

lement; car on ne pourrait les enlever en les raclant ou en les coupant, qu'en établissant une plaie et un nouvel ulcère à leur place, et comme la cicatrisation d'une plaie ou d'un ulcère de la cornée ne peut se faire qu'en laissant une tache, on se trouverait dans la même situation qu'avant l'opération.

On a encore proposé d'extirper une portion de la cornée devenue opaque pour rétablir la vision. *M. Dieffenbach* a dit-on obtenu un succès complet à l'aide de ce moyen. On circonscrit ce lambeau opaque par deux incisions semi-elliptiques, puis on réunit les lèvres de la plaie à l'aide de points de suture très fins. On a été plus loin encore, car on a conseillé de remplacer la cornée opaque d'un homme par une cornée saine prise sur un animal vivant. C'est *Pellier* qui a imaginé cette méthode; je crois que c'est une absurdité, et si j'avais fait une opération semblable et que j'eusse réussi, je ne saurais vraiment qu'en penser. Je crois qu'elle ne peut offrir la moindre chance de succès (1).

§ V. IRITIS.

De tout temps les auteurs se sont occupés de l'inflammation de l'iris, mais ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle qu'on a donné une description exacte ou assez exacte au moins de cette maladie. Toutefois vous remarquerez avec étonnement sans doute que les auteurs classiques que vous avez entre les mains (2) la passent généralement sous silence, se bornent à la noter ou la con-

(1) On a aussi proposé, dans le cas de leucoma général, d'exciser la cornée circulairement et de la remplacer par une cornée en verre ou une écaille fine et très transparente, ayant de petits trous à la circonférence, pour être cousue sur le cercle antérieur de la sclérotique aussitôt que la cornée, devenue opaque, aura été enlevée. C'est très sérieusement que *Pellier* a décrit plusieurs procédés pour cela.

(2) *Boyer*, entre autres, ne traite pas de l'iritis.

fondent avec les autres variétés de l'inflammation de l'œil. C'est à l'Allemagne et à l'Angleterre que nous devons les premiers efforts tentés pour isoler cette maladie des autres inflammations qui affectent l'organe de la vision; *Beer*, en effet, publia le premier un travail sur l'iritis en 1799. *Schmidt* en Angleterre l'a décrite avec soin en 1801; depuis lui, on s'en est encore beaucoup occupé dans ce pays, et parmi les travaux publiés sur ce sujet, nous remarquons surtout ceux de *Ware*, de *Saunders*, de *M. Travers*, etc.

La France n'est pas restée tout à fait étrangère à l'étude de cette maladie, car *M. Guillié*, *M. Muller*, ont traité de l'iritis le premier dans le grand dictionnaire des *Sciences médicales*, le second dans la Bibliothèque ophthalmologique, en 1820. En 1823, *M. Gillet de Grammont* l'a fort bien décrite dans sa thèse inaugurale; *Demours* en a aussi parlé dans son précis des maladies des yeux, et *M. Larrey* l'a également observée et décrite, mais ce dernier la regarde comme toujours liée à une affection syphilitique, ce qui est évidemment une erreur.

Les auteurs allemands et anglais se sont principalement efforcés d'isoler l'iritis, de le séparer complètement des autres inflammations de l'œil, et de la décrire en quelque sorte dans toute sa pureté. Ils ont sans doute rendu, à cet égard, un véritable service à la science; mais ils ont peut être aussi été un peu trop loin, car il arrive rarement que l'iris soit enflammé sans que d'autres parties de l'œil ne le soient en même temps, et je crois pour ma part qu'en cherchant à isoler trop complètement cette maladie, les chirurgiens anglais et allemands ont confondu sous le nom d'iritis plusieurs inflammations qui n'appartiennent point à cette membrane. Aussi vous remarquerez en parcourant les auteurs que la fréquence de cette maladie n'est pas la même pour tous. Cela vient comme je vous l'ai dit de ce qu'ils

