

substance à l'intérieur. Par ces dilatations et ces contractions alternatives sous l'influence de la belladone, dont on cesse et dont on renouvelle l'emploi pendant un certain temps, en imprimant ainsi à la pupille des mouvements de tiroir ou de rideau, on peut rompre ces adhérences si elles ne sont pas trop fortes.

Mais quand ces moyens ne suffisent plus, on a conseillé de détruire ces adhérences avec une aiguille à cataracte introduite dans la chambre postérieure à travers la sclérotique, quand il y a synéchie postérieure, et dans la chambre antérieure, à travers la cornée transparente, quand il y a synéchie antérieure. Ces opérations, faciles à pratiquer, sont dangereuses, et la prudence ne permet guère d'y avoir recours : en effet, on peut décoller l'iris dans ses parties saines, l'enflammer de nouveau; ces adhérences peuvent se reproduire; enfin, on peut amener dans l'œil des inflammations graves et qui éteignent complètement ce qui reste de la vue.

Un moyen qui ne doit point être négligé dans l'iritis chronique, et qui produit dans cette nuance de la maladie les effets les plus avantageux, consiste dans les révulsifs externes, tels que vésicatoires, sétons et cautères. Les vésicatoires volants autour de l'orbite ou sur les paupières peuvent être très utiles. On les applique, comme nous l'avons déjà dit à l'occasion de la kératite et des autres phlegmasies de l'œil. Les cautères sont très avantageux soit aux tempes, soit à la nuque; dans ce dernier point, je les place dans la fossette sous-occipitale, fossette qui est limitée en bas par l'apophyse épineuse de l'axis, et de chaque côté par les muscles grand-complexus. Cet espace est rempli par un tissu cellulaire abondant, et qui est parfaitement disposé pour l'établissement d'un cautère. Le seton agit comme le cautère et plus efficacement encore. C'est à défaut de ce remède, que refusent souvent les malades, qu'il faut avoir recours aux cautères.

## § VI. OPHTHALMIES SPÉCIFIQUES.

Dans le cours de ces leçons sur les principales ophthalmies, vous avez vu que je me suis abstenu autant que possible, de m'appesantir sur celles qui ont été désignées par des auteurs modernes sous le nom d'*ophthalmies spécifiques*.

Je me suis réservé de débattre ce sujet pour la fin. Dans cette discussion, comme vous devez bien le penser, Messieurs, les questions de personnes seront toujours écartées, la science, qui est notre unique but, ne pouvant rien gagner à des débats purement personnels : je ne dois avoir devant moi que des opinions que j'adopterai ou repousserai suivant mes convictions.

Y a-t-il dans les phlegmasies de l'œil, désignées sous le nom d'*ophthalmies*, des caractères anatomiques, tellement tranchés qu'il soit possible de juger de la constitution des individus, par cela seul, que ces ophthalmies présentent tels ou tels symptômes, et d'affirmer qu'ils sont sous l'influence de telle ou telle altération générale qui imprime à la maladie locale une forme déterminée qui lui mérite le nom de spécifique? (1)

Sans doute, il n'est personne qui n'avoue que la constitution des sujets, et qu'une viciation générale bien con-

(1) Voici les propres expressions de M. Sichel :

« De là résulte pour nous la nécessité d'admettre et d'opposer aux ophthalmies *simples* des ophthalmies modifiées par des causes *spéciales* qui les produisent, ou *combinées* avec certains états ou travaux morbides, phlegmasies que par cette raison nous appelons *ophthalmies spéciales* ou *combinées*. Avant nous, on les avait appelées *spécifiques*; mais nous réservons cette dénomination exclusivement à celles de ces inflammations qui sont dues à un véritable virus susceptible d'inoculation, telles que les ophthalmies varioleuse et syphilitique. Nous choisissons de préférence le nom d'*ophthalmies spéciales*, comme exprimant notre idée de la manière la plus générale, bien qu'il laisse quelque chose à désirer. » (Sichel, *op. cit.*, p. 186.)

Plus loin, page 189, M. Sichel cherche à formuler les différences qui exis-



statée n'aient une influence notable sur les maladies des yeux. Cela est évident ; mais vouloir trouver dans chaque forme de la phlegmasie un principe spécifique qui la détermine et la caractérise de manière à toujours pouvoir la reconnaître, c'est une véritable chimère, une pure création de l'esprit. Je me propose de vous le prouver par l'examen consciencieux des caractères des ophthalmies prétendues spécifiques ; d'avance je vous dirai que je rejette du cadre ophthalmologique ces ophthalmies spécifiques, admises par Beer, et que le propagateur principal de ses idées cherche encore à faire prévaloir parmi nous. Je ne les repousse pas toutes cependant, il en est une qui mérite d'être prise en considération, c'est l'ophthalmie syphilitique : les autres sont pour la plupart le résultat de théories plutôt que celui de l'observation.

