

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.

tête, subit d'ordinaire un déplacement, excepté quand le pus est devenu très épais ou qu'il commence à se couvrir d'une fausse membrane.

Dans quelques cas heureusement exceptionnels, le pus remplit progressivement la chambre antérieure, passe dans la postérieure et vient se frayer un passage à travers la cornée qui se ramollit; d'autres fois, il s'organise dans ces cavités, se recouvre de fausses membranes que sillonnent de nombreux vaisseaux, provoque l'atrophie de l'œil, et la vue est à jamais perdue. J'ai vu plusieurs cas d'iritis chronique se terminer de cette manière; mais, je le répète, ce sont là des cas exceptionnels.

L'apparition du pus dans la chambre antérieure se rattache d'ordinaire à une iritis, avons-nous dit plus haut; on constate alors tous les phénomènes physiologiques et anatomiques de cette affection, à laquelle je crois devoir renvoyer. La collection purulente, après s'être élevée progressivement dans la chambre antérieure, demeure quelque temps stationnaire, et se résorbe le plus souvent en totalité. Je rappellerai cependant qu'il n'est pas rare de trouver, à la partie la plus déclive de cette chambre, une certaine quantité de pus qui s'y est organisée depuis longtemps, et n'est pas toujours un obstacle à l'accomplissement de la vision.

Quelquefois j'ai observé des débris de cristallin et un hypopyon qui, entourés de fausses membranes, présentaient le même aspect depuis plusieurs années.

Les *symptômes physiologiques* de l'hypopyon varient, de même que ceux des affections qui le produisent. Par exemple, dans l'iritis aiguë, le malade éprouve des battements, des élancements dans l'œil, de l'agitation, de la fièvre, etc.; tandis que dans certaines inflammations, comme celle, par exemple, de la membrane de l'humeur aqueuse, la collection purulente se forme presque à son insu.

De ce qui précède, il résulte que l'hypopyon vrai est un épanchement plus ou moins considérable de pus dans la chambre antérieure; qu'il est aigu ou chronique, et se termine le plus ordinairement par la résolution, mais quelquefois par la suppuration de l'œil.

Je pourrais ajouter, à l'exemple de Scarpa, que l'hypopyon chronique est parfois intermittent; j'en ai publié un cas très remarquable dans *l'Examineur médical*. L'individu qui m'a

donné lieu de l'observer avait été opéré de la cataracte par l'abaissement, et pendant quatorze mois un hypopyon a reparu tous les quinze à vingt jours, avec des douleurs intolérables. Un énergique traitement antiphlogistique, composé de saignées générales et locales, de purgatifs, de mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur, avait été inutile; les antipériodiques, les révulsifs, etc., ne réussirent pas mieux; tout échoua complètement, et je fus forcé, lorsque je vis chanceler fortement la santé de ce pauvre malade, d'enlever la cornée et de faire suppurer l'œil, opération qui le débarrassa pour toujours des douleurs horribles qu'il avait si longtemps supportées.

Seconde variété. — *Hypopyon faux.* — Dans cette variété de l'hypopyon, le pus est produit par un abcès de la cornée, qui s'est ouvert du côté de la chambre antérieure. La matière qui forme l'épanchement, ordinairement d'un jaune très pâle, est en tous points semblable à celle dont on peut constater la présence entre les lamelles postérieures de la cornée, quand elles se sont perforées.

L'iris, jusqu'au moment où le pus s'est répandu dans la chambre antérieure, est demeuré étranger à l'inflammation; mais il n'est pas rare alors de l'y voir participer: toutefois il serait exceptionnel que l'iritis survenant alors fût très aiguë, et que le malade éprouvât des douleurs violentes; cela n'arrive que dans les cas où une hernie de l'iris se ferait jour à travers la cornée ulcérée. Lorsque cet accident n'a pas lieu, l'évacuation du pus dans la chambre antérieure est le signe ordinaire de la résolution de l'ophthalmie; la matière épanchée se résorbe peu à peu, sous l'influence d'un traitement convenable, et la cornée reprend sa transparence primitive.

L'hypopyon se complique quelquefois d'épanchements de sang (hyphéma); généralement ce symptôme est fâcheux.

