

CHAPITRE IV.

MALADIES DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

ARTICLE PREMIER.

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE L'HUMEUR AQUEUSE.
(Descemétite. — Aquo-capsulitis.)

Cette maladie, dont les descriptions sont encore assez rares aujourd'hui, a reçu les noms les plus dissemblables. On l'a appelée tour à tour *inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse*, de la *membrane de Descemet*, de la *membrane de Demours*, *Descemétite*; *hydro-meningitis*; *inflammatio membranae serosæ*; *kérato-iritis*, *iritis serosa*, *iritis sub-acuta*, *chronica*, *hypercératose*, etc., etc.

Ces noms divers, ainsi qu'on peut en juger au premier coup d'œil, semblent ne pas pouvoir se rapporter à la description de la même maladie; mais ce qui pour l'un est l'inflammation simultanée de la cornée et de l'iris, sera pour l'autre celle du feuillet cornéen et du feuillet iridien de la membrane de l'humeur aqueuse; de sorte que si les noms varient dans les auteurs, ils n'en expriment pas moins une seule et même chose.

Une réflexion fort simple, cependant, explique l'origine de tous ces noms donnés à une même maladie: l'inflammation qui frappe la membrane de l'humeur aqueuse demeurera-t-elle si bien isolée que les symptômes en pourront être toujours parfaitement tranchés? Comment admettre que cette membrane si ténue (dont l'existence est niée encore aujourd'hui par quelques anatomistes), s'enflammant dans sa portion cornéenne, ne prendra pas les caractères de la kératite profonde et n'aura pas tous les signes de l'iritis au premier degré, si c'est par sa partie iridienne que la maladie commence?

Il conviendrait donc, pour donner une description complète de la descemétite ou inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, de renvoyer aux articles *Kératite ponctuée profonde*, et *Iritis au premier degré*, où elle a été décrite en très grande partie. Pourtant, comme, dans la kératite et l'iritis, nous avons cherché à mettre surtout en relief les symptômes qui distinguent plus parti-

culièrement ces deux affections, et que les caractères de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse ne se sont trouvés là qu'en seconde ligne, nous allons les présenter à part dans la courte description qui suit.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — A. *État chronique*. — La forme chronique étant la plus fréquente, c'est par celle-ci que nous commencerons cette fois notre description, en indiquant les caractères de la maladie dans chacune des membranes en particulier.

Portion cornéenne de la membrane de l'humeur aqueuse. — *Cornée*. — Il est presque impossible de reconnaître à l'œil, ni même à l'aide d'une loupe, si l'inflammation se borne exactement à la membrane de l'humeur aqueuse; cependant, il est aisé d'apercevoir un certain trouble, qui semble placé plus profondément que la cornée, dont les lamelles postérieures ne paraissent d'abord pas atteintes. Ce trouble, que M. Bedford (1), à l'exemple de Wardrop, considère à tort non comme le dépôt d'un produit morbide, mais comme le résultat d'une simple turgescence vasculaire, est au début si léger que c'est à grand-peine qu'on peut distinguer une différence entre l'œil sain et l'œil malade; uniformément répandu, dans quelques cas, derrière une partie de la cornée, au delà de laquelle tout est brillant comme de coutume, il s'étend peu à peu dans plusieurs directions, et ressemble assez alors à une fumée, à un brouillard léger qu'on apercevrait à travers un verre poli.

A l'endroit où siège l'opacité, la surface externe de la cornée a toute sa netteté accoutumée, comme on peut s'en assurer en la regardant obliquement; cette membrane ressemble tout à fait alors, pour la transparence, au verre d'une montre, à la surface concave duquel on aurait soufflé un instant et de manière à n'en troubler que la moitié.

Quelquefois cette espèce de brouillard encore transparent se fixe à la fois sur plusieurs endroits de la face cornéenne concave, de sorte qu'on peut parfaitement distinguer en arrière la chambre antérieure, l'iris et la pupille, à travers les parties demeurées saines.

