

des symptômes et les circonstances commémoratives laissent rarement du doute sur le diagnostic.

Quelle que soit la manière dont la maladie s'est développée, le traitement doit être le même; les seules modifications à y apporter dépendent de l'intensité des symptômes. On a prétendu à la vérité que l'ophtalmie qui succède à la suppression de la blennorrhagie était beaucoup plus grave et exigeait un traitement plus actif que celle qui est produite par inoculation; mais a-t-on observé un assez grand nombre de faits de l'une et de l'autre espèce pour déduire des conséquences certaines?

La première indication à remplir, c'est de modérer la violence de l'inflammation. On emploiera donc les mêmes moyens dont nous avons conseillé l'usage dans l'ophtalmie aiguë violente: les saignées locales ou générales, dans quelques cas la rescision de la conjonctive, etc. Le vésicatoire ou mieux encore le séton à la nuque est d'une grande utilité. Une indication non moins pressante, c'est de rétablir l'écoulement de l'urètre: pour y parvenir, on fera dans ce canal des injections douces et huileuses, on appliquera un cataplasme sur le périnée. Quelques auteurs ont conseillé de porter dans l'urètre une nouvelle irritation, en y injectant quelques gouttes du mucus de l'œil. Plusieurs chirurgiens ont employé ce moyen avec succès; cependant on a fait trop peu d'expériences de ce genre pour que nous puissions le recommander ou le proscrire.

Lorsque l'inflammation commence à s'apaiser, il est convenable d'ajouter aux topiques calmants quelques préparations mercurielles, et dans le cas où l'ophtalmie serait produite par inoculation, il faudrait faire subir au malade un traitement mercuriel complet.

Après avoir exposé les symptômes et le traitement des principales variétés de l'ophtalmie aiguë, nous allons parler de l'ophtalmie chronique. Une chose assez remarquable dans l'histoire de l'une et de l'autre, c'est la différence de leur siège. Presque toujours, en effet, l'ophtalmie aiguë occupe plus spécialement, et quelquefois d'une manière exclusive, la portion de la conjonctive qui revêt le globe de l'œil, tandis que la membrane interne des paupières est ordinairement seule affectée dans l'ophtalmie chronique.

L'inflammation chronique de la conjonctive succède souvent à l'ophtalmie aiguë: elle peut être causée encore par l'habitude de fixer pendant longtemps la vue sur des objets très-petits, par des lectures

assidues, l'habitation dans des lieux couverts de neige, ou dans des demeures très-humides, par une atmosphère chargée de fumée ou de vapeurs irritantes; par une diathèse scrofuleuse, scorbutique, vénérienne, dartreuse; enfin, cette affection est souvent le symptôme d'une autre maladie de l'œil, telle que le renversement des paupières ou des cils, l'ulcération de la conjonctive ou de la cornée, l'exophtalmie, la présence de quelque corps étranger sur l'œil.

Dans cette espèce d'ophtalmie, la douleur est ordinairement sourde; mais elle est exaspérée par un grand nombre de causes, et surtout par celles qui fatiguent l'œil ou l'irritent, comme un exercice prolongé de la vue, les veilles, l'impression passagère d'une lumière vive, etc.: certains écarts de régime, l'usage des liqueurs alcooliques, les plaisirs de l'amour, peuvent aussi augmenter la douleur habituelle dont les yeux sont le siège. Cette douleur n'est point accompagnée d'une chaleur constante; celle-ci n'est que passagère, et ne se développe que sous l'influence des causes qui augmentent la sensibilité. La rougeur n'est communément visible qu'aux bords des paupières, et c'est en les écartant qu'on s'aperçoit qu'elle s'étend à toute leur face interne. Elle s'arrête quelquefois à l'endroit où cette membrane se réfléchit pour couvrir l'hémisphère antérieur du globe de l'œil; d'autres fois elle s'étend sur cette partie de la conjonctive en disparaissant peu à peu vers la cornée. Mais lorsque les causes dont nous avons parlé viennent à agir, la rougeur devient plus vive, et s'étend à toute la membrane, qu'elle abandonne ensuite progressivement. Il est bien rare que dans l'ophtalmie chronique la conjonctive offre un gonflement considérable. En général, le bord libre des paupières seul est tuméfié, encore l'est-il médiocrement. Les fonctions de l'œil sont moins troublées que dans l'ophtalmie aiguë; il peut supporter l'impression de la lumière; mais il ne peut pas la soutenir longtemps: la sécrétion des larmes, quoiqu'augmentée, est beaucoup moindre. Du reste, cette maladie ne trouble point l'économie, et les symptômes généraux qui l'accompagnent quelquefois sont l'effet de la diathèse particulière qui l'a produite.

