin, comme ces opinions sont également partagées par d'autres éminents praticiens, tels que Kleinhauss, Mickulies, Billroht, Marchaud et Winniwarter (1), je ne crois ni erroné, ni exagéré si j'adopte et je recommande l'usage presque exclusif de l'iodoforme, même dans le traitement de la tumeur lacrymale.

IV.

Après tout ce que je viens d'énumérer le lecteur sera peut-être surpris que dans les premières pages de ce travail j'aie dit d'avoir commencé il y a quatre ans l'expérimentation de l'iodoforme en thérapeutique oculaire, et qu'ensuite par le secours de quelques réminiscences et de quelques annotations j'aie rectifié ma première assertion en annonçant d'en avoir fait environ six ans plutôt l'application dans le traitement de la dacryocystite catarrhale et suppurative.

Mais comme alors je n'employais l'iodoforme qu'associé à l'alun et que je n'en obtenais que des résultats temporaires, tandisque je ne constatai son efficacité positive dans ce genre de maladies sinon lorsque je pris la décision et graduellement dans le cours de ces quatre années dernières de l'employer seul c'est à dire sans le combiner à aucun autre ingrédient, je puis donc affirmer de n'avoir pas trahi la vérité ni dans ma première affirmation ni dans la rectification successive. Bien plus, aujourd'hui je n'ai pas honte de déclarer à l'appui des essais que j'en ai fait, surtout durant l'année dernière, que la dacryocystite catarrhale et suppurative est une des affections où l'efficacité du nouveau remède est, à mon avis, supérieure à celle de tous les autres moyens expérimentés jusqu'à ce jour contre cette maladie. Je m'empresse en outre d'ajouter que les résultats obtenus par l'usage de l'iodoforme dans le traitement des maladies du sac lacrymal m'avait aussi fait naitre la pensée de tenter ce même remède dans les cas plus graves de conjonctivites à sécrétion catarrhale ou purulente. Mais la crainte, jusqu'à un certain point raisonnable, de me heurter par l'emploi de ce médicament nouveau, à un désastre de plus que ceux éprouvés dans la pratique, tout en ne faissant usage que du

(1) Voir: *Berlin Wochenschrift*, 1881, N. 43, 49, 50.

nitrate d'argent en solution plus ou moins fortement dosée ou en pierre infernale, la conviction en outre désormais enracinée chez moi, et que je savais partagée par un grand nombre d'oculistes, sur la puissance souveraine de l'iodoforme contre les maladies énumérées ci-devant, furent les deux circonstances qui m'éloignèrent pendant longtemps de tenter dans leur traitement l'emploi exclusif de l'iodoforme ou même simplement son mélange à d'autres substances.

Néanmoins les deux cas d'ophtalmie gonorrhéique guéris par les pulvérisations iodoformiques, rapportés le premier par le D.r Guaita (1), le second par le D.r Rampoldi (2) commencèrent à ébranler ma vieille foi dans ce qu'on appelle le traitement classique au nitrate d'argent. Ces deux cas seuls n'auraient pas suffit néanmoins à me faire adopter de préférence. dans l'éventualité de cas semblables, le nouveau remède préconisé par ces deux médecins distingués si les éloges des nombreux thérapeutes étrangers que j'ai mentionnés précédemment ne m'y avaient efficacement encouragé.

Avant de me décider toutefois à expérimenter l'iodoforme dans la cure des ophtalmo-blennorrhées, j'eus, il y a deux ans, l'occasion d'en faire l'essai sur un jeune enfant affecté d'une grave *conjonctivite croupale* ou *diphtéroïde* des deux yeux, associée à eczema dartreux du visage et du cuir chevelu, qui en peu de jours avait donné lieu à de graves complications cornéennes, quoique le médecin appellé se fut empressé dès le premier instant à la combattre par les solutions de nitrate d'argent. Mon expérience, à vrai dire, m'avait depuis longtemps couvaincu que cette varieté de conjonctivites est presque toujours rebelle, même au nitrate d'argent, et qu'au contraire elle en est souvent aggravée lorsqu'on l'emploie trop tard ou en solutions trop saturées. Je ne fus donc pas surpris dans le cas ci-dessus mentionné si le remède n'avait pas empêché la rapide manifestation d'un vaste ulcère circulaire, suivi d'une infiltration blanchâtre du parenchyme cornéen. Par conséquent outre le conseil de suspendre l'emploi du collyre j'y substituai l'emploi des pulvérisations iodoformiques, selon l'enseignement alors très récent de Galewzoski qui les proclamait très effi-

(1) Voir : *Annales d'Ophtalmologie*, 1883.
(2) Voir : id., 1884, 1885.

caces précisément dans cette forme morbide. Le résultat de ce genre de traitement dont je donnerai en temps et lieu les plus importants détails fut à tel point splendide, que depuis lors je me sentis encouragé à expérimenter l'iodoforme dans toutes les autres maladies plus sérieuses de la conjonctive et de la cornée, et aujourd'hui je suis en mesure d'affirmer non seulement, mais de prouver qu'il est une des plus précieuses ressources et l'aide le plus utile de la thérapeutique oculaire.

La *conjonctivite croupale* a été aussi appelée *diphtéroïde*, d'abord parce que l'enduit blanchâtre de la superficie conjonctivale qui la caractérise a beaucoup de ressemblance avec l'infiltration également blanchâtre du parenchyme conjonctival propre de la forme diphtérique, et ensuite parce que dans l'une comme dans l'autre on peut vérifier très souvent et assez rapidement de graves complications de la cornée dues spécialement aux entraves que subit la nutrition de cette membrane par suite de l'engorgement vasculaire qui accompagne le développement de ces deux formes morbides, rendu plus grave par les produits superficiels ou interstitiels de l'une ou de l'autre. Son caractère n'est pas contagieux ou l'est à un degré bien moindre que dans les autres conjonctivites sécrétoires, mais elle mérite plutôt, comme l'a dit Mayweg (1) d'être regardée comme une expression de la diathèse scrofuleuse: c'est peut-être pour ce motif qu'elle est moins que rare dans notre pays où cette diathèse n'a malheureusement qu'une trop vaste domination.

Je l'ai souvent constatée chez les nouveau-nés et plus souvent encore chez les enfants de deux à quatre ans; je l'ai presque toujours vue accompagnée de dartres au visage et sur la tête ou de glandes au cou; je la constatai aussi à la suite du *morbillo*, de la *scarlatine* et même de la varicelle. Présentée sous cet aspect je l'ai toujours considérée et je la considère encore de nature infectieuse ou aumoins auto-infectieuse, mais essentiellement différente des formes catarrhales ou purulentes, spontanées ou acquises par contagion. Néanmoins et pendant un certain temps je la soignais par l'usage des fomentations chaudes et du nitrate d'argent en solution ou sous forme

(1) Voir : *Annales d'Oculistique;* Avril 1885. Séance de la Societé ophtalmologique d Heidelberg.

de cylindres siliciques. Plus tard pourtant je dus reconnaître, que si dans les cas moins graves la maladie parvenait à se résoudre, même par ou malgré le remède, dans les cas un peu plus sérieux, compliqués d'ulcère périphérique ou central ou de troubles diffus de la cornée, le résultat final aboutissait à un désastre; j'essayais alors d'y substituer les insufflations de calomel, encouragé non seulement par les conseils de Stelwag et autres, mais encore par le fait que ce médicament m'avait démontré son utilité dans ce que j'appelais la corniche du mal, c'est à dire contre les dartres ou eczémas diffus du visage et de la tête, qui, comme je l'ai dit, accompagnent le plus souvent cette forme et variété morbide. J'en obtins de meilleurs et plus nombreux résultats, mais si les complications cornéennes étaient tant soit peu imposantes elles s'aggravaient et il était fort heureux si l'ulcère ou les ulcères en perçant spontanément arrêtaient les progrès nécrobiotiques de la cornée et donnaient accès à une successive intervention chirurgique. Dans le cas dont j'ai fait mention j'avais précisément commencé le traitement par les insufflations de calomel, mais malgré ou à cause d'elles l'infiltration blanchâtre de la périphérie cornéenne s'était étendue au centre laissant la périphérie profondément ulcérée; ce fut alors que me vint l'idée de tenter les pulvérisations d'iodoforme que je répétais avec abondance jusqu'à trois fois par jour, avec injections d'ésérine. Je le répète le résultat fut tellement splendide que, lorsque après six mois de traitement les conditions de la cornée étaient encore telles à faire juger indispensable une opération d'iridectomie dans un but optique et curatif, aujourd'hui, après deux ans d'emploi continu d'iodoforme et d'ésérine alternés avec celui du laudanum associé à l'atropine l'éclaircissement de la cornée est arrivé à un point tel de rendre inutile une semblable opération. Dans quinze ou seize cas similaires que j'ai eu l'occasion de soigner à mon dispensaire, les résultats furent également excellents, de sorte que je puis dire maintenant que lorsqu'il m'arriva de voir pour la première fois le petit malade dans un état grave, c'est à dire compliqué d'un large ulcère de la cornée je n'eus jamais plus comme résidu un *leucome* vaste ou saturé, mais simplement une petite *albugo* entourée d'une légère dégradation plus ou moins étendue et à peine visible de près. Je ne dois pas cependant passer sous

silence que lorsqu'il m'arrivait de soigner cette affection dans sa première phâse d'acuité j'eus un exellent coadjuteur dans les cataplasmes de semence de lin alternés avec les fomentations d'eau tiède aromatisée, pour atténuer l'énorme tension oedémateuse des paupières, qui, dans les cas graves ne fait jamais défaut. Ce remède assez simple repoussé sans raison plausible par quelques praticiens, diminuait en quelques hcures et faisait cesser en quelques jours la tension palpébrale, facilitant de la sorte l'application méthodique de la poudre iodoformique, tant à moi qu'aux parents chargés souvent de la répéter au moins deux fois par jour. En tout cas j'ai pu m'assurer qu'elle n'amenait jamais ni gêne grave ni douleurs successives, car, le bandage ou le cataplasme à peine appliqué, les plaintes ou les larmes qui sont chez les enfants les compagnons ordinaires de toute médication qu'ils aient à subir, surtout aux yeux, cessaient presqu' immédiatement. C'est là une circonstance très importante qui en confirmant l'action anodine ou anesthésique de l'iodoforme rend plus difficiles les graves inconvénients que les efforts même des pleurs seuls peuvent occasioner lorsque, à la complication de la maladie, il existe déjà dans la cornée une ulcération étendue, périphérique ou centrale.

Un autre effet produit par l'iodoforme dans le traitement de la *conjonctivite croupale* c'est d'atténuer rapidement l'enduit blanchâtre caractéristique qui se borne quelques fois à la conjonctive palpébrale, mais qui s'étend aussi quelque fois plus ou moins à celle du bulbe, et d'en favoriser par conséquent l'élimination. En outre ce remède empêche que la sécrétion morbide se reproduise, comme cela arrive lorsqu'elle s'affaisse spontanément ou qu'on la chasse mécaniquement. Je n'oserai dire si ce dernier effet dénote dans l'iodoforme une action *détuméfiante* sur les vases conjectivaux ou s'il confirme la vertu que Binz lui attribue de paralyser les corpuscules blancs et d'en empêcher par conséquent l'émigration à travers les parois vasculaires. Il me suffit de mentionner ces deux faits, désormais confirmés, pour pouvoir en inférer raisonnablement que l'action modificatrice ou modératrice qu'exerce l'iodoforme sur le développement croupal de la conjonctive sert indubitablement à en abréger et à en rendre moins grave la marche d'autant plus vite on y a recours, et même lorsqu'on l'emploie sans parcimonie, ce que bien certainement on ne peut dire

d'aucun autre remède mis en œuvre jusqu'ici contre cette forme morbide.

Je puis encore ajouter que même dans les cas les plus graves, lorsq'il y a complication de chémosis plus ou moins tuméfiée, on ne doit pas considérer l'iodoforme comme contre indiqué, car il est au contraire très utile, surtout en l'associant à l'emploi des cataplasmes alternés avec les épithèmes tièdes aromatisés. Chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants qu'on nous amméne de la campagne, où existe le sot préjugé que l'eczéma du visage et les dartres capitales sont une saine expulsion qu'il faut favoriser de préférence à soigner, la maladie se trouve le plus souvent tellement avancée, que, outre l'œdème palpébral et l'enduit blanchâtre de la conjonctive, la cornée se révèle plus ou moins largement grise et même ulcérée; malgré tout, dans de pareils cas, on ne doit pas reculer devant l'application de la poudre iodoformique.

En effet, si l'ulcére ou les ulcéres sont périphériques on parvient à empêcher leur extension, et bien plus, on reconnait dès les premières applications que l'iodoforme pulvérisé s'arrêtant dans les cavités ou dans les lacunes de l'abrasion cornéenne plus ou moins profonde y constitue une espèce d'enduit protecteur qui semble remplacer temporairement les éléments histologiques déja détruits par le processus ulcèratif et faire obstacle en même temps à la diffusion de la necrobiosis aux tissus environants, et cela autant par son action antiseptique que par l'autre vertu qui lui est attribuée de puissant excitant de la vitalité nutritive des tissus menacés de destruction. — Si l'ulcère est central, pourvu qu'il ne soit ni trop étendu ni trop profond, on réussit par l'iodoforme, bien que plus difficilement, à enrayer ses tendances phagédéniques et à obtenir une réparation presque physiologique, c'est à dire dans la quelle la réintégration des éléments normaux ou transparents du tissu cornéen surpasse la production des néoplasies cicatricielles condensées et opaques.

Encouragé par ces observations je voulus tenter le susdit remède dans le cas même où le petit malade nous viendrait présenté à l'état avancé de la maladie, savoir lorsque dans un œil il y aurait un ulcère plus ou moins vaste de la cornée et dans l'autre un commencement de staphylome cicatriciel. — Hé bien, même dans ces cas je parvins à obtenir d'un coté le

retour de la transparence presque complète de la cornée, jointe à la conservation d'une faculté visuelle satisfaisante et de l'autre à la place d'un moignon atrophié ou d'un staphylome opaque plus ou moins difforme, j'obtins une cicatrice plane semblable à une cornée déja tatouée qui présentait, même à peu de distance, l'apparence d'un œil normal.

