

Symptômes. Le globe semble dur, tendu, proéminent, ce qui est dû à l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse. Il présente un aspect brillant et humide. La conjonctive est soulevée par une légère infiltration séreuse du tissu cellulaire subjacent. Sur la muqueuse bulbaire apparaissent deux plans de vaisseaux; un plan superficiel ou artériel, formé de vaisseaux de couleur carmin, parallèles entre eux, fournissant un petit nombre de branches dans leur trajet, se divisant parfois en un grand nombre de ramifications au voisinage de la cornée; un plan profond ou veineux, composé de vaisseaux couleur lie de vin, qui semblent faire corps avec la sclérotique. L'iris conserve parfois, surtout au début, sa mobilité; dans le plus grand nombre des cas, la pupille est immobile et petite. Sous l'influence d'une lumière vive, elle peut reprendre ses mouvements, et la belladone en produit la dilatation. La couleur de l'iris est plus terne, ce qui est dû à la formation d'une exsudation plastique très-mince. Lorsque l'inflammation atteint le feuillet iridien de la membrane de Descemet, il se produit des *synéchiés postérieures* qui donnent à la pupille une forme irrégulière, après qu'on a instillé de l'atropine derrière les paupières. Presque toujours, le champ pupillaire présente, dès le début du mal, un *nuage* qui ne se révèle à l'observateur que par l'examen de l'œil à l'éclairage latéral. Si l'affection fait des progrès, l'exsudation plastique augmente d'épaisseur et finit par prendre les caractères d'une fausse membrane pupillaire. Quelquefois, l'exsudation envahit la chambre antérieure, tantôt sous forme de flocons d'un blanc jaunâtre, tantôt sous celle de filaments distincts, tantôt encore sous forme d'une fumée épaisse obscurcissant l'humeur aqueuse. D'autres fois, la membrane de l'humeur aqueuse sécrète du véritable pus, c'est-à-dire qu'il se forme un *hypopyon*. On voit encore se produire, dans le cours de cette phlegmasie, une extravasation sanguine dans la chambre antérieure, c'est-à-dire un *hypohéma*.

La face postérieure de la cornée offre aussi des modifications : elle est trouble, en totalité ou en partie; son aspect a été comparé à celui d'un verre de montre, dans l'intérieur duquel on aurait soufflé. Sur cette couleur terne se détachent un nombre plus ou moins considérable de *petits points opalins, grisâtres*, de dimensions variables, depuis celle d'une pointe d'aiguille ou d'épingle jusqu'à celle d'un grain de millet; quelquefois ce sont des taches plus ou moins étendues. On s'assure, par l'éclairage latéral à la lampe, que ces dépôts occupent la face profonde de la cornée et que le reste de cette membrane a parfois conservé toute sa transparence.

La vision est troublée; les objets sont aperçus comme à travers un brouillard, d'autant plus épais que l'exsudation plastique est plus abondante. Les malades se plaignent d'éprouver dans l'œil une sensation de tension et de plénitude; ils accusent des douleurs orbitaires ou circumorbitaires se propageant quelquefois à toute une moitié du crâne. Tantôt il n'y a pas de *photophobie*, tantôt celle-ci est excessive; dans le dernier cas, il se produit un larmolement très-abondant, dès qu'on écarte les paupières.

Marche. Terminaisons. Dans le plus grand nombre des cas, et lorsque la phlegmasie a une marche subaiguë, elle se termine par résolution dans

l'espace de quelques jours, sans laisser de traces de son passage. Dans le cours de certaines kératites, on voit se produire un épanchement de lymphé plastique dans la chambre antérieure, et le liquide se résorber. D'autres fois, l'inflammation, envahissant la lame séreuse qui tapisse l'iris, se résout encore; mais les exsudations produites collent certains points du pourtour de la pupille à la capsule antérieure du cristallin, ou bien encore laissent subsister une fausse membrane tenue dans l'aire pupillaire. Dans des cas beaucoup plus rares, l'inflammation a une marche suraiguë; elle débute d'emblée sur toute l'étendue du sac séreux qui revêt les chambres de l'œil, donne lieu à une abondante sécrétion de lymphé plastique, s'étend consécutivement à la cornée dont elle produit l'ulcération et compromet pour toujours les fonctions de l'œil. (Consultez, pour une observation de ce genre, mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 113.)