C'est à ce moment, si ce n'a pas été vers le début de l'aquo-

(1) Bedford, *Guy's hospital Reports*, octobre 1842; et *Annales d'oculistique de M. Fl. Cunier*, III^e vol. suppl., p. 447.

capsulitis, qu'on voit souvent apparaître, au centre de la cornée, le caractère distinctif de la kératite que nous avons décrite sous le nom de *kératite ponctuée* (page 245). Je veux parler de petites plaques ou petits points grisâtres ou bleuâtres, quelquefois noirs, placés derrière la face cornéenne concave; ces points sont ordinairement de la grandeur d'une pointe d'aiguille; cependant je les ai vus se transformer en plaques rondes de la grandeur d'un grain de millet, et cribler en quelque sorte la cornée. Le sujet de l'une de mes observations était atteint de syphilides et d'une iritis. Il habitait le Mans et m'avait été adressé par un honorable confrère de ce pays, M. le docteur Lejeune. Prael, selon Himly, a observé le même fait dans un cas avancé de la maladie, sur le cadavre d'une chlorotique morte pendant le déclin de l'inflammation. Ces points, quand ils sont dans leurs conditions ordinaires, ne présentent ni saillie ni enfoncement, et ne peuvent être aperçus qu'à l'aide d'une excellente vue ou au moyen d'une forte loupe. Ils sont le plus souvent groupés, au nombre de quarante à cinquante, à l'endroit de la face concave de la cornée qui correspond au centre de la pupille, et s'étendent assez ordinairement de haut en bas lorsqu'ils se multiplient.

Ces points ne caractérisent cependant pas toujours l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, et je diffère en cela d'opinion avec Himly (1), parce que de nombreuses observations m'ont démontré qu'on les voit apparaître aussi à la surface externe de la cornée et que, lorsqu'ils se montrent en avant ou en arrière de cette membrane, il y a bientôt complication de kératite.  videmment ces petits points, ces petites plaques qui prennent quelquefois, mais dans des cas avancés, une couleur jaunâtre, et sont entourés alors d'un disque plus pâle que leur centre, sont formés par de l'albumine extravas e, phénomène facile à constater lorsque des taches plus larges ont remplacé les points, et que la transparence de la cornée est sérieusement compromise.

Selon Wardrop, qui l'a décrit avec beaucoup d'exactitude, ce disque p le, entourant un point opaque, serait produit par une suffusion siégeant dans la membrane de l'humeur aqueuse, tandis que l'opacité centrale aurait son siège dans la cornée. Je ne puis partager cette opinion, la même différence de coloration se remarquant tous les jours dans les kératites les plus superficielles.

(1) Himly's, *Augenheilkunde*, Band. II, p. 181. Berlin, 1843.

Quoi qu'il en soit, c'est au moment où les taches se multiplient que la cornée, tout en restant transparente, lisse, brillante et saine à sa surface externe, présente un aspect marbré remarquable: ce n'est plus évidemment à une aquo-capsulitis isolée qu'on a affaire, mais bien à cette maladie avec complication de la kératite profonde et opiniâtre que nous avons déjà décrite (p. 238) sous le nom de *kératite disséminée*. Les petites taches s'agrandissent en effet vers leur circonférence, et se confondent les unes dans les autres, presque toujours de manière à laisser voir une opacité plus prononcée et plus mate à l'endroit même où les points avaient primitivement été signalés; de sorte que si la maladie a une longue durée, le centre des taches prend une teinte de craie remarquable, tandis que la circonférence conserve longtemps une couleur bleuâtre ou laiteuse. Pendant un temps heureusement fort long, la surface externe de la cornée demeure parfaitement transparente; ce n'est même que dans des cas exceptionnels qu'elle finit par se troubler. On n'oubliera pas qu'ici nous parlons toujours de la forme chronique de la maladie qui nous occupe.