rappellent à l'iritis des symptômes qui appartiennent à d'autres inflammations, à celle de la choroïde, de la rétine, du corps vitré, de la capsule du cristallin, du cristallin lui-même, en un mot de toutes les couches superposées qui peuvent être enflammées en même temps que l'iris. Il faut pour être exact tenir compte de toutes ces complications. Sans doute dans l'état actuel de la science, cela est fort difficile, peut être même cela est-il impossible. Il reste donc beaucoup à faire au sujet de l'iritis et je ne saurais trop vous engager à étudier ce point de la pathologie oculaire. Quant à moi, ayant observé souvent cette maladie, je crois, sans avoir la prétention d'éclaircir complètement cette question si obscure, pouvoir vous être utile en vous la décrivant ici d'après mes propres recherches.

Les auteurs allemands, anglais et autres qui ont traité de l'iritis, en ont multiplié à l'excès, les espèces et les variétés. C'est ainsi que nous voyons l'iritis aiguë, chronique, diffuse, partielle, subaiguë, séreuse, parenchymateuse, uvéale, psorique, plicosique, mercurielle, séroso-mercurielle, rhumatismale, séroso-rhumatismale, scrofuleuse, syphilitique, arthritique, scorbutique, pléthorique, congestionnelle, veineuse, laiteuse, nerveuse, typhoïde, etc., etc. Il y a véritablement de quoi être effrayé en parcourant cette nomenclature.

Presque toutes ces espèces qui sont peut-être au nombre de 50, sont de véritables inventions de l'esprit; et les idées que l'école allemande cherche à répandre à ce sujet, ne peuvent que produire de la confusion et nous engager dans un dédale inextricable. Nous parlerons du reste plus en détail de ces idées quand nous traiterons des ophthalmies spécifiques. Sans doute on conçoit qu'une inflammation puisse débiter par l'iris tout aussi bien que par toute autre membrane de l'œil, que cette inflammation ne doive présenter là les mêmes espèces, les mêmes variétés que partout ailleurs: nulle doute en conséquence qu'il ne puisse y avoir

une iritis aiguë et une iritis chronique, une iritis générale, et une iritis partielle, que ces inflammations ne puissent avoir leur point de départ, tantôt dans la face antérieure, tantôt dans la face postérieure, tantôt dans le tissu même de l'iris, qu'elles ne soient quelquefois primitives, d'autres fois secondaires, et que toutes les influences, soit de constitution, soit de spécificité dans les causes, soit purement individuelles, ne jouent un rôle important dans l'iritis. Mais il ne s'ensuit pas qu'il faille en faire pour cela autant de descriptions isolées, autant de maladies spéciales.

L'iritis se présente à l'état aigu et à l'état chronique.

1° Iritis aiguë.

Il ne répugne point à l'esprit d'admettre que l'iritis aiguë puisse débiter tantôt par sa face antérieure, tantôt par sa face postérieure, et même par son parenchyme ou son tissu propre. Ce serait donc trois nuances principales à admettre dans l'iritis; mais il serait bien difficile, dans l'état actuel de la science, de déterminer l'importance relative de chacune de ces nuances. D'ailleurs, est-il possible de supposer que la maladie puisse exister isolée pendant un certain temps dans chacune de ces portions? Cet état d'isolement peut-il être admis dans une membrane aussi mince? Je ne m'arrêterai donc point à déterminer les symptômes qui appartiennent à chacune d'elles.

L'iritis aiguë donne naissance à des symptômes beaucoup plus nombreux et plus difficiles à apprécier que ceux de la kératite et des autres ophthalmies.

On peut former deux groupes principaux des symptômes de l'iritis: les uns sont anatomiques, les autres sont physiologiques ou fonctionnels.

Les symptômes anatomiques sont fondés sur la disposition de la pupille, le diamètre, la forme de cette ouverture, sur l'aspect de l'iris, son épaisseur, sa couleur, ses inégali-

tés, etc., etc. Après les symptômes anatomiques, qui appartiennent à l'organe malade, viennent ceux qui consistent dans les changements qui s'opèrent dans les organes voisins, dans la cornée, la sclérotique, les humeurs de l'œil. Les symptômes physiologiques ou fonctionnels se rapportent à la manière dont la vision s'effectue.