Diagnostic. La forme suraiguë se présente avec des caractères qui ne permettent pas de la méconnaître. La forme subaiguë peut être confondue soit avec une kératite, soit avec une iritis. L'examen de l'œil, par l'éclairage latéral à la lampe, permet de préciser le siège des dépôts plastiques, c'est-à-dire de déterminer s'ils sont dans l'épaisseur de la cornée, auquel cas on a affaire à une kératite, ou accolés à la face postérieure de cette membrane. Ajoutons qu'en cas d'inflammation de la membrane de Descemet, il se produit souvent, dans le cours de la maladie, un épanchement de lymphé plastique ou de sang dans la chambre antérieure, ce qui ne permet plus de doute sur la partie affectée. Il n'y a pas de distinction à établir entre l'inflammation qui atteint le feuillet iridien de la membrane de Descemet et l'iritis séreuse; c'est une seule et même affection (voir la *Section* suiv.).

Pronostic. La descemetite suraiguë est très-grave : dans le cas que j'ai observé, les antiphlogistiques, la médication altérante, la ponction de la chambre antérieure ont été inefficaces pour arrêter la marche de la maladie. Serait-il permis d'attendre de meilleurs résultats d'une large iridectomie pratiquée au début du mal? Les autres formes de l'affection se terminent généralement d'une manière heureuse, à moins qu'elles ne passent à l'état purulent (voir *Hypopyon*).

Traitement. Pour combattre la phlegmasie de la chambre antérieure, on emploie les saignées locales : ventouses scarifiées, ou sangsues à la tempe. On prescrit des dérivatifs plus ou moins énergiques : purgatifs, pédiluves irritants, sinapismes aux membres inférieurs; vésicatoires volants sur l'orbite. On administre les mercuriaux à l'intérieur, en même temps qu'on fait pratiquer des onctions sur l'orbite avec l'onguent napolitain, additionné d'extrait de belladone. L'atropine, employée sous forme de collyre, est surtout indiquée, dans les cas où la phlegmasie atteint le feuillet iridien de la membrane de Descemet. La dilatation de la pupille prévient les synéchiés ou rompt celles qui se sont déjà formées.

Quelques chirurgiens conseillent la parentésè de la chambre antérieure, pour évacuer l'humeur aqueuse. Cette pratique, dont Wardrop est l'inventeur, compte pour partisans Langenbeck, Weller, Carron du Villards. Elle a l'avantage, suivant eux, de faire cesser instantanément les douleurs

et la distension de l'œil, de rétablir la transparence de ce dernier, et de diminuer la phlegmasie qu'elle n'augmente jamais. Nous reviendrons sur ce sujet en décrivant l'*hypopyon*.

CHAPITRE III.

HYPOPYON. HYPOLYMPHA.

On donne le nom d'*hypopyon* à un amas de pus dans la chambre antérieure. Si, au lieu de pus, c'est de la lymphe plastique, il y a *hypolymphe*.

Anatomie pathologique. Le liquide renfermé dans la chambre antérieure est en quantité variable. Obéissant aux lois de la pesanteur, il gagne les parties déclives de cet espace, et le niveau s'en élève à mesure qu'il est plus abondant. La composition diffère suivant les cas. Le plus souvent, l'humeur aqueuse contient en suspension de nombreuses cellules de pus et des granules très-fins, s'agglomérant en réseau et en plaques, pour emprisonner les cellules de pus. Le liquide de l'*hypopyon* est généralement dense, parfois même tellement consistant, qu'il s'écoule avec peine au dehors, après une ponction faite à la cornée.

Causes. On observe l'*hypopyon* dans le cours de certaines kératites, à la suite d'iritis, après les opérations de cataracte à l'aiguille, dans le cas de productions morbides de l'iris, alors que la tumeur proémine dans la chambre antérieure. Les corps étrangers introduits dans cette portion de l'œil produisent aussi la même affection.