Je dois dire cependant qu'à ces bons résultats obtenus par le traitement iodoformique, outre le bandage compressif et protecteur, l'emploi de l'ésérine a sans nul doute largement contribué. Si cette substance n'a pas l'action aseptique ou antiseptique que Wecker même lui attribuait par le passé, elle est néanmoins d'un secours très utile lorsqu'il y a ulcère plus ou moins étendu de la cornée, parceque son énergique action myotique sert opportunément à empêcher ou à rendre moins étendues et par suite moins dangereuses les exubérances et les adhérences successives de l'iris et aussi parce qu'elle possède en commun avec l'iodoforme une influence spéciale que nous pourrions dire tonique sur la nutrition du tissu cornéen menacé de destruction, ce qui fait que même dans ce sens l'ésérine augmente la valeur des effets avantageux de l'iodoforme.

Il y a pourtant des cas de spéciale gravité, fort heureusement rares, ou la *conjonctivite croupale* qui affecte, comme je l'ai dit, exclusivement les enfants n'est pas seulement une manifestation de la dyscrasie scrofuleuse, mais plutôt celle dérivant de la vraie cachéxie syphilitique héréditaire ou contractée par allaitement. Comme indices on note l'aspect abattu, je dirais presque sénile du petit patient, la profondeur des ulcères dartreux qui le défigurent et la couleur cuivrée qu'ils présentent sur leurs marges, la voie enrouée, la respiration haletante causée par des plaques croupales isolées, visibles dans le pharynx, mais existant aussi probablement sur la muqueuse du larynx et de la trachée. La gravité exceptionnelle de l'affection oculaire dans de semblables cas est parfois représentée dans les deux yeux, parfois dans un œil seul par un véritable *ramollissement paralytique aigu de la cornée* qu'on y observe quelques jours après, à la suite d'une opacité grisâtre ressemblant, en apparence seulement, à celle qui est caractéristique de la kératite simple ou élémentaire. Ce ramollissement sans être précédé d'un véritable processus d'ulcération ou de suppuration donne lieu à l'écaillement du tissu cornéen sur diverses

parties à travers les quelles l'iris s'externe nécessairement et lorsqu'on n'a pas ajouté aux meilleurs moyens locaux indiqués quelque remède de cure générale, la dernière phâse du mal est la formation d'une cicatrice plane staphylomateuse ou d'un large staphylôme cicatriciel, si même le degré de cachexie syphilitique n'est point tel de conduire au tombeau le malheureux qui a porté dans le sang ou sucé avec le lait le poison et la mort. Dans quelques rares cas de ce genre, et bien longtemps avant qu'il fut question d'iodoforme, je me rappelle d'avoir pu arrêter cette espèce de *kérato-malacie* compliquant la variété syphilitique de la conjonctivite croupale, en associant aux insufflations de calomel alternées avec les instillations d'ésérine, l'usage des frictions répétees, chaque jour pendant trente minutes à la plante des pieds avec l'onguent à base de sublimé corrosif, selon la formulle de Cirillo. Mais comme cependant en différents cas de même nature et moyennant les mêmes procédés thérapeutiques je n'avais receuilli aucun résultat, ayant eu dernièrement l'occasion d'observer un enfant de dix mois qui offrait dans l'œil droit la même forme morbide compliquée des conditions identiques à celles que j'ai mentionnées, je me crus autorisé à tenter les pulvérisations iodoformiques en lieu et place de celles de calomel. J'étais encouragé à cette tentative non seulement par les bons résultats obtenus par ce moyen dans d'autres formes de conjonctivites sécrétoires et virulentes, mais encore par la réflexion que si, comme l'affirma et le prouva le prof. Ravà sur la foi de quelques illustres écrivains et avec l'appui de plusieurs cas pratiques qu'il avait lui même observés (1), l'iodoforme administré intérieurement a également une efficacité antisyphilitique, il était raisonnable de s'attendre qu'il dut déployer, jusqu'à un certain degré du moins, son activité spécifique en l'employant directement sur les tissus affectés d'un processus morbide de caractère syphilitique.

Mais malheuresement, chez le petit malade que j'ai depuis douze jours en traitement, le seul emploi de la poudre iodoformique associée aux instillations d'ésérine et au bandage compressif, tout en ayant apporté une modification évidente dans le processus croupal de la conjonctive blepharo-bulbaire aux deux

(1) Voir : *Annales d'Ophtalmologie*, VIII année, pag. 494 à 498.

yeux, n'a pas été suffisant pour empêcher dans l'œil droit le ramollissement de la cornée, jusqu'à déterminer de nombreuses excroissances de l'iris. Je pris alors la décision d'ajouter à ce traitement tantôt sous l'une, tantôt sous l'autre plante des pieds, les frictions d'onguent au sublimé corrosif, ce que je n'avais pas osé prescrire dès les premiers jours, par suite de l'aspect trop épuisé du bambin qui paraissait plus près de sa fin dernière que d'éprouver les effets de mon traitement. Il y a maintenant six jours que l'on exécute la médication de Cirillo, sans délaisser les pulvérisations iodoformiques et son visage précédemment cadavérique a repris un peu d'incarnat et une certaine vivacité exprimée par l'œil gauche, dont les paupières se sont débarrassées des plaques croupales qui les tenaient presque closes; la voix elle même au paravant âpre et enrouée s'est un peu modifiée; le dépérissement cornéen seul n'a subit jusqu'à l'heure présente aucune amélioration. Malgré tout cela je ne me fais pas d'illusions sur l'issue de ce vilain cas et je me réserve d'en raconter l'histoire véridique lors même que le résultat final de mes efforts dut aboutir à un complet insuccès.

Quelle que soit l'issue à la quelle pourra aboutir un pareil cas, fut-ce même le pire, je crois qu'il est permis de déduire des améliorations vérifiées après l'adoption de la cure générale conjointément à celle locale, qu'elles auraient été progressives et durables si dès le début de la maladie j'avais osé d'en combattre la cause principale ou interne en neutralisant le virus syphilitique au moyen des frictions de Cirillo, tandis que je ne cherchai qu'à en modifier les manifestations externes et les effets locaux par l'emploi des pulvérisations iodoformiques. En tout cas pour faire disparaitre le moindre doute à ce sujet, je crois qu'il sera toujours convenable et rationnel de recourir dans des occasions similaires à l'expérimentation clinique du traitement combiné, au lieu d'omettre la cure générale dans la crainte de dangers éventuels ou de délaisser le traitement local par suite de son inefficacité supposée.

Les avantages obtenus par l'iodoforme dans le traitement de la *conjonctivite croupale* me persuadèrent à tenter le même moyen dans une autre variété de conjonctivite, qui a avec la première quelques points d'analogie par l'aspect, sinon par la nature intime des produits qui la distinguent et la diversifient du catarrhe simple ou blennorrhagique. Ce produit est la forma-

tion de fausses membranes apparentes semblables à de la fibrine condensée ou coagulée, qui se détachent avec plus ou moins de difficulté de la muqueuse hypérémique, quoique associées à une légère hypersécrétion du mucus simple ou du mucus puriforme. Cette forme mérite le nom que lui donne, si je ne me trompe, même le prof Magni, de *conjonctivite catarrhale membranacée* et elle n'est pas l'expression ou l'effet d'une constitution originairement viciée ou d'une dyscrasie sanguine particulière, puisque nous la voyons se développer spontanément chez les jeunes enfants comme chez les adultes et en toutes sortes de sujets sous de certaines conditions, c'est à dire quand et où règne un froid humide, ou pendant les temps pluvieux ou encore dans les régions dominées par les vents du Sud et du Sud-Est. Chez les enfants elle s'associe souvent ou fait suite à la toux maligne, au morbillo, à la scarlatine, mais elle peut aussi se propager par contagion, quoique son influence contagieuse soit inférieure à celle des autres formes purement blennorrhagiques, Elle a un caractère moins violent, un cours plus bref et elle donne rarement lieu à des complications cornéennes, surtout en ne l'attaquant pas par les caustiques, comme ne font que trop de praticiens qui jugent comme théoriques et non pratiques, comme erronnées plus que justes, certaines distinctions nosologiques et qui croient par conséquent de pouvoir juguler par des caustiques le cours de toutes les formes aiguës de conjonctivites sécrétoires, tandisque, au contraire, ils ne parviennent malheureusement par l'action irritante de ces remèdes inopportnns qu'à faire naître des ophtalmies artificielles.

Moi aussi, dans un temps, je partageai cette erreur; ma pratique fut une méprise, mais je me détrompai bientôt, j'abandonnai cette fausse voie et j'en fus satisfait. Je remplaçai le précoce usage du nitrate d'argent par l'application de la poudre de calomel, au moyen de la quelle j'obtenais en peu de jours l'atténuation, puis l'élimination des fausses membranes, réduisant l'affection à l'état de simple catarrhe, qui cédait ensuite peu à peu aux légères solutions de nitrate. Hè bien, même à cette forme morbide je me suis essayé depuis deux ans d'appliquer les pulvérisations d'iodoforme et j'ai pu m'assurer qu'elles abrègent encore davantage le cours du mal et rendent par conséquent tout à fait inutile, ou, si l'on veut, moins nécessaire l'usage simultané ou successif du nitrate d'argent.

Il me restait ensuite à faire non pas un saut, mais un pas seul pour tenter le même remède dans les conjonctivites catarrhales aiguës et purulentes des nouveau-nés et des adultes ainsi que dans les gonorrhéiques et dans les granuleuses subaiguës avec pyorrhée.

Mais je n'osai faire de prime abord ce pas, car il me semblait que ce fut presqu'un sacrilége d'abandonner le nitrate d'argent préconisé dans ces maladies par les maitres les plus habiles, et aussi parce que je conservais le souvenir d'avoir, moi aussi, dès le début de ma carrière, chanté des louanges à l'efficacité de ce remède qui m'avait rendu dans des cas graves des services éminents (1).

Me souvenant d'un autre coté de ce triste adage, que *le mieux est souvent l'ennemi du bien*, je craignais fort que la substitution de l'iodoforme dans le traitement de ces graves affections n'étant pas suffisamment justifiée par les avantages qu'on en avait obtenu dans des maladies beaucoup moins graves et non virulentes, fut dans le cas d'augmenter, plutôt que de diminuer, le nombre des insuccès qui n'avaient pas fait défaut même lorsque le nitrate d'argent avait été employé à temps voulu et à la dose requise.

Mais la lecture des cas rapportés par Grossmann, par Priestley Smith et par d'autres médecins étrangers, d'ophtalmies gonorrhéiques ou pyorrhéiques guéries par le traitement iodoformique et plus encore les cas relatés par le D.r Guaita et par le D.r Rampoldi pour confirmer cet argument, détruisirent mes doutes raisonnables et m'encouragèrent à employer hardiment ce remède chaque fois que l'occasion m'était offerte de rencontrer des cas de ce genre, et à cette heure je suis en mesure d'affirmer que j'en obtins une quantité de résultats très satisfaisants.

Je puis au surplus déinontrer que ce fut l'interprétation des faits exposés par ces deux médecins distingués; qui m'induisit à croire que ce n'était pas une audace, mais une idée fort raisonnable que de confier presque éxclusivement à un tel remède le traitement de ces affections morbides. Quand, il ya trois ans, le D.r Guaita dirigeait encore la section oculistique de l'hôpital

(1) J. Rosmini. Des principaux remèdes dans les inflammations de l'œil. — *Annales universelles de médecine*, Sept. Oct. 1870.

civil de Bergame, il publia une très intéressante notice relativement à la guérison obtenue en dix-huit jours par l'iodoforme d'une *conjonctivite gonorrhéico-diphthérique,* contre la quelle ni le traitement classique au nitrate d'argent, ni les autres moyens employés les premiers jours n'avaient pu empêcher que l'œil droit, le premier affecté, ne *ressemblât* le quatrième jour *à un œil complètement perdu.* Je ne reproduirai pas ici l'histoire de ce cas qu'il a magistralement décrit, mais pour justifier la déclaration sus énoncée, je me contenterai de rapporter textuellement les considérations restreintes, mais fort sensées, par les quelles il termine sa relation.

— « Voici un cas très grave d'*ophtalmie blennorhagique* « *de forme diphthérique guérie d'une manière merveilleuse.* « Que l'iodoforme ait été l'agent principal du traitement cela « est démontré en toute évidence par le cours de la maladie. « A l'œil droit ni la solution de nitrate d'argent à haute dose, « ni les lavages à l'acide phéniqne délayé, le plus puissant des « antiseptiques, ne parviennent à arrêter la marche rapide et « fatale de l'ophtalmie virulente. Les incisions de Crampton, « qui dans tant de circonstances m'ont donné des résultats fa- « vorables, sont impuissantes à prévenir la comparticipation « de la cornée aux progrès du mal qui a pris la forme diphthé- « rique. Dans l'espace de quatre jours cet œil fut réduit à tel « état de faire désespérer de son salut. — L'iodoforme tranche « rapidement la marche diphthérique *et sauve de cet œil tout* « *ce qui n'était pas encore compromis, tout ce qu'aurait pu* « *espérer* le plus optimiste et le plus confiant des médecins. « La même chose arrive à l'œil gauche et *comme l'iodoforme* « a *été employé plutôt* on arrive à en sauver davantage. Je « crois que, *si je n'avais pas perdu deux jours à employer les* « *douches phéniquées, si dès le début j'avais eu la bonne inspi-* « *ration d'employer la poudre iodoformique, j'aurais complè-* « *tement sauvé cet œil et j'aurais évité même la petite tache* « *cornéenne. Une seule hirondelle ne constitue par le prin-* « *temps,* et je ne sais si l'iodoforme parviendra à sauver tous « les yeux attaqués d'ophtalmie blennorrhagique et moins en- « core ceux qui sont affectés de diphthérite, mais j'ai cru que « c'était un devoir pour moi de publier sans retard ce cas par « suite de l'inattendue et heureuse réussite obtenue. Je crois « que l'avantage résultant dans ce cas est dû en grande partie

« au mode d'application du remède. En effet le jour où je tentai « l'emploi de l'onguent iodoformique, plutôt que la poudre en « abondance, je vis reparaitre les symptômes les plus graves « de la forme diphthérique. L'idée que je me suis formée sur « l'efficacité de l'iodoforme *comme agent antiseptique,* c'est « qu'il *déploie une action plus puissante que celle des autres* « *antiseptiques,* spécialement dans les formes membraneuses et « des inflammations conjonctivales. Pendant que dans les formes « croupales l'application de l'iodoforme en onguent est suffi- « sante, dans celles plus graves de la blennorrhagie conjoncti- « vale il est nécessaire d'appliquer l'iodoforme pur et en telle « quantité à pouvoir remplir toutes les cavités de la conjonctive. « Pour qu'il soit toléré il suffit d'avoir l'attention de l'employer « pur, non mélangé à d'autres ingrédients, sans être débarassé « de son odeur au moyen du coumarou et *en poudre la plus* « *fine possible.* Il sera suffisant de l'appliquer une fois par jour « dans le début et ensuite, à cure avancée, deux fois dans la « journée, protègeant enfin l'œil par une médication sèche à « l'iodoforme, composée d'une couche de gaze iodoformisée à « 20 pour 100, une de coton cardé à 10 pour 100 et d'une feuille « de gutta-perka, le tout fixé au moyen d'une bande de gaze. « — Si la cornée se trouve déja à l'état suppuratif il faut « faire précéder l'*instillation d'un fort collyre d'ésérine. Si la* « *poudre iodoformique produit une forte cuison,* c'est signe « qu'elle *n'est pas finement pulverisée* ou qu'elle *est altérée* ou « bien *mélangée à d'autres substances.* »

J'ignore si le D.r Guaita qui occupe aujourd'hui si dignement la chaire de professeur à l'Université de Siene a trouvé depuis 1883 quelque antre *hirondelle,* comme celle dont il nous a gratifié l'histoire, entièrement apte à prouver l'avantage de la poudre iodoformique pour le traitement des ophtalmo-blennorrhées aiguës. Il est à présumer pourtant que ce premier résultat splendide l'aura engagé à en retenter les épreuves et qu'elles auront été couronnées d'une confortable proportion de succès, puisque la pluralité des praticiens qui, en Italie, les ont poursuivies avec plus ou moins de confiance et de constance, sont aujourd'hui d'accord pour proclamer l'iodoforme un secours très opportun pour tous les autres remèdes depuis longtemps préconisés dans le traitement des ophtalmies.