La marche de cette inflammation diffère selon que l'ophtalmie est primitive ou qu'elle succède à l'ophtalmie aiguë. Dans ce dernier cas, les symptômes, d'abord violents, s'adoucissent par degrés, puis restent stationnaires. Dans l'ophtalmie chronique primitive, au contraire, il y a d'abord une légère douleur et une rougeur à peine sensible, qui

sont passagères dans le début, reviennent ensuite à des intervalles plus courts et avec une intensité un peu plus grande, puis persistent au point de n'être plus une simple susceptibilité de l'œil à s'affecter, mais constituent une véritable maladie. De quelque manière au surplus qu'elle ait débuté, l'inflammation diminue et augmente tantôt sans cause connue, tantôt par l'effet de causes appréciables. On observe quelquefois dans le retour de ces exacerbations une sorte de régularité. Cette maladie abandonnée à elle-même n'est presque jamais susceptible de guérison : je dis presque jamais, car on a vu des ophthalmies chroniques se dissiper spontanément, même après avoir résisté à des soins bien ordonnés.

Il est rare que l'ophthalmie dure longtemps sans amener quelque affection consécutive plus grave que l'ophthalmie elle-même : ainsi le ptérygion, les taies de la cornée, le nuage, sont fréquemment la suite de cette inflammation chronique, qui produit aussi quelquefois la perte complète de la vue, et même l'atrophie du globe de l'œil. Une terminaison aussi fâcheuse est heureusement rare ; mais il n'en est pas de même du nuage, des taies et du ptérygion, qui sont fréquemment la suite de l'ophthalmie chronique. Il ne faut donc rien négliger pour la guérir, ou du moins pour en adoucir les symptômes et en prévenir les conséquences.

Lorsque l'ophthalmie chronique est primitive, le premier soin du médecin doit être de soustraire le malade à la cause qui l'a déterminée. Si elle est due aux veilles, à des lectures assidues, le malade devra y renoncer entièrement ; si elle résulte du genre d'occupations auquel il se livre, on lui conseillera, autant que les circonstances le permettront, de changer de profession, ou de mettre des intervalles et de la modération dans son travail. La cause qui entretient l'ophthalmie chronique peut ne pas être celle qui l'a produite. Celle-ci peut avoir laissé de la faiblesse dans l'œil, il peut y être survenu une nouvelle cause d'irritation, ou encore elle peut être entretenue par un vice interne de l'organe, ou par une maladie dont elle n'est qu'un des symptômes. Dans ce dernier cas, c'est contre l'affection essentielle qu'il faut diriger le traitement. Lorsque la maladie ne tient point à une disposition intérieure sensible, tout porte à croire qu'elle est due à un état vicieux de l'œil lui-même. La faiblesse est la cause la plus ordinaire de l'inflammation qui persiste après une ophthalmie aiguë ; aussi les collyres et les onguents astringents préparés avec l'acétate

de plomb ou le sulfate de zinc, les vapeurs spiritueuses, le vésicatoire et surtout le séton à la nuque, sont-ils employés avec le plus grand succès. Lorsque, au contraire, ces moyens ne font qu'irriter l'œil, et que d'ailleurs le malade est d'une constitution très-irritable, c'est presque toujours par une cause inhérente à l'œil que l'ophthalmie est entretenue ; et, dans ce cas, il est nécessaire de recourir aux topiques sédatifs combinés avec les fortifiants, tels que les vapeurs antispasmodiques et alcooliques, et le laudanum liquide ; en même temps on administre à l'intérieur le quinquina, la valériane, etc.