Symptômes. On reconnaît l'*hypopyon* à l'existence d'une tache, d'une coloration variable, située derrière la portion inférieure de la cornée, de la forme d'une moitié de disque dont la convexité répond à la circonférence de la cornée, pendant que la portion plane s'élève à une hauteur variable. Si l'affection fait des progrès, la masse morbide peut atteindre le contour de la pupille et passer, à travers cette ouverture, jusque dans la chambre postérieure. La tache est d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune foncé, suivant que le dépôt renferme une petite quantité de pus et beaucoup de lymphe plastique, ou que le pus en forme la majeure partie. Lorsque la collection est mélangée de sang, elle offre par places une teinte rougeâtre.

Tous les auteurs ont établi un parallèle entre l'*hypopyon* et l'*onyx*, c'est-à-dire entre l'épanchement de pus dans la chambre antérieure et l'abcès formé dans l'épaisseur de la cornée. Suivant eux, dans l'*hypopyon*, le pus occupe toujours la partie déclive de la chambre antérieure et forme une tache semi-lunaire; la limite supérieure de cette collection est un plan horizontal, lorsque le sujet est dans l'attitude verticale; si le malade penche la tête de côté, le niveau du liquide se déplace; enfin la collection de la chambre antérieure ne forme pas de saillie appréciable. Dans l'*onyx*, le siège et la forme de la tache varient, parce que tous les points de la

cornée peuvent en être affectés; le dépôt conserve invariablement le même siège et la même forme, quelle que soit l'attitude de la tête. Il forme un relief plus ou moins considérable. Nous avons exprimé déjà notre sentiment sur la prétendue existence de véritables abcès de la cornée (p. 15 de ce volume). Nous croyons que de telles collections ne peuvent se former dans l'épaisseur de cette membrane. Les caractères tirés du changement de niveau que présente l'*hypopyon*, dans les diverses inclinaisons de la tête, sont illusoire, attendu que le pus de l'*hypopyon* est trop concret pour se déplacer.

Marche. Terminaisons. On voit fréquemment, surtout chez les enfants, l'*hypolymphe* et l'*hypopyon* se résorber spontanément. D'autres fois, la phlegmasie qui a produit cette collection fait des progrès, la cornée s'ulcère et l'œil s'atrophie consécutivement. J'ai constaté, très-rarement à la vérité, un autre mode de terminaison: la lymphe plastique persiste dans la partie la plus déclive de la chambre antérieure, en formant une petite masse compacte de couleur blanchâtre, qui semble soudée à la portion correspondante de la circonférence de la cornée.

Traitement. On oppose à l'*hypopyon* les médicaments qui sont propres aux affections dont cette phlegmasie est le plus souvent une complication, c'est-à-dire qu'on combat la kératite ou l'iritis. D'autres moyens ont été conseillés pour obtenir la résorption du pus: le *polygala senega*, à la dose de 2 à 3 grammes par jour; le *polygala* associé à la *magnésie*; le *polygala* et le *calomel*, un *collyre ioduré*, l'application, sur l'œil, de compresses imbibées d'une infusion de *fleurs de sureau*, de *serpolet*, d'*hysope*, de *lavande*, de *mélisse*, de *safran*; ou bien encore de sachets contenant des *plantes aromatiques* et du *camphre*.

Lorsque l'*hypopyon* ne se résorbe pas, malgré l'emploi des diverses médications précédentes, doit-on évacuer le pus accumulé dans la chambre antérieure, en ouvrant la cornée? Wardrop, Jäger, Rosas, Cunier sont partisans de cette pratique qui est rejetée par Janin, Scarpa, Jüngken. On a reproché à la paracentèse oculaire d'exaspérer l'inflammation, et par conséquent d'augmenter la quantité de pus de la chambre antérieure; d'exposer à la suppuration des lèvres de la plaie faite à la cornée; d'exiger une large ouverture de la cornée, en raison de la densité du pus, qui s'écoule difficilement au dehors. Nous croyons ces reproches mal fondés. La paracentèse est une opération peu grave; en supposant qu'elle ne procure que l'évacuation d'une très-petite quantité de pus, elle donne lieu à l'écoulement de l'humeur aqueuse qui contient elle-même des globules purulents. La masse de ce liquide est promptement renouvelée, et elle dissout une portion du dépôt purulent resté dans la chambre antérieure. En renouvelant la ponction un certain nombre de fois, on favorise la disparition de l'*hypopyon*. On pratique cette opération avec une aiguille à paracentèse ou avec le couteau lancéolaire.