Pour quant à moi, le *regret* exprimé par le D.r Guaita

d'avoir perdu deux jours dans l'emploi d'autres expédients au lieu de recourir dès *le début aux pulvérisations iodoformiques,* m'a semblé une manière très éloquente de signaler l'efficacité supérieure de ce remède comparativement aux autres et d'encourager les praticiens à le mettre au premier rang, plutôt que de le considérer simplement comme un assistant des autres médicaments depuis longtemps en usage.

Enfin, quand j'ai lu dans la *Notice* plusieurs fois mentionnée du D.r Rampoldi que l'*iodoforme employé dans les ophtalmo-blennorrhées n'irrite aucunement la muqueuse, qu'on peut l'y laisser en contact entre une médication et l'autre, qu'il s'oppose au développement et à la diffusion des principes septiques modifiant, non seulement l'aspect, mais encore les propriétés chimiques des sécrétions,* qu'à la suite d'un petit nombre d'applications du remède *il a vu dans quelques ophtalmies blennorrhagiques ou purulentes, à la levée du bandage, la sécrétion devenue blanchâtre, puis le retour d'une abondante lacrymation, signe évident que la conjonctive reprenait l'usage de ses fonctions normales,* je n'ai pu retenir mon étonnement en voyant que l'auteur même, après la constatation de tant de vertus de l'iodoforme, au lieu de le proclamer comme un des plus valides et utiles modificateurs des formes morbides en question, se soit borné à le signaler comme *un bon aide du nitrate d'argent,* tandis que celui-ci, s'il a quelques qualités ne possède pas assurément toutes les prérogatives susénoncées que le D.r Rampoldi attribue avec toute raison à l'iodoforme. Je dirai même que si les faits plus que les paroles ont le pouvoir de prouver il me semble que ceux qu'il a rapportés ainsi que l'excellent D.r Cicardi, pour démontrer l'avantage de l'emploi simultané de l'iodoforme et du nitrate, servent à établir que celui-ci et non celui-là fut le *coadjuteur,* que le premier et non pas le second fut l'agent principal du traitement dont ils obtinrent les meilleurs et les plus grands bénéfices. Par exemple, dans le cas du jeune homme D. Garlasco, accueilli à la maison de santé du prof. Scarenzio pour une « très grave « conjonctivite blennorrhagique qui avait déja ulcéré le centre « de la cornée droite et produit dans l'œil gauche un trouble « diffus de la cornée » le D.r Rampoldi dit avoir fait usage d'une *faible solution de nitrate dans le seul but* de déterger la conjonctive *deux fois par jour* et que pendant le reste du

temps il laissa appliqué un bandage oculaire après avoir rempli les sacs conjonctivaux d'une très-fine poudre iodoformique, et il ajoute que le prof. Scarenzio, ainsi que son aide, purent suivre « la rapide guérison du malade. » Et moi, à mon tour, je demande au lecteur bénévole s'il n'est pas raisonnable de croire que la rapide guérison obtenue dans ce cas, plutôt qu'à la faible solution de nitrate instillée deux fois par jour, n'est pas due probablement à l'influence prolongée pendant toute la journée de la grande quantité de poudre iodoformique dont le D.r Rampoldi remplissait les sacs conjonctivaux de son malade, non certes par simple amusement, mais dans le but d'obtenir les effets les plus intenses et les plus étendus de son action modificatrice.

Je crois qu'il est aumoins permis de douter que la guérison obtenue dans ce cas et dans plusieurs autres dont il fait mension, sans donner de détail, aurait pu également s'obtenir par l'iodoforme sans l'addition des faibles solutions de nitrate d'argent ou en employant comme simple détersif les solutions d'acide borique ou celles de sublimé corrosif.

Ensuite je n'arrive pas à comprendre comment on peut dire que dans la conjonctivite purulente l'iodoforme a une indication propre qui lui mérite d'être recommandé, s'il était vrai que le *nitrate d'argent employé de la manière que tout le monde sait constitue toujours le remède souverain de cette variété de conjonctivite;* s'il était démontré et démontrable, que, même dans les cas les plus graves de cette maladie, quand il y a une énorme turgescence des deux paupières et enflure chémostique de la conjonctive bulbaire *nous pouvons au moyen du pinceau trempé dans la solution voulue chercher vraiment tous les recoins du sac lacrymal, les déterger et les désinfecter.* Il me semble au contraire que les cas succintement rapportés par le D.r Rampoldi dans sa premiere note et ceux plus détaillés de la Relation du D.r Cicardi démontrent que par un large emploi de l'iodoforme on peut le plus souvent, sinon toujours, remplacer les solutions caustiques par des solutions simplement détersives au nitrate d'argent, ce qui signifierait selon moi que le principal, le *souverain* remède serait l'iodoforme et le *bon aide*, capable de ne rien gâter, serait le nitrate d'argent.

Fort probablement l'excellent D.r Rampoldi n'est pas arrivé

à cette même conclusion, ou du moins il n'a pas voulu l'affirmer explicitement, parceque, quoiqne depuis quatre ou cinq ans il ait l'occasion, ainsi qu'il le dit, de soigner journellement plus d'une centaine de malades, il n'a pas vu certainement une multitude de cas rebelles au pouvoir souverain du nitrate d'argent, égale à celle que peut avoir observé qui, depuis plus de vingt ans, a eu l'occasion de traiter chaque jour un nombre de malades aussi élevé que le sien.

Moi même du reste, bien que les nombreuses désillusions éprouvées eussent diminué mon ancienne confiance dans l'efficacité superlative de ce remède pour le traitement des *conjonctivites virulentes*, je n'aurais peut-être pas osé lui substituer l'usage presque exclusif de l'iodoforme dans les circonstances les plus sérieuses, si dans un laps de temps assez court il ne m'était arrivé de rencontrer contemporainement un groupe de cas graves, à peu près de même nature, où il me fut donné de confronter les effets du traitement par l'emploi simultané des deux remèdes avec ceux du traitement où l'iodoforme était mis en usage d'une manière presque exclusive et méthodique. Je consacrerai les dernières pages de cet opuscule au récit détaillé des cas aux quels je fais allusion, mais en attendant, à l'appui de ma thèse, je juge indispensable d'en donner de suite un bref résumé.

Le premièr ou pour mieux dire les deux premiers faits qui me fournirent l'occasion d'établir la comparaison sus-énoncée, se rapportent à un malade qui fut admis une première fois à la Clinique de l'Institut Ophtalmique par suite d'un *catarrhe conjonctival très aigu* à l'œil droit déja compliqué d'un *chémosis* et d'un *large ulcère de la cornée;* traité par l'iodoforme associé à l'ésérine il guérit en quelques semaines conservant une cicatrice de la cornée adhérente à l'iris qui rendit nécessaire une iridectomie d'où l'on obtint un colobome régulier très-utile à la vision. Un mois plus tard, me trouvant absent pour cause de maladie, il revint avec une nouvelle attaque de conjonctivite encore plus grave, c'est à dire pyorrhèique, dans les deux yeux, et mon assistant n'osa pas, comme je ne l'aurais osé moi-même, limiter le traitement à la poudre iodoformique, mais employa aussitot la pierre infernale et les irrîgations d'ésérine. Malheureusement néanmoins, ces expédients ne réussirent pas à empêcher, au troisième jour, la manifestation d'une

large *opacité grise* de la *cornée* suivie bientôt d'un véritable sphacèle ulcéreux; on eut immédiatement recours à l'iodoforme alterné avec les touches de la pierre infernale et enfin on se servit de l'iodoforme seul, mais malheureusement l'issue finale de cette longue maladie fut pour l'un et l'autre œil une vaste cicatrice staphylomateuse et la cecité complète.

Le second cas se rapporte à un jeune militaire reçu à l'Institut pour une *ophtalmie granuleuse aiguë* avec *pyorrhée* à l'œil droit qui se manifesta aussi dans l'œil gauche huit jours plus tard, lorque les applications réitérées de poudre iodoformique, sans arrêter les graves complications cornéennes, avaient cependant diminué l'abondance et modifié l'aspect de la pyorrhée. Allarmé de cette nouvelle intervention je ne me fiai pas à répéter le même traitement dans cet œil, mais je crus prudent d'y associer les frictions de la pierre sur les conjonctives palpébrales que j'exécutai également une première fois sur l'œil droit. A ce dernier néanmoins je ne les renouvelai que deux fois parce qu'elles produisaient des douleurs trop prolongées et parce qu'elles me semblaient empirer les conditions de la cornée; dans l'œil gauche au contraire j'en poursuivis l'application, car elles me semblaient mieux tolérées, mais je dus aussi les suspendre et en revenir comme pour l'œil droit à l'iodoforme associé avec l'ésérine, parce que, ou à cause d'elles ou malgré elles, les choses semblaient empirer. Le résultat final de cette cure qui ne fut pas malheureusement de courte durée, fut la perte irréparable de l'œil gauche tandis que celui de droite traité presque exclusivement par l'iodoforme guérit complètement avec un simple et léger résidu nébuleux au centre de la cornée, et aujourd'hui l'individu gagne sa vie en qualité d'instituteur dans une maison d'éducation à Monza.

Le même jour où ce jeune militaire était entré à l'Etablissement un troisième malade se présentait avec une ophtalmie granuleuse aiguë limitée à l'œil gauche, qui avait déja souffert un traumatisme et dont il restait un vaste leucome central de la cornée et une cataracte capsulo-lenticulaire adhérente à l'iris. Un mois avant il était sorti de la clinique où il avait subi une iridectomie préparatoire à l'extraction de cette cataracte, et, précisément lorsque je l'attendais pour exécuter cette opération il revenait avec les plus graves symptômes de la conjonctivite granuleuse aiguë. On tenta une seule fois les frictions de ni-

trate sur les conjonctives palpébrales, mais en présence des souffrances très douloureuses qu'elles produisirent et reconnaissant l'aggravement de la pyorrhée et du chimosis et une nouvelle ulcération de la cicatrice cornéenne qui menaçait le sphacèle de la partie même la plus périphérique, on substitua de suite aux frictions les pulvérisations d'iodoforme alternées avec les injections d'ésérine, qui furent continuées pendant vingt jours, aboutissant au résultat d'une amélioration, de l'éclaircissement notable de la périphérie du leucome, au retour de la chambre antérieure et enfin à la résolution complète des granulations dans un état tel de pouvoir encore permettre l'extraction de la lentille cataracteuse.

Un quatrième cas enfin, et plus grave que les trois précédents, nous fut offert par une jeune fille éminemment scrofuleuse, que nous avait envoyée et recommandée l'excellent M.r Pierd'houy docteur oculiste. Cette malade, par suite d'une très grave ophtalmie aiguë granulo-trachomateuse, présentait l'œil gauche ni plus ni moins que comme un staphylome rameux en voie de formation. Hé bien, dans ce cas encore les simples pulvérisations d'iodoforme répétées jusqu'à trois fois par jour et en abondance pendant les premières semaines, les instillations d'ésérine et le bandage compressif obtinrent dans un laps de temps assez bref de telles modifications progressives que, quiconque n'aurait pas vu alors la malade ne pourrait se persuader en voyant aujourd'hui les légères nébulosités qui restent sur la cornée que cette infirme fût attaquée d'une pyorrhée de la conjonctive palpebrale, compliquée d'un sphacèle ulcéreux de la cornée et par de nombreux et larges dévoilements de l'iris.

De là il appert donc clairement que dans ces quatre cas, lorsque par le moyen du seul iodoforme j'obtenais cinq victoires, l'emploi simultané de l'iodoforme et du nitrate d'argent ne me produisait au contraire que trois défaites complètement irréparables.

A la suite de ces faits que j'avais constatés personnellement, il était donc naturel que ma confiance dans ce nouveau remède devint plus grande, bien que déja fondée par les récits de cas de même nature qu'avaient fait MM. Guaita, Rampoldi et autres auteurs étrangers. Je fus encouragé avec toute raison par cette augmentation de confiance à expérimenter ce médicament seul

et sans le secours d'autres agents thérapeutiques pour être à même de me rendre un compte exact de ses propriétés caractéristiques et de son plus ou moins d'efficacité, comparativement aux autres et spécialement au nitrate d'argent, considéré jusqu'ici comme le meilleur des modificateurs des processus virulents de la conjonctivite.

En dilatant de plus en plus l'emploi de l'iodoforme dans les cas graves ainsi que dans les circonstances de majeure acuité des différentes espèces de conjonctivites blennorrhagiques qui s'offraient à moi, soit chez les malades du dispensaire, comme chez ceux qu'il m'était permis d'accueillir à la Clinique, je constatai en premier lieu qu'il causait une légère et courte douleur, non certes les souffrances immédiates, consécutives et prolongées qu'a l'habitude de produire le nitrate d'argent, quelle que soit la forme sous la quelle il est administré; en second lieu que cette douleur n'était ni plus forte ni de plus longue durée lorsqu'on en faisait même un emploi généreux pour asperger entièrement le sac conjonctival et la surface cornéenne, pourvu que la poudre fut réduite à une parfaite porphyrisation, tandis que personne n'ignore et ne pourra nier que le nitrate ou trop fréquemment employé ou en solutions trop saturées, outre les douleurs dont il est cause, peut, dans les cas graves et compliqués, être souvent dangereux et quelques fois nuisible.