L'ophthalmie chronique, presque toujours occasionnée par une cause externe et accidentelle, est quelquefois entretenue par un vice particulier de la constitution. Quelquefois aussi cette maladie se développe lentement, et s'aggrave par degrés sous l'influence du vice de la constitution qui l'entretient ensuite. De toutes les ophthalmies qui doivent leur existence à des causes de cette nature, celle qui provient d'une diathèse scrofuleuse est assurément la plus fréquente : les ophthalmies scorbutique, dartreuse et vénérienne se voient bien plus rarement. L'opiniâtreté avec laquelle l'ophthalmie résiste au traitement ordinaire, et l'absence de toute lésion de l'œil à laquelle on puisse l'attribuer, font connaître au médecin que cette maladie doit être entretenue par une cause interne ; la constitution du malade, les circonstances commémoratives, et divers symptômes qui coexistent quelquefois avec l'ophthalmie, indiquent cette cause. C'est d'après cela, ou d'après une simple probabilité, qu'on fait subir au malade ou qu'on essaye un traitement approprié à la cause reconnue ou présumée de la maladie. Ainsi, dans l'ophthalmie scrofuleuse, les topiques astringents préparés avec le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, l'aloès même, seront employés avec succès ; mais c'est particulièrement vers le traitement intérieur et le régime qu'il faudra diriger ses vues. Les préparations ferrugineuses et antimoniales, le quinquina en substance, une habitation bien exposée, les aliments succulents, aromatiques et faciles à digérer, le vin pur en petite quantité, des vêtements de laine sur la peau, les frictions avec la flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques, seront les principaux moyens dont on se servira pour combattre le vice de la constitution et l'ophthalmie qui s'y trouve liée.

L'ophthalmie scorbutique est ordinairement accompagnée d'hémorrhagies abondantes par la conjonctive, et de divers autres sym-

ptômes de scorbut qui en rendent le diagnostic facile. Le traitement est celui qui convient au scorbut.

L'ophtalmie vénérienne commence avec beaucoup de lenteur; elle relâche la conjonctive, produit l'ulcération du bord des paupières, la chute des cils et quelquefois l'obscurcissement de la cornée. Les douleurs dont l'œil est le siège augmentent la nuit, comme toutes celles qui sont dues au virus vénérien. Dans cette espèce d'ophtalmie, qui diffère de l'ophtalmie blennorrhagique, on doit avoir tout de suite recours au traitement antivénérien et aux topiques mercuriels.

L'ophtalmie dartreuse n'offre aucune particularité remarquable. On la combat par les remèdes sulfureux et par les autres moyens conseillés dans le traitement des dartres.

Avant de terminer cet article, nous ferons remarquer que l'ophtalmie chronique, de quelque espèce qu'elle soit, résiste souvent au traitement le plus sagement administré, et que, dans certains cas, elle continue à s'aggraver pendant l'usage des remèdes destinés à la guérir. Nous ajouterons encore que quand les yeux ont été plusieurs fois affectés de cette maladie, elle est sujette à reparaitre de temps à autre, avec ou sans régularité dans son retour. La crainte de ces sortes de rechutes a porté plusieurs praticiens à conseiller l'emploi de certains remèdes propres à la prévenir. Mais ils ne se sont pas accordés sur le choix de ces moyens prophylactiques, et ceux mêmes qui avaient été recommandés par les uns ont été entièrement proscrits par d'autres. Ainsi l'eau très-fraîche, dont Morgagni parut éprouver sur lui-même de si heureux effets, avait été signalée par Fabrice de Hilden comme extrêmement nuisible. Nous pensons qu'en général des lotions d'eau fraîche avec addition de quelques gouttes d'alcool ou d'eau de Cologne ne peuvent qu'être utiles aux personnes dont les paupières et la conjonctive sont de temps en temps le siège d'un engorgement (a).