L'iritis aiguë présente trois degrés ou périodes. Dans le premier degré, qui dure deux ou trois jours, on observe un resserrement léger de la pupille, accompagné d'une diminution notable dans sa mobilité; mais les formes de cette ouverture restent les mêmes: elles ne subissent aucune altération. Cet état peut être facilement remarqué quand un seul œil est malade. Dans ce cas, on le compare à l'autre, et ces différences sont de suite constatées. Quand les deux yeux sont affectés en même temps, les caractères anatomiques de la maladie deviennent plus difficiles à apprécier. Dans tous les cas, la pupille reste nette et sans aucun changement de couleur; la vision n'est pas troublée. Chez quelques sujets le devant de l'iris semble plus lisse et en quelque sorte plus humide que dans l'état naturel; tout le devant de l'œil lui-même offre un aspect brillant et comme baigné de larmes: ce poli, ce brillant de la face antérieure de l'iris indique que la phlegmasie porte non seulement sur la séreuse qui tapisse la face antérieure de l'iris, mais aussi sur le feuillet profond de la cornée.

Ces deux feuillets se continuant sans ligne de démarcation, il est à peu près impossible que l'inflammation diffuse s'empare de l'une sans atteindre bientôt l'autre. C'est à cette nuance de l'inflammation qu'il faut rapporter l'iritis sub-aiguë de *M. Fabini*, inflammation caractérisée surtout par une hypersécrétion de l'humeur aqueuse, et qui, en refoulant l'iris en arrière, amène une synéchie postérieure sans adhérences. Dans ce cas, la cornée paraît plus bombée, elle se trouble en arrière, elle donne à l'humeur aqueuse

une teinte verdâtre manifeste, et quelquefois un aspect pointillé; la conjonctive n'est ni épaissie ni injectée; la sclérotique offre, vis-à-vis du cercle ciliaire et un peu en arrière, un anneau rouge formé de vaisseaux parallèles et très fins. Si la maladie n'est pas arrêtée, la pupille se resserre bientôt et devient tout à fait immobile: l'emploi alternatif de la lumière et de l'obscurité, celui de la belladone elle-même, ne peuvent rien contre cette immobilité; la totalité de l'iris semble s'incliner [en avant, d'autres fois c'est en arrière; sa petite circonférence présente une sorte de velouté. La pupille finit par s'obscurcir, et semble contenir une sorte de fumée ou de nuage léger. L'iris change bientôt de couleur; d'abord c'est à la petite circonférence qu'on observe ce changement qui s'effectue peu à peu dans toute l'étendue de cette membrane. L'anneau pupillaire prend une teinte qui varie suivant la coloration naturelle de l'iris de chaque individu: chez ceux qui ont l'iris bleu ou d'une autre couleur très claire, il devient jaunâtre ou verdâtre, ou jaune de Siègne; les iris d'un bleu très prononcé deviennent d'un vert brillant; les iris bruns prennent une couleur rouge ou brique-tée; les iris gris deviennent ternes; les iris bruns deviennent orangés ou rougeâtres. Ces teintes, qui avaient commencé près de l'anneau pupillaire, se montrent bientôt près de la grande circonférence: deux zones existent alors, celle de la petite et de la grande circonférence; entre elles on remarque un réseau vasculaire qui se porte de l'une à l'autre sous forme de rayons concentriques croisés par quelques capillaires transverses ou obliques, réseau qui, en s'injectant de plus en plus, finit par prendre l'aspect d'une couronne rouge. Il ne faut pas prendre trop à la lettre tout ce que l'on a dit sur les variétés de coloration, brune, jaune, verte, violette, etc., qui ont été admises comme signes distinctifs de l'iritis. Quand l'iris est enflammé, ce n'est pas seulement du sang qui stagne dans ses vaisseaux: divers élé-