J'ai en outre observé que si l'iodoforme employé lorsqu'il existe une activité hypérémique ou qu'il y a une considérable turgescence œdémateuse de la conjonctive, signes caractéristiques des formes blennorrhagiques, ne produit pas l'action détumescente que quelques praticiens lui attribuent, et que je crois avoir reconnue moi-même, quand l'élément hypérémique, quoique actif, est néanmoins superficiel et limité, il est toutefois certain qu'il ne produit pas un surcroit d'hypérémie ou de turgescence ce qui se vérifie toujours et immédiatement après l'application du nitrate d'argent sous n'importe quelle forme.

J'ai encore remarqué que si l'on exécute les pulvérisations iodoformiques lorsque l'ophtalmie blennorrhagique ou même la conjonctivite granuleuse aiguë sont encore à l'état ainsi dit d'hydrorrhée, la sécrétion pyorrhéique ne se manifeste jamais aussi abondamment que lorsque la progression a été abandonnée à ses évolutions spontanées; au contraire lorsqu'elle s'est déja

manifestée, on la voit la plus part du temps diminuer d'intensité après quelques pulvérisations, ou tout au moins changer d'aspect, car de jaunâtre, dense et floconneuse elle se fait blanchâtre, légère et fluide, prenant l'apparence du petit-lait bouilli. Je ne me rappelle vraiment pas d'avoir jamais observé des modifications aussi immédiates, ou du moins aussi rapides par l'emploi du nitrate d'argent, surtout dans le traitement des ophtalmo-blennorrhées les plus graves des nouveau-nés ou des jeunes enfants, car la douleur excessive et prolongée qu'ils en ressentaient les forçant à pleurer, à crier, à s'agiter, augmentait l'hypérhémie et la tuméfaction de la conjonctive blépharo bulbaire ce qui, outre d'empêcher la diminution de la pyorrhée, était une cause ou tout au moins le motif déterminant de complications graves et souvent fatales.

Je n'ose dire pourtant que l'iodoforme seul puisse obvier à ces manifestations ou, pour mieux dire, qu'il ait la capacité d'empêcher de plus ou moins graves ulcérations marginales ou centrales de la cornée, puisque je les ai vues souvent se déclarer malgré le traitement iodoformique, aussi bien chez les jeunes enfants que chez les adultes, surtout quand il s'agissait d'individus grêles ou lymphatiques ou de sujets peu et mal nourris ou affaiblis par des excès alcooliques, ou pis encore par quelque véritable dyscrasie sanguine.

Mais plus vite il m'était donné de commencer le traitement iodoformique et les instillations d'ésérine ainsi que les irrigations détersives à l'eau boriquée, d'autant moins graves et étendues étaient ces complications cornéennes dont la résolution était plus rapide, ne laissant que des résidus insignifiants. Si au contraire le malade m'était présenté trop tardivement et qu'en conséquence plus graves fussent les complications de la cornée, je ne me décourageais pas pour autant, mais comme s'il se fut agi de cas presque désespérés et avec la même énergie qui me faisait recourir par le passé au nitrate d'argent, je mettais généreusement la main à l'iodoforme, l'appliquant deux et même trois fois par jour. Or, je puis dire d'avoir obtenu dans la plus part des cas indiqués des résultats vraiment splendides, non seulement sur des enfants qui, par la nature même de leurs tissus à peine formés, présentent moins de résistance aux causes irritantes ordinaires ainsi qu'à l'influence des principes parasites ou non, mais aussi sur des adultes qui,

quoique pourvus de tissus moins vulnérables ou plus résistants par suite de leur organisation plus solide et plus parfaite, sont néanmoins plus exposés à subir le dérangement ou le défaut d'équilibre des nerfs par l'influence souvent pernicieuse qu'éxerce sur eux les conditions morales, dérangement qui augmente surément leur vulnérabilité et diminue la résistance des tissus malades aux pervertissements nutritifs qui les a envahis ou à ses causes tant ordinaires qu'extraordinaires.

Juillet 1889.

V.

Trois ans environ se sont écoulés depuis que, spécialement à cause de lugubres circonstances qu'il ne me sera jamais donné d'oublier, j'ai dû forcément suspendre la publication de mes *Etudes pratiques* relatives à l'emploi clinique de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, et j'aurais peut-être renoncé à la velléité de la recommencer dans le but de compléter le programme que je m'étais tracé, si dans cet intervalle l'expérience m'avait contraint à changer de conviction ou même simplement à la modifier relativement à l'utilité superlative de ce remède ou si j'avais pu acquérir la persuasion qu'à cette heure la majorité des studieux de choses oculistiques partage mes idées. Dans le premier cas c'eut été chose sans opportunité, dans l'autre tout au-moins superflue de revenir sur un argument ou suffisamment débattu ou déjà sanctionné par le plus grand nombre.

Mais comme les ultérieures et continuelles applications que je n'ai cessé d'en faire ont toujours mieux et de plus en plus fortifiée les opinions que jai énoncées dans la première partie de ces Notes et comme au surplus j'ai eu plusieurs fois occasion, et récemment même, de constater qu'il y a encore bon nombre de praticiens qui nient l'efficacité de ce médicament sans en avoir fait l'experimentation, et d'autres qui par un injuste esprit de contradiction vont jusqu'au point de le calomnier en l'appelant *nuisible* par la seule raison fort probablement qu'à l'instar de tous les autres de ce monde ce remède ne réussit pas à guérir toujours et chez tous les malades les affections dans

les quelles il est spécialement recommandé; pour tout cela je crois qu'il vaut encore la peine de reprendre mon discours là où il avait été abandonné.

Je dirai en premier lieu, et ceci comme complément à ce que j'ai écrit relativement à la préférence que mérite l'emploi presqu'exclusif de l'iodoforme comparativement à son usage simultané ou alternatif avec le nitrate d'argent dans le traitement des différentes variétés de *conjonctivites purulentes ou blennorrhagiques,* celles des nouveaux-nés et des enfants comprises, je dirai donc que s'il existe un moyen qui puisse sans danger augmenter la valeur antiseptique ou tout au-moins anticatarrhale de l'iodoforme, ce moyen est le mélange spécial d'iodure de potassium et de nitrate d'argent qui constitue ce qu'on nomme l'*iodure d'argent naissant* (1).

Il fut pour la première fois proposé par Sédan de Paris dès l'année 1883, mais, vraiment, je n'en avais aucune notion et je ne pus l'expérimenter qu'après en avoir entendu faire l'éloge par le Nestor des oculistes Belges, le D.r Warlomont, lorsque, au mois d'avril 1886 je fus à S.n Remo lui rendre la visite qu'il avait fait l'année précédente à mon Institut.

Ce mélange, je puis l'affirmer, manifeste toute l'efficacité, sans présenter ou produire aucun des inconvénients qui peuvent résulter du nitrate d'argent à dose caustique, quelle que soit la forme de son emploi. Je ne me hazarde pas d'affirmer si l'homogénéité qui existe entre l'iodoforme et l'un des éléments du mélange susdit, c'est à dire l'*iodure de potassium,* est la cause principale on unique qui lui fait accélérer les modifications quantitatives et qualificatives des virulentes hypersécrétions, tandis qu'il sert à modérer les agissements excessifs et les inconvénients relatifs que pourrait apporter l'autre élément de mélange, savoir le nitrate d'argent, s'il était employé seul dans

---

(1) Voir la *Gazette medicale lombarde* N. 30 du 1886 et le *Bulletin d'oculistique* de Florence N. 16 du 1886, l'article de mon assistant D.r G. Grasselli sur l'*Jodure d'argent naissant,* qui se prépare sur le champ en mélangeant deux goutes de solution de nitrate d'argent et 4 goutes d'iodure de potassium préparé selon la formule suivante:

Jodure de potassium gr. 3.32 d. dans eau distill. gr. 3.50
Glicerine très pure gr. 6.50
Nitr. d'argent cristall.a gr. 3.56 d. en eau distill. gr. 3.50
Glicerine très pure gr. 6.50.

des proportions de saturation. Persuadé que les théories sont des femmes, séduisantes et trompeuses, que les faits au contraire sont mâles et conséquemment démonstratifs et convainquants, et sans chercher à leur donner une explication soit chimique soit dinamique, je me limite à constater deux faits que j'ai observés et que quiconque peut contrôler en répétant les mêmes expériences:

1° C'est que lorsque dans les conjonctivites aiguës plus ou moins virulentes je ne réussissais pas à obtenir rapidement par les seules pulvérisations iodoformiques les modifications quantitatives et qualificatives des produits morbides caractéristiques, il suffisait de quelques simples applications méthodiques de l'iodure d'argent pour arriver au but désiré, et en continuant alors le traitement par l'emploi exclusif de l'iodoforme on obtenait dans un temps assez court la résolution de la maladie.

2° C'est qu'en ayant immédiatement recours à l'iodure d'argent alterné avec les pulvérisations iodoformiques dès que se déclaraient les sécrétions catarrhales ou pyorrhéiques plus ou moins abondantes leur diminution se manifestait bien plus rapidement et les complications cornéennes ne se produisaient pas ou du moins n'étaient plus que limitées et superficielles.

J'ai donc déduit et conclu de ce fait que tandisque l'usage simultané de l'iodoforme et des faibles solutions de nitrate d'argent n'ont aucune ou une bien mince efficacité, et qu'il peut devenir dangereux de recourir aux solutions saturées, c'est-à-dire à ce qu'on nomme la méthode classique des applications du nitrate par le moyen du pinceau ou aux frictions par la pierre infernale dans les cas plus graves et virulents, lorsque la turgescence de la conjonctive blépharo-bulbaire rend très difficile, pour ne pas dire impossible le renversement des paupières et la modification d'une manière ou de l'autre d'une entière surface de la muqueuse conjonctivale, l'emploi au contraire, même une seule fois par jour, de l'iodure d'argent préparé sur l'heure, obtient rapidement le but désiré de diminuer la virulence des sécrétions. Arrivé à ce poiut on peut parfaitement continuer ou finir le traitement par le simple iodoforme, sauf à recourir de rechef à l'aide très efficace de l'iodure lorsque quelque recrudescence catarrhale ou pyorrhéique en signalerait le besoin.

Dans un travail qui suivra de près celui-ci, je parlerai des cas et des modes où, selon moi, il peut être utile d'associer ou d'alterner l'usage de l'iodoforme avec de faibles irrigations de sublimé corrosif au lieu d'avoir recours à l'iodure d'argent; mais je devrai répéter alors, comme je déclare dès à présent, que la majeure efficacité de modérer la violence et la virulence des progrès blennorrhagiques peut ou doit être cherchée dans l'action des pulvérisations abondantes iodoformiques, surtout à cause de sa prolongation ou continuité et par la raison en outre qu'elles sont toujours parfaitement tolérées, tandisque la réussite en serait impossible par les aspertions, même une seule fois par jour, de l'iodure d'argent ou les injections de sublimé si on les faisait trop saturées ou trop prolongées.

Mais contre cette convinction profondément enracinée chez moi sur la tolérance constante de l'iodoforme par les malades, pourvu qu'il soit bien confectionné et très finement porphyrisé, j'ai lu, non sans une grande surprise qui me força à réflechir, dans la notice du D.r Rampoldi concernant l'iodoforme, que la conjonctive possédant une grande force d'absorption, spécialement chez les petits enfants, l'iodoforme mis en circulation pourrait donner origine à des *catarrhes intestinaux, à des hématuries, et à d'autres accidents* redoutables. En présence des graves conséquences mentionnées per le D.r Rampoldi comme théoriquement possibles et que seul le D.r Cicardi, en ce temps là son assistant, déclare dans sa publication avoir été vérifiées par son Maître qui, dit-il, a l'occasion de soigner journellement une centaine de malades, je me crus obligé, bien que pour ma part je ne me sois jamais trouvé dans la circostance de les vérifier, de faire sur les jeunes enfants mis sous mon traitement iodoformique des recherches suffisantes à prouver si ce remède, quoique non dissout, mais en poudre, est réellement absorbé surtout par les enfants en bas âge. A cet effet je chargeai un chimiste distingué d'examiner les urines des enfants traités par l'iodoforme afin de vérifier si par les solutions d'amidon on pourrait obtenir la colorisation caractéristique de l'iodure d'amidon qui démontre chez elles la présence de l'iodure ou d'une préparation iodique. Or, je puis assérer que l'on n'arriva jamais à obtenir une pareille réaction si ce n'est dans les cas où l'enfant, en surplus du traitement local iodoformique, faisait usage interne du sirop de Dupasquier ou de tout autre médicament contenant de l'iode.

Je fus extrêmement satisfait de cette constatation car c'est précisément dans les plus graves conjonctivites pyorrhéiques et membraneuses et même croupales des nouveau-nés et des enfants que l'usage presqu'exclusif de l'iodoforme est toujours toléré et d'autant plus utile que le nitrate d'argent est intolérable et même dangereux. Si au contraire il me fallait croire qu'il arrive facilement ce que le D.r Rampoldi a pu constater en voie exceptionnelle, j'en serais affligé parce que je me verrais forcé par une prudence clinique obligatoire à priver un nombre considérable de malades des bénéfices, pour moi incontestables, de l'iodoforme et dont un des principaux est de ne causer ni douleurs, ni malaises, ni les larmes abondantes dont quiconque comprendra la gravité et le danger chez les petits malades qui ont forcément la cornée peu étendue et mince attaquée en surplus ou vulnérable par la turgescence chémotique de la conjonctive, ou par des ulcérations déja éventuellement déclarées ou encore par l'abondance des virulentes sécrétions de la conjonctive.