Pronostic. — L'hypopyon effraie généralement sans motif le praticien peu exercé, car ce n'est que dans des cas très exceptionnels, qu'il est le symptôme de graves désordres. On doit même faire cette remarque que l'apparition de l'hypopyon dans l'iritis coïncide presque toujours avec une amélioration fort remarquable dans l'état du globe; d'où il résulte qu'en général on doit plutôt le désirer que le craindre dans les iritis d'une certaine intensité. Dans l'hypopyon faux, cependant, le contraire arrive, c'est-

à dire que l'inflammation du globe s'élève un peu quand le pus passe des lames de la cornée dans la chambre antérieure ; mais cela fort heureusement dure peu et n'a de gravité que dans les cas où la cornée serait menacée dans une très grande étendue.

TRAITEMENT. — Lorsqu'une ophthalmie se complique d'hypopyon aigu de la première variété, le traitement antiphlogistique est indiqué. La saignée locale ou générale et le calomel à dose altérante sont les moyens auxquels on doit d'abord recourir ; les boissons délayantes, les fomentations froides, et plus tard les vésicatoires volants, enlèvent d'ordinaire jusqu'aux dernières traces de l'épanchement purulent. Je n'ai jamais reconnu la nécessité d'employer les collyres contre l'hypopyon, à moins que, comme dans la seconde variété de la maladie, la cornée ne soit malade ; on pourrait tout au plus se servir de ces moyens lorsque la résolution serait déjà très avancée.

Si le sujet est faible, après avoir employé inutilement quelques-uns des moyens que nous venons d'indiquer, on aura recours aux amers et aux autres toniques avec le plus grand avantage.

L'ouverture de la cornée est recommandée par plusieurs praticiens, et en particulier par quelques médecins anglais, parmi lesquels je dois citer MM. Montheath, Tyrrel et Mackenzie. Cette opération est à la fois inutile et dangereuse ; inutile, parce que le pus se résorbe spontanément dans la grande majorité des cas, et, d'un autre côté, parce que, devenu épais, il ne peut s'écouler au dehors ; dangereuse, parce que la plaie de la cornée peut provoquer la suppuration complète de cette membrane, et même celle de l'organe tout entier.

Je ne pense pas que quelques succès puissent justifier l'emploi d'un semblable moyen.

Mais si l'ouverture de la cornée dans une étendue capable de donner issue au pus, est souvent dangereuse, il n'en est pas de même de la paracentèse pratiquée sur le point de la cornée le plus éloigné possible de celui où séjourne le pus. (Voy. paracentèse, page 28.) Le but de cette opération se borne à évacuer l'humeur aqueuse hypersaturée de pus, et à en provoquer le renouvellement. Une ou deux paracentèses suffisent habituellement, et je suis parvenu à guérir ainsi des hypopyons rebelles, contre lesquels tous les autres moyens avaient échoué. Hâtons-nous de dire cependant que l'on ne doit y recourir qu'exceptionnellement.

ARTICLE III.

HYPHÉMA (*hypohéma*).

On donne le nom d'*hyphéma* à un épanchement de sang plus ou moins considérable dans la chambre antérieure.

Ce liquide, de même que le pus, se dépose à la partie la plus déclive de la cavité, et s'en déplace selon les mouvements et l'inclinaison plus ou moins prolongée de la tête.

On voit fréquemment dans une iritis l'hyphéma accompagner l'hypopyon ; le sang est alors toujours placé au-dessus du pus, auquel il ne se mêle en aucune façon.

On le voit survenir encore après des éternements violents ou des accès de toux ; d'autres fois, il apparaît sans causes appréciables. J'ai vu bien des fois l'hyphéma symptomatique d'une véritable apoplexie oculaire : l'organe est alors complètement rempli de sang et l'ophtalmoscope ne l'éclaire pas. Les tumeurs intra-oculaires, et en particulier l'encéphaloïde, provoquent aussi très fréquemment cet épanchement. Je l'ai noté dans plusieurs cas de staphylôme considérable de la choroïde.

Les lésions traumatiques le produisent fort souvent ; j'en ai observé à ma clinique un cas assez remarquable pour être rapporté ici :

Un petit garçon d'environ quatorze ans reçoit d'un charretier un violent coup de fouet, qui lui sillonne l'œil obliquement, de haut en bas et de dedans en dehors, en lui laissant sur le front, à la tête du sourcil, sur les paupières et sur la peau de la pommette droite, une longue traînée sanglante. On me l'amène aussitôt : les paupières sont rouges, gonflées et écorchées dans la direction que je viens d'indiquer ; la cornée est saine partout, sauf en bas et un peu en dehors, où elle est légèrement excoyée ; la chambre antérieure, dans plus de ses trois quarts inférieurs, est remplie de sang. Ce liquide présente deux couches distinctes : l'inférieure, d'un noir brun, est évidemment formée par un caillot ; la supérieure, d'une teinte plus claire, est entièrement liquide et se déplace à volonté. Au moyen d'un couteau lancéolaire coudé, dont la pointe est introduite obliquement sur la limite de la sclérotique, je fais aussitôt une large ponction, pénétrant jusque dans le bas de la chambre antérieure. Ainsi que je l'avais prévu, il ne s'écoule pas d'abord une seule goutte de sang ; c'est pourquoi