ments de ce fluide s'y dénaturent bientôt en se combinant ou entre eux, ou avec le tissu propre de la membrane; de là ces opacités, ces stries, ces teintes diverses qui font varier à l'infini les colorations de l'iris. Le contour de la pupille, par exemple, revêt des teintes fort différentes chez des individus dont la couleur naturelle de l'iris était semblable dans l'état sain. L'iris s'épaissit, sa face antérieure devient villeuse, les petits sillons qu'elle présente dans l'état naturel disparaissent, elle se couvre de taches. Lorsque les choses sont parvenues à cet état, il y a trouble dans la vision. La douleur existe aussi: elle donne l'idée d'une forte compression; il y a sentiment de distension, de battements dans l'orbite; le front et la tempe sont douloureux, il y a en même temps photophobie et larmoiement. Ces deux phénomènes ne sont sans doute pas aussi marqués que dans quelques autres affections de l'œil, et surtout dans la kératite ulcéreuse, mais ils n'en existent pas moins cependant. La vue, comme nous l'avons dit, est troublée, soit parce qu'il s'établit un brouillard plus ou moins fort sur la cornée, ou dans l'humeur aqueuse, le cristallin ou le corps vitré; soit parce que la rétine elle-même participe plus ou moins à l'inflammation de l'iris.

L'iritis est rarement accompagnée de symptômes généraux, de fièvre, de réaction, etc. Quelquefois cependant ces symptômes se manifestent et sont en rapport avec l'intensité de ceux de l'inflammation locale. Si l'inflammation s'est bornée à la face uvéale de l'iris, les douleurs sont aiguës et ont souvent le caractère intermittent ou névralgique. Dans cette nuance de l'iritis, la coloration de l'iris change moins rapidement, mais la pupille s'obscurcit plus vite. Nous avons déjà dit plus haut que dans cette nuance on observait souvent une synéchie antérieure.

Le second degré de l'iritis aiguë s'annonce par l'exacerbation de tous les symptômes, que nous venons d'énumérer; mais c'est surtout dans cette période qu'on a noté les

changements de forme qui s'opèrent dans la pupille, changements sur lesquels les ophthalmologistes allemands se fondent surtout pour établir des divisions dans la classe des ophthalmies spécifiques. Cette ouverture devient irrégulière, frangée, inégale; le fond de l'œil se trouble, se couvre de petits filaments, de flocons, de lymphe plastique, sous forme de nuages, de plaques, de réseau, de points isolés. C'est alors qu'on observe tantôt l'inclinaison en avant, tantôt l'inclinaison en arrière de l'iris. C'est ce qu'on désigne sous le nom de *synéchie*. La petite circonférence de l'iris d'abord rouge et plus épaisse devient d'un jaune plus ou moins pâle. L'iris se couvre de taches rouges, jaunes ou brunes; ces taches couvrent le réseau dont nous avons parlé dans la description du premier degré: cette membrane devient de plus en plus terne et villeuse, et semble se couvrir d'ecchymoses. Les villosités, les flocons, les espèces de végétations, qu'on remarque sur l'iris enflammé, sont dus, suivant quelques auteurs, à des expansions vasculaires agglomérées, à de petits renflements du tissu de l'iris. Je crois, pour ma part, que le velouté du devant de l'iris est dû à de la matière plastique et à la raréfaction inflammatoire du tissu cellulo-vasculaire qui compose la membrane. Il en est de même des franges et des flocons du contour pupillaire. L'humeur aqueuse se trouble, et la cornée se couvre de petits points blancs dans ses lames les plus profondes. Il y a en même temps dans le plus grand nombre des cas une conjonctivite plus ou moins intense. L'anneau sclérotidien se prononce plus que dans le premier degré. Ses caractères varient d'ailleurs: tantôt il s'étend jusqu'à la cornée transparente, et paraît même envahir les couches les plus superficielles de cette membrane; tantôt il s'arrête à son union même avec la sclérotique. Mais quelquefois il laisse entre la cornée et cette dernière membrane un intervalle d'une ligne, ou d'une demi ligne, ou d'un quart de ligne, intervalle qui se