En même temps que des points, des plaques opaques, des taches mêmes, se développent dans la cornée, cette membrane subit d'une manière très lente tous les signes d'un ramollissement qui l'envahit en entier. On reconnaît, en effet, surtout lorsqu'on la regarde de côté, qu'elle tend à devenir plus saillante à son centre, et prend un certain degré de conicité. Si quelque partie de sa surface est demeur e transparente, on s'aperçoit que la chambre antérieure est agrandie, par le fait de la propulsion de la cornée en avant, et l'iris semble placé plus profondément que de coutume. Cette conicité, au reste, dans la majorité des cas, n'est pas dangereuse; presque toujours je l'ai vue disparaître.

Lorsque les plaques se multiplient, et que la cornée commence à se ramollir, et quelquefois même avant ce dernier phénomène, des vaisseaux se montrent vers la circonférence, et, après un court trajet, se perdent dans les épanchements interlamellaires plus profonds. J'en ai observé aussi, et même assez fréquemment, dans ces épanchements interlamellaires lorsqu'ils s'organisent.

Portion iridienne de la membrane de l'humeur aqueuse. — Iris. — Pupille. — Lorsque l'inflammation se localise dans cette portion de la membrane de Descemet, la maladie prend tous les caractères de l'affection décrite par les auteurs sous les noms d'*iritis sérieuse*, d'*iritis subaiguë*, d'*iritis chronique*, etc. Pour

qu'on puisse bien juger de l'état de la séreuse qui recouvre l'iris, la portion cornéenne de la membrane de l'humeur aqueuse, comme le reste de la cornée, doit être parfaitement saine ; autrement si l'on regarde à travers une cornée déjà malade, la chambre antérieure et l'iris seront vus à travers une sorte de brouillard, qui donnera une teinte sale au diaphragme, et fera croire l'humeur aqueuse troublée.

Le principal symptôme est fourni par la couleur que présente l'iris ; il est nécessaire, pour éviter l'erreur, de comparer l'œil sain avec l'œil malade, et, si les deux yeux sont pris, de tenir compte de leur couleur naturelle.

La teinte morbide varie, en effet, selon que les yeux sont bleu clair, bleu gris ou verdâtres, brun clair, brun foncé ou noirs. Pour les iris clairs, comme les bleus, lorsque la séreuse de Descemet s'enflamme, la couleur naturelle est d'abord très peu altérée ; un brouillard léger et bleuâtre s'étend sur une partie de la membrane (*iritis séreuse partielle*), ou sur la membrane tout entière (*iritis séreuse générale*). La teinte bleu clair, manifestement moins brillante, est alors un peu plus foncée ; ce brouillard enfin produit pour l'iris l'effet que nous avons décrit pour la cornée. Les fibres iridiennes sont moins distinctes, et les petits enfoncements intermédiaires moins bien dessinés. Les iris bleu gris offrent une teinte sale plus prononcée, probablement parce que la couleur primitive en est moins franche. Les iris verdâtres présentent, surtout vers le petit cercle, une coloration manifestement rougeâtre, de teinte maté et plus foncée que la couleur primitive. Les iris brun clair prennent une teinte mate, terne, et, comme les autres iris, semblent avoir été salis. Quant aux iris brun foncé et noirs, la couleur qu'ils ont à l'état normal pâlit ; c'est une teinte gris clair, une sorte de *glacis* grisâtre qu'on aurait étendu à leur surface. Comme dans tous les autres iris, les fibres convergentes sont moins saillantes, et les interstices qu'elles laissent entre elles moins profonds.

Ces teintes diverses deviennent plus marquées lorsque l'inflammation s'élève. Si le parenchyme iridien se prend, ce qui le plus ordinairement a lieu, le diaphragme subit toutes les modifications de couleur que nous indiquerons en nous occupant de l'iritis.

Lorsque l'inflammation commence et qu'elle est peu élevée, l'étendue et la vitesse des mouvements de l'iris sont assez souvent augmentées par une sorte d'exaltation de la sensibilité nerveuse ; mais cet état dure ordinairement fort peu, ce qui explique com-

ment tous les auteurs qui ont décrit l'iritis au premier degré (iritis séreuse), ont indiqué, au contraire, une certaine paresse dans les mouvements du diaphragme. En effet, ce moment d'exaltation une fois passé, l'iris, gonflé de sang, devient moins mobile, et la pupille, sans perdre entièrement son jeu, ne s'étend plus avec la même rapidité.