Le fait au surplus que chez les enfants comme chez les adultes — d'après mon expérience et celle d'autrui — tant les abcès que les ulcérations de la cornée consécutives à l'état aïgu ou virulent de la conjonctivite, ne recevaient aucun dommage, mais subissaient des modifications satisfaisantes et de plus rapides réparations sous l'influence des pulvérisations iodoformiques, m'encouragea à en étendre l'emploi même dans le traitement des formes primitives ou spontanées ou encore traumatiques de la keratite ulcéreuse ou suppurative, c'est à dire dans les ulcères atoniques ou non de la cornée de même que dans ses abcès et ses sphacèles de caractère infectif ou consécutif au traumatisme. Or je puis dire de m'en être trouvé très satisfait quoique persuadé que les avantages de la limitation des abcès ou de la plus rapide élimination des éléments mortifiés, de même que la plus prompte et presque physiologique réparation soient dus en grande partie ou à une opportune intervention chirurgique (paracentèse de Saemisch) ou à l'influence antiseptique spéciale des irrigations moyennant les solutions boriques ou celles de sublimé ou encore à celle non moins énergique et iminemment tonique des instillations réitérées d'ésérine. Celles-ci, en effet, en outre de rendre et maintenir plus libres les voies périphériques antérieures de filtration de l'humeur aqueuse,

servent à éloigner forcément l'iris du champ infecté de la cornée ulcérée ou suppurante et aident peut-être aussi la réparation des lacunes de substance survenues en elles, et sont conséquemment d'autant plus indiquées et utiles comme complément da la cure iodoformique que contre indiquées et inopportunes les instillations d'atropine que plusieurs emploient encore malgré que les effets résultant soient complètement opposés à ceux de l'esérine.

Cela n'empêche pas néanmoins que, spécialement avant la constation de l'efficacité antiseptique d'une énergie supérieure de la cautérisation ignée du termo-cautère de Poquelin ou du galvano-caustique, l'action protectrice prolongée de l'iodoforme ne fut considérée comme la meilleure des ressources, qui servait avec l'ésérine à hâter la réparation des ulcères ou des abcés, même étendus ou profonds de la cornée, et qu'elle ne le soit encore aujourd'hui lorsque l'on na pas l'opportunité de se servir en temps voulu des susdits agents antiseptiques d'une énergie supérieure incontestable.

Il n'est pas moins vrai que, même après avoir obtenu par des cautérisations méthodiques une importante neutralisation des éléments infectifs et une modification non moins importante des effets relatifs, les pulvérisations iodoformiques continuent à être indispensables par suite de la précieuse efficacité qu'elles possèdent de couvrir et protéger les lacunes de substance, provoquées d'abord par le processus morbide et ensuite par la destruction thérapeutique de la cautérisation elle même. En effet, il est évident que, sans la protection plus ou moins asseptique d'une couche abondante de cette poudre, le conctact direct de la muqueuse palpébrale affectée par l'état infectif ou tout au moins par un commencement d'infection à découvert ne pourrait consécutivement qu'accroitre la virulence de la phase que le D.r Rampoldi appelle fort judicieusement *auto-infection de la cornée,* tandisque l'interposition de l'iodoforme a indubitablement le pouvoir de la défendre contre ce danger ultérieur, même lorsqu'il s'est déja manifesté, soit par la conséquence du mal lui-même, soit à cause des remèdes, une perforation de la cornée avec avancement de l'iris.

Je dois déclarer ici que sous un tel point de vue je ne partage aucunement les scrupules du D.r Rampoldi qui, tout en étant d'accord avec moi et avec tous les partisants de l'iodoforme

sur l'utilité de ce remède dans le traitement de toutes les affections infectives de la cornée, primitives ou consécutives à des procédés morbides virulents de la conjonctive, s'épouvante et en déconseille l'usage lorsqu'est survenue la perforation et surtout s'il y a déjà projection de l'iris. D'après son opinion, l'iodoforme en contact avec l'iris y provoque une augmentation d'hypérémie artérielle et même l'hypohémas et l'émophtalmos avec les conséquences relatives qui, selon lui, peuvent être très graves. Moi, au contraire, qui en ai fait un usage surément plus réitéré que le D.r Rampoldi, et sans restriction, sans craintes, sans idées théoriques négatives préconçues, je puis affirmer de n'avoir jamais, au grand jamais, constaté aucun des inconvénients signalés, même en employent ces pulvérisations lorsque la cornée était déjà perforée ou spontanément ou à la suite de quelque opération, telle que l'incision de Saemisch ou la cautérisation ignée. Ce qui m'affermit dans la conviction que l'iodoforme n'est jamais nuisible, même quand on le met en contact direct avec l'iris, ce fut un cas aussi curieux qu'éloquent que j'eus l'occasion d'observer et que je crois utile de rapporter.

Habitué déjà depuis quelque temps à pulvériser l'œil d'iodoforme après n'importe quelle opération, il m'arriva une fois qu'ayant executé l'extraction linéaire simple d'une cataracte *semi-molle* consécutive à une blessure de la cornée, de l'iris et de la lentille, je m'aperçus, 24 heures après l'opération, que quelques atômes d'iodoforme dont j'avais abondamment aspergé l'œil, étaient pénétrés dans la chambre intérieure et reposaient précisément, partie sur la ramée cataracteuse, partie sur les bords mêmes du sphincter iridien. Hé bien, cet inconvénient accidentel n'avait pas provoqué le moindre degré d'hypohémas, quoique l'iris eut été précédemment attaqué par le traumatisme, mais il en était résulté une légère hypérémie péricornéenne et un spasme évident du sphincter iridien qu'on ne put faire disparaitre par la paralysation de ses fibres circulaires moyennant les instillations réitérées d'atropine, mais qui céda de suite à l'excitation produite par deux seules instillations de cocaïne, et en peu de jours on put vérifier la résorption des fragments cataracteux aussi bien que des atômes iodoformiques. Ce fait s'est renouvellé plusieurs fois, même à la suite d'opérations de cataractes exécutées selon la méthode de Graeffe et celle de Wecker, c'est à dire sans iridectomie, et pourtant je n'eus

jamais à constater ni fortes irritations, ni hémorragies intra-oculaires par suite du conctact de l'iodoforme sur l'iris avec ou sans blessure. — Je ne cessais donc jamais d'employer abondamment l'iodoforme chaque fois qu'il m'arrivait de soigner des ulcérations cornéennes même dans les cas où il y avait un avancement plus ou moins volumineux de l'iris et je n'ai jamais eu jusqu'ici à m'en repentir. Au contraire je me souviens d'un cas très aigu d'ophtalmie granuleuse où la gangrène ulcéreuse centrale de la cornée, dérivant d'un énorme étranglement chémotique, avait provoqué un avancement de l'iris tellement volumineux que je me vis contraint à exécuter au moyen des ciseaux, non pas une seule, mais plusieurs incisions rayonnantes de l'iris projeté dans le but d'évacuer le cristallin et de produire ainsi la cessation du processus et des douleurs relatives, en hâtant la phtisie du bulbe. A ma surprise grande, je ne vis point sortir le cristallin, ou parce qu'il était déjà sorti sans que je m'en apperçus pendant que l'œil conservait son bandage ou parce que les coupures rayonnantes sur les fibres du sphincter de l'iris avaient intéressé contemporainement la capsule de la lentille produisant la chute de ses fragments dans la chambre postérieure. Le fait est que, après une abondante pulvérisation d'iodoforme, j'exécutai un méthodique bandage compressif que je n'enlevai qu'au bout de trois jours. Le premier résultat que j'eus à constater fut la complète rétraction de l'iris avancé, d'où je m'attendais à l'atrophie du bulbe, tandis que l'issue finale fut un simple leucome central adhérent tant soit peu vascularisé, mais peu étendu, la réparation, avec transparence du tissu, de toute la périphérie de la cornée qui était restée pendant plusieurs semaines comme enfouie sous la turgescence chémotique de la conjonctive, et qui, ayant présenté en tout ce temps une coloration grisâtre, donnait à croire qu'elle était destinée à une nécrose irréparable. On vit se rétablir avec le temps dans le tiers supérieur et tout autour de la cicatrice leucomateuse un espace évident de chambre antérieure qui suffisait à indiquer et à permettre une iridectomie optico-curative. Je me sentais entrainé à cette opération par le fait que chez le patient il y avait, comme il y a encore aujourd'hui, après trois ans, perception non seulement de la lumière, mais aussi de l'ombre et du mouvement des objets placés au haut et sur les cotés pendant qu'il dirige l'œil vers le bas.

Malheureusement, même dans ce cas il est arrivé ce qui n'advient que trop fréquemment chez les malades, et spécialement chez ceux attaqués d'ophtalmie, les quels devraient avoir un peu plus de reconnaissance et surtout plus de confiance dans l'oculiste qui les a soigné, et qui ne gardent pas l'une et perdent l'autre par le simple motif qu'il n'a pas su faire l'impossible, c'est à dire rendre l'aspect de l'œil et le degré visuel égaux au moins, si ce n'est meilleurs à ce qu'ils étaient avant leur maladie. De même est il arrivé pour le jeune Vacchelli, l'individu en question, qui quoique comptable et intelligent, aurait dû par souvenir de son cas et par les succès dont il fut témoin chez d'autres pendant son séjour à ma Clinique, avoir une entière confiance en moi, n'a pas su se résoudre à subir une opération et se laisse au contraire dissuader ou par les préoccupations de la peur ou par les sottes insinuations de quelque femmelette. Cette raison fait que je ne suis pas dans le cas de prouver d'une manière incontestable que grâce à l'iodoforme il a été possible de réintégrer une cornée presqu'entièrement détruite, mais qu'on est réussi à la rétablir dans un état tel qui suffirait, moyennant l'iridectomie, à y établir une pupille optiquement utile. Mais, par contre, j'ai eu dans ce résultat splendide une preuve éloquente que les scrupules du D.r Rampoldi sur les dangers et les dommages de l'iodoforme au conctact de l'iris ne sont point justifiés par l'expérience clinique.

C'est précisément pour cela que je n'ai jamais délaissé et que je continue à en faire usage non seulement dans le traitement des complications cornéennes secondaires ou successives aux conjonctivites purulentes, mais aussi dans toutes les formes ulcéreuses ou suppuratives de la cornée sthéniques ou atoniques, tant spontanées ou infectives que rhumatismales ou traumatiques, qui peuvent, comme le dit fort justement le D.r Rampoldi, devenir même infectives.

Lorsque pourtant dans la première série de cas, ou par suite de l'extrême violence et virulence de la concjonctivite ou par un exceptionnel amincissement de la cornée, caractéristique chez certains enfants flasques ou cachectiques le processus de nécrobiosis cornéenne parvenait à avoir le dessus nous ne réussîmes pas toujours à éviter qu'il n'en résultât la hernie plus ou moins complète de l'iris mais encore la sortie de la len-

tille et quelques fois même une grande partie de l'humeur vitreuse. Néanmoins même dans ces cas en associant aux abondantes pulvérisations d'iodoforme le bandage méthodique compressif nous arrivâmes toujours à éviter la formation du *staphilome total* ainsi que les douleurs concomitantes successives. Au lieu de celà il résultait une simple cicatrice plane apte à une bonne prothèse si un seul des yeux était compromis et en tout cas une difformité nullement repoussante et sans inclination à ces tardives recrudescences purement irritatives et même flegmoneuses, très douloureuses aux quelles sont fort souvent sujets les staphilômes proprement dits par cause de la résistance inégale de la néoformation cicatricielle, par l'abondance plus ou moins grande des sécrétions intrabulbaires altérées on dégénérées ou par l'effet du continuel étranglement que subissent les brides iridiennes ou iridociliaires identifiées avec la cicatrice.

Pour compléter l'énumération des indications que peut avoir l'iodoforme dans le traitement des maladies oculaires il me resterait à examiner s'il possède réellement une action *nicotique* outre celle de diminuer la pression endoculaire et qui le fit juger par quelques auteurs, ainsi que je l'ai dit dès le commencement de ces pages, comme agent très utile, toujours, s'entend-il, sous forme de poudre dans le traitement des phénomènes glaucomateux qui traversent quelques fois le décours de la conjonctivite granulo-trachomateuse, soit du trachôme compliqué de pannus, de congestion iridociliaire et de névralgies renaissantes, de même que dans le traitement des formes primitives d'*irido-choroïdite* séreuse ou dans celles des vrais prodrômes du trachôme. Je ne saurais à cet égard me prononcer d'une manière absolue, car je n'ai jamais osé, ou du moins très rarement, confier au seul iodoforme le traitement de semblables états morbides, tandisque dans ces cas j'associai constamment l'usage de l'ésérine et de la cocaïne et conséquemment je ne pourrais raisonnablement affirmer si à l'une plus qu'à l'autre il faut attribuer les modification constatées dans la marche de ces processus moyennant l'usage simultané de l'une et de l'autre. Il est certain pourtant que je n'ai jamais eu à vérifier que l'iodoforme fut nuisible ou qu'il compromit éventuellement les effets utiles de la cocaïne ou de l'ésérine ou de ces deux remèdes qui ont en commun

la faculté d'atténuer la pression endoculaire anomale et excessive. J'ajouterai au surplus que lorsqu'il me sembla, dans quelques cas, que l'action insuffisante de ces deux médicaments était renforcée par les pulvérisations iodoformiques, dans d'autres au contraire où l'éfficacité de la cocaïne et de l'ésérine semblait plutôt négative ou nuisible, l'iodoforme seul était bien toléré et se manifestait avantageux. Je me rappelle, par exemple d'avoir eu il y a cinq ans un certain malade de la bourgade de Cernobbio, chaudement recommandé par le médecin du pays conséquemment à une très grave affection granulo-trachomateuse de plusieurs années qui s'était montrée obstinément et constamment rebelle non seulement à l'usage des caustiques, mais encore à tous les autres expédients successivement conseillés par des spécialistes respectables. Lorsque cet individu fut admis à ma Clinique outre les paupières tuméfiées et ædemateuses et la conjonctive elle aussi enflée par d'énormes granulations papillaires associées aux granules jaunes du trachôme, il présentait en outre un pannus pustuleux hypérémique conjoint à une évidente congestion ciliaire avec photophobie intense, larmoîment continuel, névralgies ciliaires réitérées et avait en plus les deux bulbes énormément tendus et durs au point de ressembler à deux yeux glaucomateux. En présence de ce tableau imposant nous ne nous crûmes pas autorisé à expérimenter de nouveau les remèdes locaux jusqu'alors inutilement mis en usage, ni à répéter les applications de sangsues, les scarifications, les révulsions cutanées et intestinales ou les pediluves qui n'avaient abouti à rien. Je me bornai donc les premiers jours à alterner les épithèmes arhomatiques chauds aux cataplasmes, en instillant dans l'œil l'atropine seule d'abord et ensuite associée à la cocaïne et en administrant la quinine à l'intérieur, mais tous ces expédients ne faisaient qu'empirer le cadre symptomatique; je remplaçai l'atropine par l'ésérine et cocaïne en les alternant avec la pommade de quinine; le mal n'empira pas, mais resta stationnaire et sans variation l'accroissement de tension endoculaire. J'allais prendre la décision d'exécuter la paracentèse cornéenne que j'avais l'intention de répéter, mais je voulus néanmoins tenter auparavant les pulvérisations iodoformiques que je réitérai deux fois dans la journée, sans y associer aucun autre remède. Hé bien, je puis assurer, même au risque de faire sourrice quelques méphisto-

phélès de talent, qui ont le tort grave de ne croire à rien, pas même à eux peut-être, je puis assurer, dis-je, que j'obtins de ce seul médicament une amélioration immédiate, d'abord dans les symptômes nerveux qui fatignaient le plus mon malade, et ensuite la disparition graduelle de l'hypérémie blépharo-bulbaire et le réclaircissement de la cornée, de sorte que le patient après six semaines seulement put être congédié.