trouve rempli par un autre anneau ou cercle d'un gris brunâtre. Je vous ai déjà parlé de l'anneau sclérotidien à l'occasion de la kératite. Il ne manque jamais ou presque jamais dans l'iritis. Aussi je le regarde comme un symptôme appartenant tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces maladies. L'anneau sclérotidien m'a semblé s'avancer sur la cornée, quand l'uvée était épaissie, et s'arrêter en arrière à quelque distance ou à son niveau, quand il y avait augmentation du volume du corps vitré et de l'appareil cristalloïde. Dans ce degré de l'iritis, il y a douleur plus vive que dans le premier; le sentiment de distension est plus fort, les douleurs de la tempe et du front, de l'orbite et des environs de cette cavité, sont aussi plus marquées. Mais le larmoiement et la photophobie sont quelquefois moins intenses. Souvent aussi la réaction cérébrale est considérable; il y a même quelquefois nausée, délire, vomissements.

Le troisième degré se caractérise par un trouble plus notable encore de la vision que dans les degrés précédents. La déformation de la pupille augmente, et elle va quelquefois jusqu'à une oblitération complète de cette ouverture. D'autres fois elle devient seulement de plus en plus irrégulière; des filaments, des espèces de franges, partent de sa circonférence et se portent les uns vers les autres ou en arrière, et donnent à l'anneau pupillaire les formes les plus différentes; elle est rhomboïdale, ovale, losangique, elliptique, polygone, carrée, en feuille de trèfle; elle revêt enfin toutes les formes possibles. Elle se remplit souvent de matière plastique, ayant l'aspect de fausses membranes, de lames, de grumeaux blanchâtres, qui peuvent constituer ce que l'on nomme de *fausses cataractes*. Le pourtour de la pupille pâlit et semble se remplir de matière plastique concrétée. D'autres fois c'est du sang qui s'épanche dans le tissu propre de l'iris et y forme de véritables dépôts. J'en ai vu qui avaient près de deux lignes de dia-

mètre, mais ordinairement ils sont de la grosseur d'un grain de millet. D'autres fois c'est du pus, de véritables abcès, qui se forment dans l'iris. On voit ces abcès dans divers points de cette membrane, tantôt près de la grande circonférence, d'autres fois près de la pupille, ou bien dans le plein de l'iris. Ils sont uniques ou multiples; j'en ai vu une fois jusqu'à cinq. Quant à l'anneau sclérotidien, il est ordinairement plus marqué que dans le second degré. Il est vrai que l'iritis au troisième degré est très souvent compliquée de kératite et de conjonctivite. L'humeur aqueuse et la cornée présentent des changements notables dans leur transparence. Les adhérences très fréquentes que l'iris contracte avec les parties situées derrière et principalement avec la capsule du cristallin amènent souvent la synéchie postérieure, l'oblitération complète ou incomplète de la pupille. Les synéchies antérieures ou postérieures sont produites souvent par l'exhalation plus abondante de l'humeur aqueuse soit dans la chambre antérieure, soit dans la chambre postérieure. On conçoit très aisément que la vision est fortement altérée et très souvent abolie complètement dans ce degré de l'iritis.

Causes. Les causes de l'iritis sont toutes celles de la kératite, des blépharites et des autres ophthalmies dont il a été question. Mais on la voit surtout se développer à la suite de l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle et des blessures de toute espèce de son tissu; elle est souvent la suite d'une kératite, surtout des kératites profondes et de toutes les autres inflammations des membranes de l'œil. La spécificité des causes a surtout été invoquée pour la production de l'iritis. Nous aurons occasion de parler de ces causes quand nous traiterons des ophthalmies spécifiques. On conçoit facilement du reste que l'iris, par sa structure anatomique, est disposée aux inflammations. Aucun tissu n'offre en effet une aussi forte proportion de vaisseaux artériels et veineux. La trame celluleuse qui

forme la membrane a une grande vitalité : en arrière elle reçoit un prolongement de la rétine et de la choroïde ; tout ce qu'il y a de plus excitable dans l'économie se retrouve dans cette membrane, ajoutons encore que sa position flottante au milieu de liquides y favorise naturellement les congestions. Ces dispositions anatomiques nous rendent bien compte de la fréquence de ses inflammations.