je saisis le caillot au moyen de pinces courbes, et je l'extrais en entier. Aussitôt tout le liquide contenu dans la chambre antérieure s'écoule avec facilité, et la pupille devenant nette, la vision est rendue assez bonne. Un quart d'heure après, le sang ayant reparu, sans qu'il m'eût été possible de reconnaître l'endroit d'où il sortait, je lui donnai issue par la même voie, et je fermai les paupières avec des bandelettes agglutinatives, en ordonnant des applications d'eau glacée sur l'œil. Huit jours après, cet enfant était complètement guéri.

L'hyphéma est encore fréquemment observé après les opérations de pupille artificielle par excision, et surtout après le décollement; dans ce dernier cas, on est quelquefois forcé de donner issue au sang par une ponction faite à la cornée, petite opération qui d'ordinaire est sans aucun inconvénient.

L'hyphéma se montre encore lorsque l'on pratique la paracentèse de la cornée, dans quelques cas d'ophtalmie interne. On voit alors le sang suinter en gouttelettes de toute la surface de l'iris et se réunir peu à peu dans la chambre antérieure. L'opération est alors dangereuse et il faut se bien garder de la renouveler dans la crainte du phlegmon de l'œil, résultat que j'ai eu le malheur de constater.

ARTICLE IV.

TUMEURS DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

On observe dans la chambre antérieure plusieurs sortes de tumeurs qui prennent leur point de départ au point de jonction de la cornée et de la sclérotique, ou peut-être à la grande circonférence de l'iris. Nous les étudierons lorsque nous nous occuperons des maladies de cette membrane. Parmi elles nous trouverons des kystes, des tumeurs solides, des tubercules, de cause syphilitique ou autre.

Lorsque nous traiterons des helminthes de l'œil, nous rapporterons une observation de cysticerque extrait de la chambre antérieure, par M. de Graefe, qui nous l'a montré en novembre 1854 à Paris.

De même, ne voulant pas faire un article spécial sur la *cholesteritis* de la chambre antérieure, nous renvoyons pour ce qui concerne cette affection aux maladies générales du globe de l'œil.

ARTICLE V.

CORPS ÉTRANGERS DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

On peut rencontrer un très grand nombre de corps étrangers dans la chambre antérieure. Déjà nous en avons étudié quelques-uns lorsque nous nous sommes occupé des corps étrangers de la cornée. Pour ma part, j'ai vu dans cette cavité des grains de plomb, enveloppés de fausses membranes sur une très grande partie de leur surface ou en totalité; des éclats de bois, des parcelles de pierre ou de verre, des fragments de capsule fulminante, etc. Presque tous ces corps étaient fixés par des exsudations à l'iris, et presque toujours à la partie déclive de la chambre antérieure.

Dans quelques cas, par exemple lorsqu'il s'agissait d'un grain de plomb, d'un fragment de capsule, le malade avait éprouvé une violente inflammation de l'œil, et l'organe était quelquefois en grande partie atrophié. Mais ceci rentre dans les corps étrangers du globe oculaire, et nous y renvoyons pour l'étude des inflammations qui en sont la conséquence.

Lorsqu'un corps étranger pénètre dans la chambre antérieure, il y a en même temps une plaie de la cornée, mais presque aussitôt elle se ferme. Le corps étranger tombe à la partie déclive, et il n'est possible d'en faire l'extraction qu'en ouvrant la cornée sur un point préalablement choisi.

Nous avons étudié les procédés opératoires à suivre en traitant des corps étrangers pénétrants de la cornée. Il serait inutile d'y revenir ici; bornons-nous à rappeler qu'il faut pratiquer l'ouverture de la chambre antérieure en taillant la sclérotique en biseau, en dehors des attaches de la cornée, et de manière à pénétrer immédiatement en avant de l'iris. Si l'on ne prend pas cette précaution, l'instrument passe au-dessus du corps étranger, et celui-ci reste engagé dans le petit espace qui sépare l'insertion de l'iris de celle de la cornée sur la sclérotique.

ARTICLE VI.