Enfin pour parachever cet argeument selon le plan que jai préalablement établi, il ne me reste plus qu'à ajouter quelques considérations sur la vertu antiseptique ou du moins aseptique et cicatrisante de l'iodoforme, ce qui lui acquiert la recommandation d'être employé successivement à la suite de la plus part des opérations de chirurgie oculaire. Mais il me faut au préalable faire ici une déclaration et c'est que si trois ans au paravanf j'eusse dû manifester mes convictions à ce sujet j'aurais affirmé explicitement qu'il n'existe aucun autre remède plus apte à protéger et préserver les blessures chirurgicales de l'œil et de ses dépendances contre l'influence pernicieuse des micro-organismes infectifs, de même que pour en hâter et en assurer le processus de réparation et de cicatrisation. Depuis que je me suis au contraire familarisé avec l'usage des irrigations de sublimé j'ai dû me convaincre que la majeure efficaité appartient à ce dernier tandisque les pulvérisations iodoformiques n'ont que le mérite d'être un aide, très utile cependant en ce que par leur action continue, quoique moins énergique, elles prolongent sans danger et sans inconvénient l'effet antiseptique exercé d'abord par le sublimé dont l'action, si elle est trop prolongée, pourrait produire des résultats même très dangereux.

Je commence par confirmer ce que jai dit dès le début de ces pages en citant les auteurs italiens et étrangers qui ont affirmé l'utilité des pulvérisations d'iodoforme impalpable comme médication á la suite des opérations d'ectropion, d'entropion, de trichiasis, de distichiasis, et de ptérigion et après les exportations de chalazions et autres tumeurs palpébrales. Par ce moyen, je puis le répéter encore, ou évite presqu'entièrement les suppurations, et les blessures chirurgicales guérissent le plus souvent, pour ne par dire toujours, de prime abord. Pour obtenir, par exemple, la réduction de l'ectropion cicatriciel successif aux péryosistes primitives, ou aux brulures ou autres genres de traumatismes, nous avons exécuté au moins douze

fois une opération assez compliquée et toute fois rationnelle, qui consiste à détacher le népitélium renversé et adhérent soit à l'arcade orbitaire soit même au sourcil, en pratiquant successivement une tarsoraphie complète ou à points détachés et en faisant de suite après l'application de 9 et même 12 greffes cutanées sur la large superficie palpébrale privée de cuticule afin d'obtenir une réparation régulière sans ultérieure rétraction cicatricielle. Or, lorsque j'exécutai les premières fois cette opération j'eus à me plaindre ou du résultat incomplet de la tarsoraphie ou de quelque réaction irritative dans la conjonctive blépharo-bulbaire et même dans la cornée, ou bien encore la chute d'un ou de plusieurs points de la greffe, mais depuis que j'ai commencé à adopter pendant les différentes phâses de l'opération l'usage des irrigations antiseptiques au moyen de solutions borriquées et pour la médication successive les pulvérisations abondantes d'iodoforme porphyrisé, l'effet de la tarsoraphie ou blépharoraphie réussit toujours régulier et durable, je vis toujours les greffes cutanées prendre souche presque complétement de même que la rapide iradiation des éléments similaires de réparation physiologique plutôt que de ceux qui constituent les cicatrices modulaires difformes ou rétractées.

De même pour la réduction de l'ectropion fongueux ou inflammatoire consécutif à certaines variétés de conjonctivites catarrhales ou granuleuses, nous avons adopté depuis quelques années déja une simplification de la méthode conseillée par feu le regretté prof. Castorani, modification dont j'attribue la réussite utile aux pulvérisations d'iodoforme. Castorani exportait une ample ellipse de la conjonctive palpébrale fongueuse, puis il cautérisait chaque jour par le sulfate de cuivre la superficie sanglante pendant 40 jours terminant chaque fois la médication par un bandage méthodique et compressif. Je pensais au contraire que l'on pourrait abréger les cautérisations et leur effet successif en exécutant de suite après l'exportation de la conjonctive ectropique une suture des marges de la blessure moyennant quelques fils de catgut et une abondante pulvérisation iodoformique qui servait fort bien non seulement à protéger la conjonctive bulbaire et la cornée de l'irritation mécanico-chimique qu'auraient put y provoquer les fils et les nœuds de catgut, mais encore à hâter dès l'abord la reunion

des bords excisés de la conjonctive palpébrale de manière qu'en enlevant après deux ou trois jours le bandage la cicatrisation était déjà assurée et après 6 ou 7 jours la reposition des népitelliums devenait régulière et complète.

Contre le simblépharon cicatriciel et antérieur, ou pour mieux dire afin d'assurer le résultat final des opérations de ce mal, comme aussi pour empêcher qu'il ne se forme à la suite de l'exportation de volumineuses tumeurs sous-conjonctivales, j'ai l'habitude depuis quelques années de me servir d'une méthode très simple que je vis employer par l'illustre De Wecker et qui consiste à introduire desuite après le débridement des adhérences membraneuses, ou desuite après l'énucléation de la tumeur une espèce d'œil artificiel de simple cristal très limpide avec les bords disposés de manière à ce qu'ils puisse facilement s'adapter aux plis de transition des deux paupières. Cette méthode, quoiqu'en pensent ou en disent quelques uns, m'a plusieurs fois réussi admirablement, mais si un corps étranger introduit entre les lames sanguinolentes de la conjonctive palpébrale et bulbaire ne provoqua jamais aucune irritation mécanique, mais facilita au contraire la réparation physiologique des deux superficies conjonctivales artificiellement ulcérées sans provoquer ou permettre d'ultérieures rétractions cicatricielles ni de nouvelles adhésions anomales, celà est dû, crois-je, à l'action protectrice et cicatrisante de l'iodoforme dont, dans ces circonstances, j'aspergeais généreusement la superficie du bulbe et des paupières avant d'y introduire la coque de cristal.

Je reconnus également utile la médication au moyen de la poudre iodoformique chaque fois qu'il me survint de devoir exécuter l'incision cornéenne de Saemisch ou la cautérisation ignée pour le traitement des abcès traumatiques ou spontanés ou bien de l'*ulcus serpens* de la cornée. En effet je ne me rappelle que trop que dans le temps où je ne faisais usage pour ces formes morbides que de la paracentèse réitérée ou de l'incision de Saemisch et des instillations d'ésérine il m'arriva de trop nombreux cas d'insuccès, ou du moins comme résultat du grave processus nécrobiotique cornéen de larges cicatrices presque toujours adhérentes et très incomplètement rémédiables par une iridectomie périphérique, tandisque du moment où j'ai jugé convenable d'associer comme complément de cure et comme expédient médicamenteux successif à ces opération l'usage abon-

dant et réitéré de l'iodoforme les résultats funestes furent beaucoup moins fréquents, plus nombreux les enraiements du processus supuratif et la limitation des ulcères, soit comme extension soit comme profondeur, et outre celà je vis le plus souvent advenir la réparation des lacunes de substance par le moyen d'un tissu presque transparent ou physiologiquement normal et avec de très rares adhérences de l'iris à la cornée. Comme enfin tous les auteurs modernes sont maintenant d'accord pour admettre que toutes ces affections cornéennes que l'on pourrait appeler phagédéniques ont pour cause originelle et principale ou pour amorce successive et aggravante l'influence médiate ou immédiate des microorganismes provenant du déhors ou bien de la conjonctive blépharo-bulbaire ou enfin des voies dacrionasales du malade même, affectées éventuellement par un lent processus catarrheux ou pyorrhéique et comme il est admis par la plus part que la gravité plus ou moins grande de ces processus est due en majeure partie à la différente faculté infectieuse inhérente à la variable activité biologique dont sont doués ces microorganismes que l'on dit infectifs, je crois donc que les avantages évidents et indéniables fournis dans ces cas par l'iodoforme sont une preuve qu'il exerce une importante action neutralisante du pouvoir néfaste des susdits microorganismes infecticux et que par conséquent le jugement émis par l'excellent D.r Denti dans son récent et intéressant travail sur l'ulcére infectif de la cornée n'est ni assez démontré, ni d'une autorité suffisante, lorsqu'il dit que l'iodoforme a perdu sa réputation d'antiseptique et que son renom comme aseptique est au moins douteux, bien que lui-même le déclare comme un *important modificateur et un excellent stimulant dans les solutions de continuité infectives ou non* (1).

Contre cette opinion ou conviction du D.r Denti, quoique partagée par plusieurs cliniciens respectables, je pourrais rappeler ici ce que j'ai dit à propos des effets de l'iodoforme dans le traitement de la conjonctivite purulente et gonorrhéique, mais pour éviter d'inutiles répétitions je crois qu'il suffit de mentionner un fait qui me semble un argument éloquent et suffisamment valide pour le soutient de la cause que je défends. Chacun sait qu'il est arrivé quelques fois à tous de constater

(1) Voir *Bullettn de la Polyambulance de Milan* N. 5 VI année, 1889.

avec peine que non seulement les opérations de cataracte et les iridectomies, mais la simple paracentèse même de la cornée peuvent être suivies de réactions infectieuses grâves et jusque de la ciclo-choroïdéite flegmoneuse par le fait seul que l'individu opéré réunissait la coexistance inobservée ou imprudemment défiée d'une lente dacrio-cystite suppurative ou d'une simple blennorrhée du sac lacrymal.

Moi-même j'eus molheureusement quelques victimes d'une pareille concomitance néfaste lorsque sa malfaisance pour le malade n'avait été ni établie avec certitude ni même reconnue par les cliniciens les plus renommés et les plus avisés ou par les opératcurs les plus habiles et les plus heureux. Je me rappelle fort bien que dans ces malencontreuses occasions, que je devais nécessairement regretter, mais voulant néanmoins m'expliquer logiquement la cause probable d'un désastre aussi cruel qu'inattendu, il me semblait juste de l'attribuer à la nuisible influence de la dyscrasie scrofuleuse de l'individu, à son extraordinaire inquiétude qui avait empêché la rapide cicatrisation de la blessure, ajoutant en même temps aux effets traumatiques de l'opération ceux d'autres traumatismes réitérés et volontaires produits par le malade même.

Je me souviens aussi qu'ayant moi-même constaté éventuellement trop tard chez quelques uns de mes malheureux malades cette coïncidence morbide dans le sac lacrymal, je n'en déduisais comme conséquence presque confortante que la persuasion que ces complications étaient une manifestation, une preuve de plus de la mauvaise constitution du sujet et par conséquent qu'à elle seule el fallait attribuer le malheureux résultat obtenu de l'opération.

Il arriva pourtant que le nombre de tristes résultats ayant augmenté dans une proportion assez importante, tous les praticiens finirent peu à peu par se convaincre que la seule et unique cause de ces graves réactions était due à une vraie et réelle infection dépendant de l'immigration des microorganismes infectifs de la muqueuse du sac lacrymal à celle du sac conjonctival et de cette dernière aux lèvres de la blessure cornéenne. De là le précepte général d'exanimer très attentivement les conditions du sac lacrymal avant d'entreprendre n'importe quelle opération destinée à ouvrir la cavité oculaire.

J'ignore si tous les praticiens ont obtempéré avec conviction

à toutes ces précautions d'observation clinique et de prophylaxie aseptique, je sais seulement qu'il m'est arrivé même dans ces dernières années de constater la blennorrhée du sac lacrymal avec accompagnement d'ozène nasal seulement deux ou trois jeurs après une opération d'iridectomie ou de cataracte; mais comme de puis plus de 10 ans, époque où le prof. Secondi de l'Université de Gênes en écrivant sur l'antisepsie dans les opérations de cataracte, proposait comme un moyen très efficace les pulvèrisations d'iodoforme, je les ai moi même adoptées, et pendant plusieurs années d'une manière presque exclusive, dans le traitement de toute opération oculaire, il ne m'est jamais arrivé d'avoir à me plaindre des inconvénients qui s'étaient vérifiés jadis, quand personne ne faisait usage de l'iodoforme. Pour celà je me permets de croire, contradictoirement à ce que pense et en dit le D.r Denti, que ce fait est une preuve éloquente de la vertu aseptique qne possède ce remède quand il est chimiquement pur et réduit en poudre impalpable. J'eus une autre preuve de ce fait, comme je pus le remarquer, en ce que, à l'époque où je n'employais encore ni l'iodoforme ni aucune autre précaution aseptique ou antiseptique, s'il m'arrivait de multiplier les actes opératoires, c'est-à-dire de rouvrir plusieurs fois la blessure pour introduire dans la chambre antérieure quelque instrument de prise ou de traction soit pour exécuter une difficile iridectomie optico-curative, soit pour extraire un corps étranger ou une cataracte capsulo-lenticulaire très adhérente à l'iris, ou compliquée par des cicatrices cornéennes avec sinéchies antérieures, il était bien rare que ces opérations ne fussent pas suivies par des réactions plus ou moins graves et quelques fois même très graves et d'une issue funeste et irréparable, tandisque depuis que j'ai adopté l'emploi des médications iodoformiques ces réactions ne se produisirent plus qu'à de rares intervalles, sans gravité, ni continuelles et moins encore irréparablement fatales.

Et que ce résultat fut la conséquence non du hazard ou d'une heureuse chance, mais bien dû au contraire à l'efficacité de l'iodoforme aussi bien dans les circostances anomales d'opérations dificiles que j'ai mentionnées que dans les cas ordinaires de simples opérations méthodiques, je crois qu'on peut le déduire de l'effet matériel et constant que ce remède manifeste et conserve pendant un certain temps sur les marges

de la blessure chirurgicales où il a été appliqué, et cet effet qui mériterait peut-être le nom de chimique consiste dans la propriété spéciale qu'il dénote de s'identifier avec ces marges en constituant un espéce d'enduit agglutinatif qui les couvre et les maintient closes jusq'à mériter l'appellatif de ciment aseptique que lui appliqué de De Wecker précisément par la faculté qu'il possède de fermer et protéger la blessure contre les influences infectieuses et de hâter le processus de cicatrisation.