L'iritis se termine souvent par résolution. Alors la douleur et la chaleur de l'orbite diminuent, ainsi que la photophobie et la larmolement. L'anneau sclérotidien pâlit, la conjonctivite, le trouble de l'humeur aqueuse et de la cornée transparente disparaissent. La tuméfaction et le velouté de l'iris se dissipent, et quand l'inflammation n'a pas été portée trop loin, la membrane reprend ses couleurs primitives. Les dépôts, soit sanguins, soit purulents, se resserrent, sont absorbés et il ne reste à leur place que de simples taches. Quelquefois ces dépôts s'ouvrent soit dans la chambre antérieure, soit dans la chambre postérieure, ce qui donne lieu à des hypopions ou à des hémophthalmies. Il peut même résulter de la déchirure de l'iris par ces dépôts, la formation d'une pupille accidentelle, comme le prouve l'observation d'un malade dont l'histoire a été rapportée en 1856 à la société de médecine pratique. Quand l'inflammation se termine par résolution, on voit l'anneau pupillaire reprendre peu à peu ses dimensions premières et sa mobilité ordinaire ; les flocons albumineux qui l'embarrassaient sont résorbés, et la vision reprend sa netteté première. Mais cette terminaison heureuse n'est pas la plus commune ; l'iritis se termine très souvent par la formation d'adhérences. Ces adhérences existent soit à la face antérieure, soit à la face postérieure de l'iris. Cette membrane, en s'unissant à la face postérieure de la cornée, donne naissance à ce qu'on nomme la *synéchie antérieure*. Dans ce genre d'adhérences, l'iris peut s'unir à tous les points concaves de la cornée. On les observe

néanmoins plutôt dans le voisinage de la sclérotique que vers le centre de l'iris. Ces adhérences antérieures ne peuvent point subsister sans difformité. On les reconnaît très aisément du reste en regardant la chambre antérieure par le côté.

Les adhérences postérieures de l'iris, qui constituent la synéchie postérieure, ont lieu avec la capsule du cristallin ou le contour antérieur du corps vitré. Ces adhérences sont dans ce cas d'un diagnostic tantôt très facile, d'autres fois assez obscur. Il y a quelquefois complication de cataracte ou d'amaurose. D'autres fois cette complication n'existe pas, et cependant la pupille reste immobile et plus ou moins irrégulière. Si cette ouverture a conservé ses formes et ses dimensions ordinaires, on ne reconnaît les adhérences qu'avec beaucoup de peine. Ce n'est quelquefois qu'en regardant avec une bonne loupe et très attentivement au fond de l'œil, qu'on aperçoit de petites brides, de petits filaments qui vont de la pupille à l'appareil du cristallin, ou d'un point de la circonférence de l'iris à l'autre, en représentant une espèce de réseau. La belladone est dans ce cas d'une ressource précieuse. Sous son influence l'iris, en se dilatant dans tous ses points libres, reste fixe et immobile dans ceux où il existe des adhérences, et cela donne lieu à des irrégularités très marquées et fort diverses dans la pupille. Elle devient alors carrée, ovale, en losange, en feuille de trèfle, etc., etc. C'est alors qu'on voit très distinctement de petites pointes fixées sur la partie antérieure du cristallin ; et qui vont se rendre de là à l'iris, à sa face postérieure, au pourtour de la pupille, et la tirent en arrière. Ces adhérences de l'iris, qu'elles soient antérieures, qu'elles soient postérieures, lors même qu'elles ne présentent aucune complication dans l'appareil cristalloïde ou dans la rétine, sont une cause permanente de trouble dans la vision. La pupille étant fort irrégulière et ne pouvant se