(a) — La maladie que Boyer décrit sous le nom d'*ophtalmie* est la *conjonctivite*, nommée aussi par quelques ophtalmologistes *ophtalmie catarrhale*, parce qu'attaquant une membrane muqueuse, cette inflammation donne lieu à une sécrétion abondante de fluide muqueux. Mais nous voyons d'après ce que dit Boyer qu'il ne borne pas le siège de l'ophtalmie à la conjonctive seule, et qu'il l'étend

aux divers tissus et aux diverses parties qui entourent le globe oculaire. Rigoureusement parlant, la conjonctivite doit être bornée à la conjonctive; mais la pratique prouve que cette dénomination, prise dans ce sens, n'est pas applicable à l'inflammation de la conjonctive, et que dans un grand nombre de circonstances elle coexiste avec l'inflammation d'autres membranes de l'œil: aussi des ophtalmologistes ont-ils pensé qu'il vaudrait mieux donner le nom d'ophtalmie aux inflammations complexes de l'œil, et réserver le nom de conjonctivite pour l'inflammation de la conjonctive seule. Je partage tout à fait cette opinion; mais je dois me conformer à la dénomination adoptée par Boyer, et ne pas la changer dans son ouvrage, quoique dans ma note je me serve du nom de conjonctivite.

Les causes de la conjonctivite sont distinguées par Boyer, comme par tous les pathologistes, en externes et en internes. Cette distinction est très-importante, et elle prouve la justesse de la différence à établir entre la conjonctivite et l'ophtalmie. Dans l'inflammation de la conjonctive occasionnée par une cause externe, il arrive fréquemment que la cornée et la sclérotique ne participent pas à la maladie: il faut que celle-ci ne soit pas soignée, et devienne ou très-intense ou chronique pour que les deux autres membranes soient affectées. Au contraire, dans la conjonctivite produite par une cause interne, les deux autres membranes sont souvent malades également dès le principe; ou, si elles ne le sont pas, elles le deviennent certainement plus tard.

Les symptômes de la conjonctivite aiguë et de la conjonctivite chronique sont très-bien exposés par Boyer. Je n'ai rien à ajouter aux phénomènes pathologiques qu'il indique; mais j'ai quelques mots à dire sur les phénomènes anatomiques. Dans la conjonctivite aiguë, les vaisseaux sanguins de la conjonctive, qui sont gorgés par le sang, forment dans cette membrane un lacis pour ainsi dire tourbillonné, plus ou moins prononcé en raison du degré de l'inflammation; et lorsque la maladie est parvenue à son plus haut point, il n'y a plus alors de lacis apparent, mais toute la membrane constitue une plaque rouge de teinte égale dans laquelle on aperçoit des filaments d'un rouge plus vif. Dans la conjonctivite chronique, dont le siège est à la face interne des paupières, et surtout de l'inférieure, on trouve que les follicules muqueux enflammés chroniquement, et en conséquence tuméfiés, forment des granulations. De là le nom de conjonctivite ou

ophthalmie *granuleuse* donné à cette variété. Ces granulations, qu'on observe encore quelquefois dans le repli de la conjonctive, peuvent aussi exister dans la conjonctivite aiguë. Je ne pense pas que leur présence soit aussi grave que l'ont dit quelques ophthalmologistes. Si on a observé leur existence, surtout dans les conjonctivites dites catarrhales, à cause de l'abondante sécrétion de mucus qui les accompagne, c'est que ces granulations dépendent du gonflement des follicules muqueux.