Quelquefois alors on aperçoit sur l'iris de petits vaisseaux, se dirigeant des attaches ciliaires vers la marge libre.

C'est à ce même temps qu'on voit la pupille prendre une forme plus ou moins anormale sur quelques points de sa circonférence, et des angularités se dessiner sur son contour.

Quand l'inflammation s'est élevée à ce point du côté de l'iris, on pourrait, à l'exemple de Weller et de Bénédicte, donner à la maladie le nom d'*iritis subaiguë*, ou avec d'Ammon, celui d'*iritis séreuse* antérieure et postérieure, si, comme cela a lieu bien souvent, la capsule offrait quelques phénomènes morbides ; ou mieux encore celui de kérato-iritis (voy. p. 297), comme Rosas, lorsque la cornée se serait prise d'inflammation et qu'elle offrirait quelques-uns des phénomènes décrits plus haut. Peu importe, au reste, le nom sous lequel on la désigne alors, si les symptômes sont tous parfaitement reconnus, car les indications thérapeutiques demeureront exactement les mêmes.

Arrivée là, la maladie se complique le plus souvent de tous les caractères décrits à tort comme ceux de la capsulite, ce que quelques anatomistes déjà anciens expliquent par la présence d'un feuillet de la membrane de l'humeur aqueuse, qui se trouverait placé au-devant de la cristalloïde (Middlemore), tandis que d'autres pensent que l'inflammation s'est tout simplement communiquée à cette membrane par contiguïté du tissu.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, qui ne doivent pas être discutées ici, lorsque l'iris a perdu ses mouvements en totalité ou en partie et que la pupille est devenue anguleuse, cette ouverture présente un certain degré d'opacité, une sorte de nuage bleuâtre ou de brouillard assez semblable à une légère fumée qui, dans quelques cas, disparaît peu à peu avec la maladie, mais, chez certains individus moins heureux, devient de plus en plus visible, et se transforme en une véritable tache sur la capsule.

C'est alors que les mouvements de l'iris peuvent être compromis pour toujours.

En effet, les exsudations plastiques se développant et s'orga-

nisant entre la capsule et l'iris enflammés, ces deux membranes se trouvent unies d'une manière définitive. C'est là sans doute un sérieux inconvénient pour la vision, mais il peut malheureusement devenir plus grave encore, si la pupille disparaît tout à fait et se trouve frappée d'atrésie par de fausses membranes, souvent recouvertes de pigmentum, et parcourues quelquefois de vaisseaux de nouvelle formation.

D'ordinaire, cependant, quelques points seulement de la pupille demeurent attachés à la cristalloïde par des filaments fibro-albumineux, cachés sous des lambeaux d'uvée arrachés à la face postérieure de l'iris; et le malade, si des opacités ne sont point survenues dans la cornée, ne perd pas entièrement la vue. Parfois, les angularités pupillaires peuvent être très profondes; pourtant, quelque grandes qu'elles soient, on ne peut croire que l'iris disparaisse en partie. Prael assure qu'il a vu le tiers de cette membrane manquer complètement après deux ans de durée de la maladie: mais tant qu'il n'y a pas eu de dissection pratiquée, on peut supposer avec Himly, qui rapporte ce fait, que l'iris s'était tout simplement incliné en arrière, et avait contracté là de fortes adhérences.

Chambre antérieure. — On ne peut voir les désordres qu'elle présente en arrière qu'autant que la cornée est demeurée saine dans une assez grande étendue. Elle est déformée ou agrandie par le renversement de l'iris du côté de la capsule, c'est-à-dire par des synéchies postérieures; elle est alors biconvexe au lieu d'être plano-convexe comme à l'état normal. Lorsque la cornée s'est ramollie et a subi un allongement conique en avant, la chambre antérieure s'agrandit aussi dans ce sens, en proportion de la conicité cornéenne. Il peut se faire qu'elle soit soumise à la fois à cette double cause d'agrandissement; c'est lorsque la membrane de l'humeur aqueuse s'étant enflammée dans toute son étendue, la maladie s'est propagée aux tissus qui la recouvrent.