dilater que dans un sens, cette ouverture n'est plus centrale, elle est comme transportée du côté de la cornée, et la vision ne peut s'effectuer que d'une manière très incomplète. L'iritis se termine aussi par la formation d'une fausse cataracte, ou de membranules opaques au devant du cristallin. Lorsque la pupille a été très contractée pendant longtemps et que par la disparition de l'inflammation cette ouverture reprend sa mobilité ordinaire, il reste quelquefois sur le devant du cristallin une couronne pointillée et noirâtre que l'on a décrite sous le nom de *cataracte pigmenteuse*, Je pense que c'est de la matière plastique mêlée à un dépôt du pigmentum de l'uvée.

La coarctation de la pupille peut enfin aller jusqu'à l'entière oblitération de cette ouverture par suite de l'adhérence de ses bords entre eux, mais le plus souvent par l'interposition de flocons albumineux. L'iritis se termine par des duretés, des taches, des plaques, des espèces de végétations sur différents points de l'iris. En se dissipant elle fait place très souvent à l'inflammation de quelque autre partie de l'œil, à une kératite ou à une choroidite, une rétinite ou à une cristalloïdite, enfin l'inflammation peut s'étendre au globe de l'œil tout entier, et déterminer l'inflammation phlegmoneuse ou de tout cet organe, en un mot l'ophthalmite.

Traitement. On a proposé un très grand nombre de moyens contre l'iritis. Ces moyens sont d'autant plus nombreux dans les auteurs, qu'ils avaient confondu cette maladie avec un grand nombre d'autres phlegmasies de l'œil.

On a conseillé les saignées générales et locales. Tous les praticiens sont d'accord à ce sujet. Toutefois les uns veulent d'abondantes saignées générales, en mettant quelques jours d'intervalle, entre chacune d'elles, d'autres au contraire veulent qu'elles soient multipliées et petites. Quelques praticiens préfèrent les saignées locales aux saignées

générales, et mettent des sangsues derrière les oreilles, aux tempes, et même à la face interne des paupières. Voici comme j'emploie les émissions sanguines. Je débute, à moins de contr'indications particulières, par une saignée du bras de deux à quatre palettes pendant plusieurs jours de suite, deux ou trois par exemple, je renouvelle cette saignée matin et soir, puis si le malade est robuste et l'inflammation violente, j'applique vingt ou trente sangsues aux tempes. Ces saignées coup sur coup, suivant la méthode de M. *Bouillaud*, m'ont réussi parfaitement bien dans les deux premiers degrés de l'iritis. Après avoir employé pendant quelques jours cette méthode, on ne revient à la saignée générale qu'à d'assez longs intervalles, et dans le cas de recrudescence des symptômes : Si le sujet que l'on a à traiter n'est pas fort, et que l'inflammation ne soit pas très violente, je m'en tiens à deux ou trois saignées générales de dix ou douze onces chacune, dans l'espace des quatre à six premiers jours. Quand la première période de l'inflammation de l'iris est passée, je fais usage surtout des sangsues appliquées aux tempes et derrière les oreilles alternativement. Les sangsues appliquées au cou m'ont paru moins avantageuses dans l'iritis aiguë, qu'appliquées aux tempes ou derrière les oreilles de la manière que je viens d'indiquer. A la face interne de la paupière inférieure, les sangsues produisent dans l'iritis aiguë des effets plus rapides et plus certains : on en met de deux à cinq, tous les deux ou trois jours, pendant les huit ou dix premiers jours de la durée de l'inflammation. On les place sur la face interne de la paupière à une ligne au moins de son bord ciliaire ; là elles causent peu de douleur. (1)

Après les émissions sanguines, viennent les purgatifs qui ont été préconisés sous toutes les formes. En première ligne

(1) En 1820, M. Velpeau avait déjà publié dans le *Journal de médecine, chimie et pharmacie*, quelques observations en faveur de ce genre de saignées locales.