DÉFORMATIONS DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

La chambre antérieure subit des déformations suivant que l'œil est atteint de certaines maladies de la cornée ou de l'iris, ou de

quelques affections générales du globe. Ainsi dans le staphylôme pellucide, la chambre antérieure se moule exactement sur la cornée, qui est devenue conique; elle est notablement agrandie et beaucoup plus convexe dans le staphylôme pellucide sphérique. Dans les synéchies postérieures, elle est convexe en avant et concave, infundibuliforme en arrière, au lieu d'être légèrement convexe. Dans les synéchies antérieures, elle prend des formes très variées suivant l'étendue de l'adhérence et le lieu que celle-ci occupe. Dans les synéchies antérieures complètes, la chambre antérieure est réduite à l'espace le plus minime ou même n'existe plus du tout.

Lorsque l'œil est atteint d'hydrophthalmie, la chambre antérieure prend souvent une capacité double ou triple de la capacité normale.

Lorsque la cornée a été blessée, traversée par un instrument piquant ou tranchant, l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris s'applique contre la cornée, la chambre antérieure disparaît pour un temps plus ou moins long. Dans les fistules de la membrane transparente, il peut arriver que la chambre antérieure ne se rétablisse pas pendant un temps fort considérable.

Dans les kératocèles, ceux-là surtout qui s'ouvrent de temps en temps et laissent l'humeur aqueuse s'échapper, la chambre antérieure disparaît pendant un temps, se reforme pour disparaître encore.

Nous avons déjà étudié ou nous étudierons ces questions en nous occupant des maladies qui en sont la cause et auxquelles nous renvoyons.

CHAPITRE V.

MALADIES DE L'IRIS.

ARTICLE PREMIER.

IRITIS.

Cette inflammation, de même que celle de la cornée, n'a été l'objet d'une étude spéciale qu'au commencement de notre siècle: Beer, le premier, l'a décrite en 1799. Avant lui, les descriptions

des affections de l'œil ne donnent rien de précis sur cette maladie. Deux ans après, en 1801, Schmidt publia sur l'iritis un travail remarquable qui fut bientôt suivi de ceux de Ware, Saunders, Wardrop, Travers, etc., etc. Dans la même année, le *Journal universel des sciences médicales* en donnait un de M. Gimelle, et peu après, de bonnes descriptions furent faites par M. Guillié, M. Muller et d'autres.

Une question importante à examiner avant d'entrer dans la description de l'iritis, et qui tout d'abord ne semblerait même pas devoir être soulevée, c'est de savoir si cette affection existe sans que les membranes voisines soient enflammées. Beaucoup d'auteurs ont soutenu ce fait; pour nous, nous n'avons jamais observé d'iritis absolument isolée. Tantôt l'iritis aiguë est associée à la kératite, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle est unie à une inflammation plus ou moins grande de la choroïde et de la rétine. Comment croire, en effet, que, pendant la phlogose du diaphragme, tant de membranes, dont les unes sont en contact avec l'iris, dont les autres reçoivent des vaisseaux qui viennent de la même source, puissent demeurer absolument exemptes d'inflammation? Il n'est pas d'iritis un peu aiguë sans que la choroïde et la rétine elle-même participent à la maladie. Les symptômes physiologiques éclaireraient cette question, si l'anatomie pathologique ne l'avait point déjà résolue. Nous avons dit quelques mots de l'iritis combinée à la kératite (voy. *Irido-kératite*, p. 297); plus tard, en étudiant les affections de la choroïde, nous verrons à quels caractères on reconnaît que ces deux membranes sont prises d'inflammation simultanée; enfin nous verrons, en parlant des terminaisons de l'iritis, quels désordres cette maladie peut apporter dans un grand nombre des membranes de l'œil, et nous prouverons ainsi qu'elle ne demeure pas limitée à l'iris.

DIVISIONS ADMISES PAR LES AUTEURS. — L'iritis est *primitive* ou *secondaire*, *aiguë* ou *chronique*; elle est aussi *partielle* ou *générale*: l'inflammation peut être bornée à la surface externe de l'iris (*iritis séreuse*, *inflammation partielle de la membrane de l'humeur aqueuse*), à sa face postérieure (*uvéïtis*, *uvéïte*), ou bien s'étendre, tout de suite ou plus tard, au parenchyme même du diaphragme (*iritis parenchymateuse*).

On l'a encore classée selon ses causes; aussi trouve-t-on dans les auteurs des descriptions particulières pour l'*iritis simple* ou