On a noté quelques cas dans lesquels, à la suite d'une proci-dence de l'iris, la chambre antérieure aurait disparu tout entière à travers une large ulcération cornéenne; je n'ai jamais observé cette fâcheuse terminaison dans la descemétite.

Presque tous les auteurs qui ont écrit l'histoire de cette maladie ont noté un trouble plus ou moins grand de l'humeur aqueuse; les uns, comme Wardrop, y ont vu nager des filaments de lymphé coagulable; d'autres y ont observé de véritables flocons albumi-

neux. Je regrette de n'avoir jamais pu, malgré toute l'attention que j'ai mise à les rechercher, apercevoir ces corps opaques flottant dans l'humeur aqueuse. Il y a plus, dans quelques cas où, vu à travers la cornée, ce liquide paraissait évidemment trouble, j'ai pratiqué la paracentèse, pour m'éclairer à ce sujet en même temps que pour soulager le malade, et toujours j'ai trouvé l'humeur aqueuse transparente. Je douterai donc, pour mon propre compte, qu'elle perde sa netteté, jusqu'au moment où, plus heureux, j'aurai vu positivement le contraire. Je nie ici le fait, non l'apparence; car, de même que la plupart des observateurs, j'ai noté, pendant la maladie qui nous occupe, le dépôt de lymphé et même de pus (*hypopyon*) dans la chambre antérieure; mais j'ai toujours vu ces matières opaques se déposer à la partie la plus déclive, et le reste de la chambre demeurer parfaitement transparent, abstraction faite, bien entendu, de la décoloration de l'iris, que l'on constate toujours dans les cas où cet examen est rigoureusement possible. Lorsque la cornée est devenue en grande partie opaque, peut-on juger de l'état de l'humeur aqueuse, avancer qu'elle est trouble, et remplie de flocons de lymphé coagulée? dira-t-on que le cadran d'une montre soit sale lorsque le verre en est dépoli? Je le répète encore, je n'ai pas vu l'humeur aqueuse perdre sa transparence et charrier des flocons albumineux opaques, se déplaçant dans tous les sens par les seuls mouvements de l'œil.

Capsule. — Lorsque l'iris est enflammé à un assez haut degré, la capsule devient trouble et peut se couvrir d'exsudations très épaisses. C'est l'iris qui les produit.

Membrane de Jacob. — Elle participe quelquefois à la maladie; la rétine se soulève alors et se présente sous la forme de plis jaunâtres et brillants, tremblotant au fond de l'œil. Cette complication, que Himly paraît avoir observée, est rare, du reste; c'est l'*hydropisie sous-rétinienne*. L'ophthalmoscope met hors de doute cette complication.

Sclérotique. — Il n'y a dans cette membrane aucun signe caractéristique pouvant faire positivement reconnaître la maladie qui nous occupe. Au début, la fibreuse est à peine rose dans le voisinage de la cornée; le plus souvent même elle ne présente cette couleur, ou une injection très faible, que sous l'influence d'un examen prolongé à la lumière. Peu à peu les vaisseaux se dessinent mieux et deviennent plus gros, à mesure que l'affection tend

à l'état chronique, ou prend un plus haut degré de développement ; on voit alors paraître les caractères distinctifs de l'injection péri-cornéenne. Lorsque la membrane de Descemet est enflammée plus particulièrement dans sa portion iridienne que dans le reste de sa surface, l'injection, en général, est moins vive que lorsque la portion cornéenne est malade. Si la cornée elle-même participe à l'inflammation, le cercle péricornéen est plus prononcé et plus rouge ; quand la maladie devient très chronique, ce même cercle passe au rouge brun. Il prend alors tous les caractères attribués au cercle dyscrasique ou veineux par les anciens auteurs allemands, de l'école de Beer. Je n'ai pas observé d'autres désordres dans la sclérotique ; jamais je n'y ai vu de staphylôme. Au delà du cercle, la fibreuse demeure ordinairement blanche et n'offre guère à sa surface que quelques gros vaisseaux violacés et variqueux.