Cette bande d'enduit jaunâtre, que nous retrouvions constamment sur les bords de la plaie cornéenne, et qui ne se détachait même pas sous les irrigations boriques plus ou moins prolongées par les quelles nous avions l'habitude de nettoyer l'œil opéré, était, selon moi, une preuve matérielle que l'iodoforme, en s'identifiant temporairement avec les lèvres exterieures de la blessure, fournissait une défense aseptique à ses bords intérieurs en fermant de cette sorte l'accés aux microorganismes infectifs, que la majeure partie des observateurs consciencieux regardent aujourd'hui comme la cause principale ou exclusive des réactions, qui quelques fois, bien que rarement, succèdent malheureusement encore aux opérations de cataracte ou d'iridectomie même lorsq'elles sont exécutées avec la plus parfaite régularité. Il est certain néanmoins que lorsque nous exécutions la majeure partie des extractions de cataracte par le procédé de Graefe, c'est-à-dire à l'aide de l'iridectomie et par conséquent avec une plus large ouverture, les pulvérisations d'iodoforme nous semblaient très opportunes et je dirai plus presqu'indispensables précisément par ce qu'elles fermaient la voce à l'entrée des germes infectifs ou pyogènes dans la chambre postérieure rendue bêante par le colobôme artificiel iridien ou leurs effets néfastes sont sans aucun doute plus graves et presque toujours irréparables. Mais actuellement comme nous avons adopté pour méthode générale l'extraction sans iridectomie, la défense de la chambre postérieure se fait par sa barrière naturelle, qui est l'iris, quand il est sain, integre et physiologiquement mobile, je pense que le besoin et l'opportunité des pulvérisations iodoformiques doit être bien moindre. Précisément pour cela, quoique j'en fasse encore usage dans la plus part des cas, en reconnaissance des bénéfices qu'elles m'ont fourni dans beaucoup de circonstances, je dois avouer que je n'ai jamais eu à me repentir de les avoir omises autant par oubli qu'intentionnelle-

ment, pour confier la prophylaxie des infections possibles au meilleur des antiseptiques dont je parlerai dans une Note spéciale qui fera suite à ces pages. Je dirai en outre que, ayant appris récemment qu'un des opérateurs oculistes les plus distingués de notre ville, d'une foi vacillante ou du moins peu enthousiaste encore de l'antisepsie, a désormais abandonné presque complétement la méthode de Graefe et exécute, ce sont ses propres expressions, quatrevingts fois sur cent l'extraction de la cataracte sans iridectomie avec un taux de bons résultats certainement supérieur à celui du passé, non seulement cela me semble une preuve clinique de la majeure rationalité du nouveau système operatoie s'il fut adopté par un praticien qui employait au paravant l'autre méthode avec une habileté indiscutable et dont l'iridectomie est partie intégrante, mais c'est encore une confirmation solemnelle de ce que j'affirmai plus haut, savoir que l'omission de l'iridectomie peut être considérée comme une mesure prophylactique de l'asepsie suffisante par elle même à augmenter le nombre des heureux succès opératoires, même pour les opérateurs peu rigoureux dans les médications antiseptiques. Il faut ajouter à cela que l'omission de l'iridectomie comme l'adjonction de la Kystitectomie outre de simplifier l'action opératoire en facilite l'exécution non seulement aux moins experts, mais encore à ceux qui font leurs premières armes dans la chirurgie oculaire, (1) et l'on aura un argument en plus pour soutenir la préférence à accorder au nouveau système sur celui de Graefe, qui est cependant celui qui est jusqu' ici le plus usité en hommage à son grand inventeur qui fut le vrai génie innovateur de l'ophtalmologie moderne. Il faut dire pourtant que dans l'opération exécutée sans iridectomie et avec les modalités soutennes spécialement par De Wecker il peut arriver, surtout si le malade est préoccupé et inquiet, l'inconvénient de voir la blessure se réparer avec difficultè ou que les marges se déplacent en laissant même échapper l'iris. Ces accidents prédisposent naturellement aux réactions infectives, et alors il

(1) Dans un laps de temps de deux mois à peine le D.r Raineri à Crémone et le D.r Forlanini à ma clinique ont exécuté en ma présence et sans mon concours un assez grand nombre d'opérations par la méthode De Weckér, non seulement avec beaucoup de régularité et sans embarras mais avec d'excellents résultats.

devient opportun d'en revenir non seulement aux instillations d'ésérine, mais en outre aux pulvérisations iodoformiques, surtout si on les a préalablement négligées, ou s'il y a accidentellement quelque complication d'abord inobservée sur la conjonctive palpébrale ou dans la muqueuse du sac lacrymal. Dans ces cas l'intervention de l'iodoforme sert indubitablement à couvrir et protéger momentanément l'iris externé en l'empêchant de devenir le véicule de germes infectifs et sert encore à assurer et à hâter le processus définitif de cicatrisation d'où dépend l'issue finale de l'opération.

De cette sorte j'ai terminé les considérations pratiques sur les effets de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire, et je crois de pouvoir conclure en répétant aujourd'hui ce que disait le D.r Rampoldi en résumant sa courte Notice sur le même argument, publiée depuis quatre ans déjà, savoir que *l'iodoforme n'est pas un de ces remèdes qui même dans la thérapeutique oculaire font une courte apparition, poussés par la manie de la nouveauté plus que par l'expérience scientifique renforcée d'une saine pratique et que le temps impartial sanctionne, mais tel qu'il restera sur la tablette de l'oculiste parce que ses indications en font un remède vrai. spécial et sûr.* Et c'est précisement parce que j'ai cette convinction basée sur un grand nombre d'observations pratiques que je ne saurais me résoudre à en présager dès à présent une autre que le temps et surtout des études ultérieures puissent nous révéler un médicament d'une vertu plus énergique et qui ait le mérite de se substituer à l'iodoforme, et puisse le détrôner complétement.

Je termine enfin ce travail en ajoutant quelques unes des plus importantes histoires cliniques recueillies par mes excellents médecins assistants le D.r Grasselli le D.r Benedetti et le D.r Forlanini les quelles rendent plus marcantes les démonstrations pratiques de tout ce que j'ai jusqu'ici exposé.

Si j'aurai atteint mon but d'être utile aux médecins non spécialistes et à leurs malades je me tiendrai pour satisfait et j'attendrai sans fiel les critiques que pourraient m'adresser ceux qui en savent plus et valent mieux que moi.

I. — Conjonctivite gonorrhéique.

Observation. — Fasana Louis, âgé de 24 ans, tapissier de Milan. – Depuis trois ans il est affecté de blennorrhée urétrale chronique. Trois jours avant d'entrer à la Clinique, à la suite de copieuses libations, il avait eu une recrudescence de sa maladie qui l'obligeait à se netoyer souvent et peut-être quelques fois à se toucher inatentivement les yeux. Après 24 heures, celui de droite commença à enfler, à le molester et à sécréter un catarrhe abondant. Le 11 du mois d'août 1885, jour de son entrée à l'Institut, il présente les phénomènes suivants: *œil droit:* paupières énormément tuméfiées, d'un rouge violacé, chaudes, il en découle un pus abondant jaune-roux, la conjonctive est fortement injectée, chémotique vers le bas, la cornée conserve son intégrité, douleurs orbitaires et surciliaires: *œil gauche,* état sain. Traitement: Lavages boriques, ésérine, iodoforme, bandage alterné aux cataplasmes. Soigneuse occlusion de l'œil indemne. La médication se renouvelle chaque trois heures. – Trois jours après: l'œdème palpébral et le chémosis conjonctival sont diminués – la sécrétion est plus liquide et moins abondante – la cornée présente une *dépithéliation* circonscrite à l'intérieur. — Le 16 août: – paupières moins tuméfiées – chémosis entièrement disparu – le petit ulcère périphérique de la cornée tend à s'approfondir – quelques douleurs. – 22 août: – amélioration ultérieure – l'ulcération de la cornée s'est arrêtée. – En poursuivant le même traitement on obtient la cessation complête du pus et la réparation de l'ulcère, de manière que le 5 septembre nous pouvons renvoyer le malade après 26 jours de demeure à l'Institut.

II. — Conjonctivite purulente.

Observation. — Bolazzi Emilie – 9 mois – de Lonate Pozzolo. – Elle contracta très probablement le mal par contact avec une domestique affectée de conjoctivite des nouveau-nés. – Elle fut admise le 15 août 1885. – Elle présente dans les deux yeux: les paupières très tuméfiées, d'apparence érysipélacée – décloses elles laissent écouler une grande quantité de pus – la conjonctive tarsale est voilée – la bulbaire injectée et chémotique – la cornée droite est dénudée d'épithelium dans le centre. Le jour suivant il y a décroissance de la pyorrhée, mais l'ulcère de la cornée s'est fait plus profond et paraissait entouré d'un gros cercle très gris. On a néanmoins continué le traitement et elle put être renvoyée le 30 août, après 15 jours de cure ne présentant plus qu'un mince leucome au centre de la cornée.

III. — Conjonctivite membranacée avec ulcère cornéen et avancement de l'iris.

De cinq cas nous relatons les deux plus importants.

Observation 1.° — S. Jules, de 3 ans, milanais. – Il est malade depuis vingt jours environ, traité d'abord par le nitrate d'argent. – Il entre à la Clinique

le 26 février 1885. – Il présente dans les deux yeux: paupières tuméfiées, sécrétion externe abondante et épaisse – la conjonctive est enflée, couverte de grosses pseudo-membranes faciles à détacher – dessous ces croutes le tissu est rouge et sanguinolent – la conjonctive bulbaire est injectée et chémotique – la cornée droite est profondément ulcérée dans le milieu inférieur, avec une vaste procidence iridienne; la gauche est ulcérée dans deux cinquièmes inférieurs et la chambre est abolie. — On excise la procidence iridienne et l'on fait les médications sus-indiquées avec l'iodoforme et l'ésérine. Après un mois environ on avait la conjonctive légérement hypérémique, des leucomes adhérents qui n'occupaient que le tiers inférieur des deux cornées. On garda pourtant encore la malade pour lui exécuter des iridectomies supérieures dans un but optique.

Observation 2.e — M. Antoine, de 6 ans, de Morcote (Canton du Tésin). – Il est malade depuis un mois – il n'a fait aucun traitement à domicile. Il se présente et est admis le 20 novembre 1885. – Dans l'œil droit les paupières sont tuméfiées et closes par suite de photophobie douloureuse. – Conjonctive tarsale couverte de pseudo-membranes blanc-jaunâtres. Dans le quart inférieur de la cornée il y a une vaste procidence iridienne; prèsque tout le reste de la cornée est gris par suite d'infiltration récente. On exécute l'excision de la procidence et en employant le traitement habituel au bout de huit jours seuls on obtient la guérison avec un simple albugo adhérent à la partie inférieure de la cornée.

IV. — Conjonctivite granulo-trachomateuse avec acuité blennorrhagique et ulcère de la cornée.

On en a noté treize cas, dont voici les quatre plus intéressants:

Observation 1.r — Julie Cadorni de Milan, 32 ans. – Elle est depuis plusieurs années affectée de conjonctivite granulo-trachomateuse. Depuis un mois elle a eu une grave recrudescence qui a été vainement soignée de différentes sortes par un autre oculiste. Elle est reçue à la Clinique le 1.er janvier 1885 présentant les phénomènes suivants: dans les deux yeux: paupières très tuméfiées avec tendance à érysipèle, sécrétion abondante de muco-pus jaune-crémeux; lorsque les paupières sont renversées elles laissent apercevoir une luxuriante végétation de gros granules rouges et jaunes, de grandeur inégale, toutes couvertes d'un mince enduit blanchâtre très difficile à détacher. Dans l'œil droit il y a un léger chémosis péricornéen; la cornée est criblée d'ulcéres et de petits abcès qui laissent à peine entrevoir la couleur de l'iris et les pupilles. — Dans l'œil gauche le chémosis est très abondant et deborde au travers des paupières la cornée dans les trois cinquièmes inférieurs externes présente une large brèche d'où s'externe presque tout l'iris – les deux autres cinquièmes sont infiltrés et la chambre est abolie – vives douleurs et photophobie très intense. – On lui faisait la même cure avec de très abondantes pulvérisations d'iodoforme, et les instillations d'ésérine en ajoutant seule-

ment 5 incisions transversales de la grosse procidence iridienne. En moins de quinze jours la pyorrhée avait presque complètement cessé et voici comment les yeux se présentaient le 16 janvier – œil droit – la paupière supérieure légèrement œdemateuse, granulations moins denses, mais petites et rouges-jaunâtres – la conjonctive bulbaire blanche – la cornée ne présente qu'un seul petit ulcère brillant dans le centre – œil gauche: les paupières sont à peu près entiérement détuméfiées: les granulations considérablement diminuées – la conjonctive bulbaire blanchâtre dans le centre devient rosée près de la cornée; l'infiltration dans cette dernière a disparu peu à peu et les deux cinquièmes supérieurs internes sont transparents; des trois autres cinquièmes, largement ouverts, une grande partie s'est reconstituée avec une cicatrice demi-transparente; l'avacement iridien s'est reserré. — Le 30 du même mois: la cicatrice s'était complétée – en employant un traitement régulier on laisse un espace utile pour exécuter une iridectomie ce qui a été fait ensuite avec un heureux résultat.

Observation 2.e — Ballarini Hetor, 23 ans, de Lodi, sous-officier. – Depuis plusieurs années, il est affecté d'une ophtalmie granulo-trachomateuse et il fut admis à la Clinique d'où il sortit très amélioré. Il y revient le 12 janvier 1885 avec une très grave recrudescence due probablement à quelque cause rhumatismale. Dans l'œil gauche il présente les paupières tuméfiées de couleur rouge-ponceau, brillantes et chaudes. – Décloses elles donnent cours à un pus abondant conjointément aux larmes – il y a chémosis sarcomateux tout autour de la cornée; la conjonctive et couverte d'une espèce d'enduit blanchâtre d'épaisseur irrégulière qui infiltre profondément le tissu par ce que l'on ne réussit pas à le détacher – la cornée a un vaste ulcère central perforé dans le quel se trouve adhérent le petit cercle de l'iris, douleurs bulbaires lancinantes – on empoloie le traitement habituel. – Après douze jours le catarrhe puriforme est sensiblement diminué – l'ulcère s'est détergé et se répare, la moitié supérieure interne du petit cercle pupillaire n'est plus adhérente.