Les pathologistes ont beaucoup varié d'opinion sur le traitement de la conjonctivite, et surtout sur celui de l'ophthalmie, c'est-à-dire des inflammations communes à la conjonctive, à la sclérotique et à la cornée. Les uns ont vanté les antiphlogistiques généraux et les topiques émoullients; les autres ont prôné les antiphlogistiques généraux et les astringents; d'autres enfin ont dit qu'il fallait toujours avoir recours aux topiques astringents et même aux caustiques. Tous ont eu raison, parce que ces divers moyens thérapeutiques ont produit de bons effets dans un grand nombre de cas peu graves; mais lorsqu'on veut suivre un traitement rationnel qui procure une prompte guérison, il faut se conformer à des principes que Boyer a bien exposés et que les chirurgiens modernes ont modifiés d'une manière avantageuse. Quand la conjonctivite est intense, les saignées générales, les dérivatifs et les topiques émoullients conviennent. Quand elle est peu intense, les saignées, les dérivatifs et les topiques légèrement excitants, l'eau de sureau tiède, par exemple, et plus tard les topiques astringents et même caustiques, comme les collyres avec le sulfate de zinc ou le nitrate d'argent, sont très-avantageux. Ainsi que je l'ai déjà fait observer, les anciens ophthalmologistes avaient proscrit les topiques émoullients pour les inflammations de la conjonctive, et ils avaient préféré les topiques astringents. Quand la conjonctivite est peu intense, c'est à ces derniers topiques qu'il faut avoir recours dès le principe.

Lorsqu'il existe un chémosis, il est très-important d'en connaître la cause. S'il dépend seulement de l'intensité de l'inflammation, il disparaît avec elle sans qu'on ait besoin d'avoir recours à des moyens thérapeutiques spéciaux. S'il dépend, au contraire, de la nature de la conjonctivite, comme dans l'ophthalmie puriforme et dans l'ophthalmie blennorrhagique, il faut avoir recours à des moyens thérapeutiques spéciaux pour le guérir. Il faut alors ou exciser la conjonctive ou la cautériser fortement. L'excision se pratique avec des ciseaux courbes.

Le chirurgien fait appuyer la tête du malade sur un oreiller ou sur la poitrine d'un aide; celui-ci renverse les paupières, et le chirurgien, saisissant la conjonctive avec des pinces, en fait l'excision avec des ciseaux courbes. L'écoulement de sang qui a lieu produit une guérison prompte. La cautérisation se fait avec le crayon de nitrate d'argent. Le chirurgien, faisant placer le malade et renverser les paupières comme dans l'opération précédente, verse une goutte d'huile sur la cornée pour la préserver du contact du caustique, et il promène le crayon de nitrate d'argent sur la conjonctive; il lave ensuite l'œil à grande eau. Cette opération est renouvelée tous les jours. Il faut avoir recours à ces moyens thérapeutiques dès le principe de la maladie pour arrêter ses progrès et empêcher l'inflammation de la cornée, son ramollissement, son ulcération et la sortie des humeurs de l'œil. Une foule d'autres moyens thérapeutiques ont été conseillés pour s'opposer à ces conjonctivites; ils sont tous choisis parmi les astringents, mais aucun n'a la valeur de ceux que je viens d'indiquer.

Il y a une espèce de chémosis que l'on a nommé *œdémateux*, et dans lequel la conjonctive semble infiltrée de sérosité. Il n'exige aucun soin particulier, et il cède à l'emploi des topiques astringents. Je l'ai vu succéder au chémosis inflammatoire et disparaître sans aucun traitement, quoique la conjonctive fût un peu indurée.

Le renversement des paupières, qui survient dans certaines conjonctivites épidémiques, disparaît quand les symptômes de la maladie s'amendent. J'ai observé à Paris, en l'année 1832, une ophthalmie épidémique dont ce renversement était un symptôme; il cessait seul quand l'inflammation diminuait; aucun moyen thérapeutique ne pouvait le combattre, et son existence n'avait aucune influence fâcheuse sur la maladie.

Je ne crois pas devoir parler spécialement de l'ophthalmie désignée sous le nom d'*ophthalmie d'Égypte*. Cette maladie, qui a beaucoup fixé l'attention des praticiens après la campagne des Français en Égypte, est une ophthalmie endémique à ce pays. Elle paraît due à la chaleur, à la réflexion des rayons solaires sur le sable, aux émanations des eaux stagnantes et à l'introduction dans l'œil du sable fin de cette contrée. Elle est grave, en général, surtout pour les étrangers.