Conjonctive. — Elle est saine dans toute son étendue et ne présente pas de rougeur, à moins que l'inflammation ne s'élève à un haut degré dans la cornée, encore l'injection n'est-elle alors qu'un simple résultat de solidarité vasculaire.

B. *État aigu.* — La forme aiguë est beaucoup plus rare que la précédente ; jamais je ne l'ai vue marcher avec une grande rapidité. La description en sera faite, si nous disons simplement que les symptômes que nous venons de décrire se montrent ici en moins de temps, et s'accompagnent de phénomènes physiologiques plus actifs ; ce n'est donc, à proprement parler, qu'une différence portant principalement sur la durée du mal et sur les douleurs qu'il occasionne.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — A. *État chronique.* — Lorsque l'affection est peu avancée, le malade se plaint d'y voir un peu moins que de coutume ; les objets, comme dans l'amblyopie ou la cataracte commençante, lui semblent recouverts d'un léger brouillard, ou d'une fumée bleuâtre transparente. En même temps il se plaint d'éprouver une sensation de distension du globe, une sorte de pression, gênante plutôt que douloureuse. Un peu plus tard, et lorsque la maladie s'élève à un certain degré, la vue se trouble de plus en plus ; elle disparaît même tout à fait dans beaucoup de cas, puis revient et quelquefois s'améliore pour disparaître de nouveau, selon les recrudescences du mal. Lorsque

l'inflammation porte particulièrement sur la cornée, que des points nombreux, des plaques, des taches même, se sont développés sur cette membrane, la vision diminue en proportion des opacités. Si les points seuls existent, le malade est plus ou moins myope ; il est aveugle au contraire lorsque de larges épanchements de lymphe se sont montrés entre les lamelles cornéennes postérieures.

Si la maladie est franchement chronique, la lumière est ordinairement bien supportée ; pourtant l'œil rougit un peu lorsqu'on l'y expose pendant quelques instants ; mais il s'injecte et des larmes s'échappent des paupières si l'inflammation passe à un degré plus élevé.

La douleur est nulle le plus souvent ; elle se réduit à la sensation de gêne dont j'ai parlé plus haut, et que les malades expriment en disant les uns, que « leur œil est trop petit pour ce qu'il contient, » les autres, que « leur œil est tourmenté d'une chaleur inaccoutumée, et que les mouvements en sont roides et douloureux. »

Si la maladie débute par la portion iridienne de la membrane de l'humeur aqueuse, la vue est moins complètement abolie d'abord, mais la sensation de gêne est plus grande ; il y a même parfois de légères douleurs dans le globe, quelques petits élancements rares s'irradient vers le sourcil.

La vue, après avoir notablement baissé, peut demeurer mauvaise, par suite de lésions siégeant ailleurs que dans la membrane de l'humeur aqueuse et dans les membranes qu'elle recouvre ; c'est une fâcheuse terminaison, facile à prévoir si l'on a pu constater pendant la maladie quelque affection de la rétine comme l'hydropisie. Himly a remarqué l'affaiblissement permanent de la vue à la suite de varicosités de la rétine et de la choroïde, dans un cas très chronique de descémétite (1).

B. *État aigu.* — La vue est ici promptement troublée, et le malade, surtout lorsque l'affection a commencé par le feuillet iridien de la membrane de l'humeur aqueuse, se plaint d'une vive douleur dans le globe, et la compare à une pression du doigt exercée fortement sur l'organe. Quelquefois cette douleur est pulsative et s'étend au sourcil, mais alors il y a complication évidente d'iritis parenchymateuse.

La photophobie, dans cette forme de la maladie, est plus ou

(1) Himly, *loc. cit.*

moins aiguë, et des larmes abondantes s'échappent des paupières chaque fois que le patient dirige l'œil vers la lumière. Ce symptôme est surtout marqué lorsque la cornée est envahie par l'inflammation.