Un mois aprés on obtient la guérison avec un petit-leucome adhérent à l'iris et après un autre mois l'adhérence s'est rompue et la vue retournait presque normale (nous ne disons rien de l'œil droit qui fut perdu).

Observation 3.e — Vital Cantù – menuisier de Sérégno – 40 ans. – Il avait été admis l'Institut en 1884 à la suite d'une forte recrudescence d'anciennes granulations dans l'œil gauche avec ulcére de la cornée et avancement de l'iris.

On lui avait exécuté dans un but optique et curatif une pupille artificielle supérieure interne. — Il se représente le 1e janvier avec les mêmes symptômes dans l'œil droit. Les paupières fortement tuméfiées sécrétent un pus abondant – les granulations sont abondantes irrégulières, la conjonctive tarsale hypérémique, la conjonctive bulbaire est chémotique – la cornée couverte en totalité par un pannus sarcomateux – à la suite du traitement usuel et dans l'espace d'un mois on obtient la cessation entière du catarrhe

puriforme, la diminution des granulations trachomateuses et la guérison presque complète du pannus coruéen.

Observation 4.e — Monici Réné – 24 ans, cantonnier de Milan. Malade depuis 7 mois d'une conjonctivite granulo-trachomateuse dans l'œil gauche – il avait eu récemment une grave recrudescence. Il présentait le jour de son admission à l'Institut – 24 septembre 1885 – les paupières énormément tumèfiées sécrétant en abondance une humeur purulente – la conjonctive tarsale couverte de granulations, grosses, irrégulières, rouge-jaunes, infiltrées de l'habituel enduit blanchâtre – la conjonctive tarsale chémotique, la cornée vascularisée par un vaste ulcère central et une légère hernie de l'iris réunissant la partie supérieure du circuit – douleurs vives et continuelles – on suit le traitement usuel – un mois après de tous ces symptômes imposants il ne restait qu'un leucome applani légèrement adhérent à la partie supérieure du petit circuit; les trois cinquièmes inférieurs de la cornée sont indemnes. On le garde encore à la clinique pendant quelque temps pour lui faire une iridectomie dans le bas qui réussit très satisfaisante.

V.

Ulcères cornéens multiples plus ou moins vastes et compliqués.

Un nombre infini de cas qu'il est superflu de relater.

VI. — Conjonctivites granulo-trachomateuses avec ulcères et pannus cornéens.

Cas très nombreux dont la description est également superflue.

VII. — Kératite herpètique ulcèreuse infective.

Onze cas enrégistrés dont voici les plus importants.

Observation 1.e — Brini Pierre, 63 ans, agriculteur de Bongherio. – Malade chez lui depuis deux mois d'une forme simplement herpètique; depuis huit jours les phénomènes se sont aggravés à tel point de le faire recourir à la cure de l'Institut. Le 23 novembre, jour de son entrée, il présente les phénomènes suivants: œil droit; paupière supérieure tumefiée, l'inférieure ectropique; conjonctive chémotique; dans le bas, le chémosis surpasse la paupière inférieure; la cornée est envahie par un vaste ulcère en fer de cheval qui occupe les $^3/_4$ de la circonférence ne laissant libre que le quart supérieur; le reste de la cornée est gris – hypopion des $^3/_5$ inférieurs de la chambre; pupille invisible. On fait l'opération de Saëmisch et la médication ordinaire. Au bout de vingt jour la cornée s'est presque complètement rétablie elle est à peine légérement humide; il y a à peine trace de Kérosotomie – la conjonctive et les paupières reprennent leur état normal.

Observation 2.e — Sala Thérèse, 28 ans, paysanne de Canigati. Elle présente le 19 juillet, où elle admise à l'Institut, les phénomènes suivants à

peu près identiques dans les deux yeux – paupières closes, gonfles, serrées par la photophobie – conjonctive tarsale endolorie; conjonctive bulbaire chémotique; cornée vascularisée dans le haut, substituée sur les côtés par des cicatrices adhérentes, dans le bas elle présente un ulcère irrégulier, profond, sale, de forme semi-lunaire – fortes douleurs bulbaires et surciliaires – On suit le traitement ordinaire – en douze jours les ulcères se cicatrisent entièrement et dans les deux yeux le centre cornéen et deux tiers des pupilles sout complètement libres.

Observation 3.e — Adélaïde Viganò, 47 ans, de Monticelli, entre à la Clinique le 23 avril avec les signes suivants dans l'un et l'autre œil: pupilles tuméfiées, blépharadénite ciliaire – la conjonctive est très hypérémique: tout le contour cornéen est envahi par un ulcère irrégulier à fond sale; il y a un léger amas de pus dans la partie basse de la cornée. — Douleurs orbitaires et du front. Traitement habituel – après dix jours seuls nous obtenous la guérison complète de l'ulcère circulaire.

Observation 4.e — Belleni Augustin – 37 ans, restaurateur à Trécate. – Il est admis le 13 juillet 1885 – quelques jours avant, sans cause apparente il fut pris de violentes douleurs dans l'œil gauche qui s'étendirent au front et à la nuque, douleurs qui persistent le jour de son entrée avec les phénomènes suivants: forte tumescence aux paupières supérieures d'aspect érysipélacé, conjonctive bulbaire relevée en plis chémotiques tout autour de la cornée – celle ci est totalement infiltrée de gris, un tiers supérieur est profondément attaqué par trois ulcères influents – léger hypopion – Traitement usuel. — Le jour suivant il y a avancement de l'iris qui est percé. – Après vingt-cinq jours de traitement on arrive à la guérison et pour résidu un petit leucome légérement adhérent.

VIII. — Chèratite ulcéreuse trachomateuse.

De six cas, voici les deux plus notables.

Observation 1.e — Valisini Pierre – 69, laboureur de Porate. – Vingt jours avant il avait été blessé à l'œil droit par un éclat de bois. En entrant le 8 avril 1885 il présente les paupières fortement tuméfiées – veines très développées – conjonctive chémotique – cornée profondément ulcérée dans les deux tiers inférieurs – hypopion de $^4/_5$es de la chambre – douleurs continuelles – traitement usuel – guérison au bout d'un mois et pour résidu un leucome de la moitié inférieure de la cornée; adhérent seulement par le bas à demi transparent vers le centre – on le garde encore à la clinique pour l'opérer d'iridectomie.

Observation 2.e — Bevilaqua Virgile, 19 ans de Besozzo, étudiant. – En confectionnant des feux d'artifice quinze jours avant le mélange pyrique fit explosion lui produisant fracture de l'avant-bras droit et brulures aux mains, à la figure, aux paupières et à la cornée ainsi qu'à la conjonctive. Le 10 octobre 1885 où il est présenté il offre les phénomènes suivants: Œil droit:

paupières œdémateuses, conjonctive fortement hypérémique et chémotique maculée de-ci de-là par des taches noires, tatouage de la poudre; la cornée présente trois vastes ulcères sphériques dans la moitié inférieure; le reste de la cornée est enfoui de sorte qu'il est impossible de distinguer la couleur de l'iris et l'état des pupilles; œil gauche; phénomènes palpébraux et conjonctivaux plus accentués; la cornée semble tout-à-fait détruite, il en sort sur divers point l'iris déja couvert en partie par un tissu cicatriciel. On exécute un traitement opportun. Vingt jours après les phénomènes morbides des paupières et de la conjonctive ont disparu; la cornée dans l'œil droit complètement transparente a un leucome, semi-transparent dans le bas; celle de l'œil gauche est cicatrisée sur plusieurs points avec de petits leucomes adhérents, mais laisse un segment supérieur interne e un segment inférieur dans les quels on peut facilement exécuter une iridectomie optique; opération indispensable.

IX. — Affection diverses.

Antoine P. de 7 ans de la bourgade de Solbiate Olona. Il entre à l'Institut le 27 février 1886 avec un ulcère central de la cornée droite infiltrée dans le fond et sur les bords, légère trace d'hypopion; vive injection de périkeratite. Traitement par l'iodoforme; améliorations au bout de quelques jours; il sort avec une légère nèbulosité cicatricielle le 21 mars.

Pierre C., 12 ans, milanais est reçu le 8 janvier 1886 avec une très grave conjonctivite, purulente bilatérale; ulcère central perforé et infiltré de la cornée gauche et sphacèle de la cornée drôite. Il est traité au moyen de l'iodoforme lavages boriques et l'ésérine, quinine à l'intérieur. Il sort le 6 février avec un petit leucome adhérent de l'œil gauche; leucome vascularisé adhérent *in toto* à l'œil droit.

Joseph M., 27 ans, de Milan. Il est admis à la Clinique le 25 décembre 1885 avec un vaste ulcère entourant la cornée droite – sujet chétif – ozena. La cure se fait par l'iodoforme. Il est congédié le 10 mars avec un mince leucome dans la partie inférieure de la cornée adhérente sur un petit point.

Louis C., de Nova, 45 ans, est reçu le 4 janvier 1886 avec un *ulcus serpens* grave de la cornée droite; hypopion et phtisie du bulbe gauche. Traitement iodoformique. L'hypopion disparait après quatre jours; l'ulcère se répare dans le bas. Le 2 février recrudescence du processus cornéen après avoir suspendu l'iodoforme; on en reprend l'usage. L'œil s'amèliore de nouveau; la cornée se réclaircit; encore quelqu'alternative de mieux et de pis. Il est renvoyé avec une léger albugo cornéen le 2 avril.

Petronille R., 70 ans, milanaise, se prèsente le 12 décembre avec une conjonctivite granuleuse bilatérale fort aiguë où l'on reconnait une kératite ulcéreuse périphérique; léger catarrhe à l'œil droit. Medication à l'iodoforme. Le 11 janvier l'ulcère périphérique est déja réparé, la cornée plus claire; le processus conjonctival très amélioré. Elle sort le 12 février.

Arnaud M., 2 ans $^1/_2$, entre à l'Etablissement le 22 janvier avec une con-

jonctivite croupale bilatérale; cornées saines. Chémosis excessif de la conjonctive bulbaire. Cure iodoformique. Il sort complètement guéri le 10 mars 1888.

Louis S., 36 ans, milanais, admis le 12 décembre. Il présentait une conjonctivite bilatérale granuleuse, inflammation grave et sécrétion purulente abondante. Ulcère central perforant de la cornée droite. L'iodoforme pour traitement. Il sort avec un très petit leucome adhérent central; conjonctives pâles.

Thomas R., âge de 29 ans, milanais. Il fait son entrée à l'Institut le 28 décembre 1885 avec une conjonctivite purulente des deux cotés. Ulcère central conique de la cornée gauche et très fortes névralgies récurrentes. Emploi de l'iodoforme comme médication: paracentèse. Il sort le 23 février guéri de l'affection conjonctivale et avec un simple et léger leucome central adhérent de la cornée gauche.

X. — Conjonctivite trachomateuse avec acutisation croupale et ulcère des deux cornées.

Le cas suivant se rapporte à un nommé Pierre Macabruni de Greco Milanese, palfrénier, âgé de 19 ans.

Il n'avait jamais souffert d'ophtalmie jusqu'à 17 ans, époque à la quelle il sentit les premières atteintes d'une conjonctivite trachomateuse qui fut soignée par les touches de la pierre bleue. Il éprouva de fréquentes alternatives de calme et de recrudescence: il se trouvait à cette époque dans une période de quiétude. Le 30 du mois de mai, à peine éveillé il s'apperçut d'une forte tuméfaction aux paupières, larmoîment. cararrhe et photophobie. Vers le soir la turgescence augmente et la sécrétion se fait plus abondante. Le lendemain il se rend chez le médecin qui lui ordonne des bain d'eau végéto minerale. Il n'en obtint aucun avantage. Le 1.er juin il arrive au Dispensaire où on lui fait une première médication. Le mal augmentant on le fait entrer à la clinique le 4 juin. C'est un individu de constitution robuste il n'éprouva jamais de maladie grave, ni aucune dyscrasie.

Il présente dans les deux yeux congestion des veines, paupières tuméfiées qu'il est difficile d'entrouvrir; sécrétion purulente copieuse. La conjonctive palpébrale renversée se présente couverte par une pseudo-membrane jaunâtre à mailles serrées, adhérente au tissu placé au dessons, saignant au toucher. — La conjonctive bulbaire est chémotique; les cornées toute fois encore saines; la chambre antérieure suffisamment ample.

Le patient ne sait aucunement trouver une cause quelconque à ce processus morbide.

La médication qu'on adopte de prime abord se compose de lavages au sublimé corrosif à 0.5 per 1000, collyre d'ésérine et abondantes pulvérisations de poudre iodoformique réitérées, basant le traitement du processus purulent sur ces moyens. En effet, tandisque par suite de l'etranglement du chémosis sur la cornée celle-ci dès les premiers jours commença à compliquer le pro-

cessus croupal, surtout du coté droit, où le mal était plus grave, on vit au contraire depuis le second jour de traitement décroitre la sécrétion purulente et devenir moins dense.

Le 9 de ce même mois, c'est-à-dire quatre jours après l'entrée du sujet à l'Institut, la sécrétion jusques là assez abondande commença à diminuer et à devenir liquide et à disparaitre complètement le 15e jour après le début du traitement pour le quel on avait employé presque exclusivement l'iodoforme. Ayant ainsi atteint le but de faire cesser la purulence on mit de préférence en usage les autres expédients pour combattre les complications cornéennes et iriennes et le processus trachomateux primitif, en basant le traitement d'une manière spéciale sur les irrigations de sublimé porté alors à la dose de 2 per 1000, d'où l'on obtint un avantage presque inespéré, de telle sorte que le malade présente maintenant la cornée gauche parfaitement transparente et se trouve placé en condition de supporter opportunément dans un but optique une iridectomie à droite, là où avait eu lieu la perforation centrale de la cornée, entièrement infiltrée avec avancement de l'iris couvert de productions fongueuses.

Nous n'entendons pas néanmoins parler ici des effets bienfaisants du sublimé, dont nous parlerons dans la Note dejá annoncée et qui suivra bientôt sous forme de lettre ouverte adressée à M.r le D.r Simi, oculiste distingué et directeur du *Bulletin d'Oculistique* de Florence.