PRONOSTIC. — En général cette maladie ne détruit pas la vue, mais elle l'altère le plus souvent. Les points laissent toujours sur la cornée un certain degré d'opacité; les plaques et les larges exsudations plastiques en s'organisant compromettent gravement la vision, du moins pour quelque temps; heureusement, elles disparaissent en grande partie par résorption. Quant aux adhérences établies entre l'iris et la capsule, elles persistent toujours, de même que les autres exsudations pupillaires, aussi l'abaissement de la vue est-il en proportion de leur nombre et de leur étendue. Si l'affection a duré très longtemps et que la rétine soit devenue malade, le pronostic est en général fort grave, et l'amaurose alors fort imminente.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — La maladie a une marche ordinairement très lente, et une forme presque toujours chronique. Après avoir avancé quelque temps avec la plus extrême lenteur, l'inflammation se réveille pour plusieurs jours, pour plusieurs semaines, puis reprend ensuite son allure chronique. Elle est toujours de fort longue durée, à moins qu'un traitement convenable n'ait enrayé la maladie dès son début. Les terminaisons sont nombreuses; je ne ferai que nommer les taches de la cornée, les ulcérations, les synéchies postérieures, les fausses membranes sur la capsule, l'hydropisie sous-rétinienne, les varicosités de la choroïde et de la rétine, l'amblyopie, l'amaurose, l'atrophie lente du globe que j'ai observée plusieurs fois: la terminaison la plus fréquente est la résolution.

ÉTILOGIE. — Les causes de cette maladie sont fort peu connues: on note en particulier les dérangements du canal alimentaire, l'humidité, les refroidissements subits, le tempérament scrofuleux. Quelquefois je l'ai observée, longtemps après l'abaissement de la cataracte, chez des vieillards affaiblis. Himly pense que les lésions traumatiques occasionnées par les corps étrangers de la cornée la produisent le plus souvent; il l'a vue surtout après l'opération de la cataracte par kératonyxis. De son côté, d'Ammon croit qu'une blessure ne peut produire l'aquo-capsulitis (qui n'est

pour lui qu'une iritis ou une uvéite) qu'autant qu'il y a cachexie scrofuleuse, psorique ou rhumatismale.

TRAITEMENT. — Il n'y a rien de particulier à dire ici: c'est exactement le même traitement que celui que nous avons indiqué en parlant de la kératite primitive disséminée ou ponctuée et de l'iritis au premier degré. Notons seulement que la paracentèse de l'œil, indiquée par Wardrop, est très utile dans l'état aigu, et qu'on peut sans danger la pratiquer lorsque la cornée est malade, même dans une grande étendue. Je n'ai pas vu, comme Middlemore, que la ponction de la cornée fût suivie d'une inflammation plus forte; toujours, au contraire, les malades ont été immédiatement soulagés; cependant on ne devra pas compter sur ce seul moyen au point de vue de la cure radicale (1).

ARTICLE II.

HYPOPYON.

C'est le nom qu'on donne à un épanchement de pus dans la chambre antérieure. On en distingue deux variétés principales: l'*hypopyon vrai* et l'*hypopyon faux*.

Première variété. — Hypopyon vrai. — La collection de pus est sécrétée le plus ordinairement par l'iris, et quelquefois en même temps par la membrane de l'humeur aqueuse. Lorsque le malade se tient droit, le pus se dépose dans la partie inférieure de la chambre antérieure, sous la forme d'une masse jaunâtre, limitée en bas par la circonférence de la cornée, et en haut par une ligne horizontale, placée plus ou moins loin de la pupille, selon la quantité de la matière exsudée.

Au début, il est quelquefois assez mal aisé de reconnaître l'hypopyon, et il est besoin, pour y arriver, de beaucoup d'habitude dans le diagnostic des maladies des yeux; la matière purulente, en effet, se cache en grande partie dans l'espace compris entre les attaches de la cornée et celles de l'iris, de sorte qu'il est très difficile d'en constater l'existence.

Mais si la collection devient plus considérable, rien n'est plus aisé que de la distinguer; elle se montre sous la forme, déjà indiquée, de cette masse jaune, qui, lorsque le malade incline la

(1) Middlemore, *loc. cit.*, t. I, p. 583.