Si on en croyait certaines personnes, les ophthalmies spécifiques seraient presque infinies, c'est ainsi que nous aurions les ophthalmies *varioloëuse*, *dartreuse*, *scarlatineuse*, *psorique*, *hémorrhoidale*, *scorbutique*, *menstruelle*, *abdominale*, *lymphatique*, *congestionnelle*, *typhoïde*, etc. Depuis longtemps on a fait justice de toutes ces rêveries et il n'en est guère question maintenant. Mais il y a encore quelques ophthalmies dont la nature spécifique est admise dans l'école allemande, et que des hommes d'un grand

tent entre les ophthalmies simples et les ophthalmies spéciales. « Les ophthalmies simples dérivent toutes d'une seule classe de causes toujours uniformes, dont l'action est irritante et locale, c'est-à-dire ne s'étendant point au-delà de l'organe affecté. Les ophthalmies spéciales au contraire reconnaissent, outre ces causes locales et irritantes, d'autres encore d'une action constitutionnelle plus ou moins étendue et d'une nature spéciale, telles que les rhumatismes, la goutte, les catarrhes, les scrofules, etc... Ces maladies peuvent se fixer dans les diverses membranes du globe oculaire, qui, par suite de l'action irritante de la cause locale, devient le centre d'attraction du travail pathologique. La spécificité de ces causes ajoute des caractères particuliers à ceux des ophthalmies simples comme à ceux de toute autre inflammation, quel qu'en soit le siège. »

poinds dans la science regardent comme réelles ; celles-là ont seules besoin d'être discutées. Il s'agit des ophthalmies *catarrhale*, *arthritique*, *rhumatismale*, *scrofuleuse*, *syphilitique*, etc.

Pour ne pas tronquer ou dénaturer les idées qui ont servi de base aux théories relatives à la spécificité de ces ophthalmies, j'ai étudié avec soin les auteurs qui en sont les partisans et les propagateurs, M. Sichel entre autres, qui en est le principal représentant en France. C'est surtout dans son ouvrage que j'ai puisé la plupart des caractères admis pour établir ces ophthalmies spécifiques.

*Ophthalmie catarrhale.* Suivant les médecins de l'école ophthalmologique allemande, l'ophthalmie catarrhale serait caractérisée par les phénomènes suivants Démangeaison sur la conjonctive palpébrale et au grand angle de l'œil, raideur dans les paupières, mucus en petite quantité épais, se desséchant au grand angle de l'œil, et sur le bord libre des paupières. Teinte rose de la conjonctive palpébrale, les vaisseaux forment des stries parallèles entre elles, et dirigées du bord libre vers le bord adhérent des paupières, ces stries vont se perdre sur la conjonctive oculaire, voilà ce que les médecins nomment *l'injection catarrhale*. Jusque à présent, Messieurs, quelle différence y a-t-il entre cette maladie et celle que je vous ai décrite sous le nom de *blépharite muqueuse ou glanduleuse*? Mais continuons la description. Bientôt les stries se multiplient, se rapprochent, la muqueuse est d'un rouge vermillon plus foncé, un peu jaunâtre : un réseau irrégulier de vaisseaux se forme et s'étend à la conjonctive scléroticale. Il y a là une couleur jaunâtre pâle, les vaisseaux convergent vers la cornée et s'y terminent près d'elle par un chevelu très fin : cette terminaison a lieu près de cette membrane, à une ligne ou deux ; mais jamais ils ne l'atteignent ; ils en sont éloignés par une portion de conjonctive qui est demeurée saine et qui a deux ou trois lignes de largeur ; point de larmoie-



ment de photophobie, peu à peu la sécrétion muqueuse augmente, et pendant le sommeil se concrète aux paupières, au grand angle de l'œil, et y forme des croûtes minces et peu adhérentes. Des granulations se déclarent sur la conjonctive palpébrale; elles sont plus ou moins nombreuses et rapprochées; alors survient la sensation de la présence de graviers entre l'œil et les paupières, tel est le second degré de la maladie. Suivant nos auteurs, dans le troisième degré, les vaisseaux de la conjonctive sont plus nombreux, plus volumineux, ils s'étendent jusque à la circonférence de la cornée et déterminent tous les degrés du *chimosis*.

Ne retrouvons-nous pas dans ces symptômes attribués à l'ophtalmie catarrhale, tous ceux que nous avons décrits dans plusieurs des nuances de la blépharite et de la conjonctivite? Qu'entend-on d'ailleurs par affection catarrhale? Peut-on être satisfait en entendant dire que c'est une irritation ou inflammation de la muqueuse, ayant pour symptôme principal l'augmentation de la sécrétion muqueuse, et pour cause, le refroidissement; alors admettez une gastrite, une laryngite, une bronchite, une entérite catarrhale, etc., etc. On voit où doit nous mener une pareille manière de raisonner (1). Enflammez la conjonctive oculaire ou palpébrale avec un grain de sable, un corps étranger quelconque déposé sur elle, et vous amènerez tous les symptô-

(1) Voici le résumé des opinions de M. Sichel sur l'ophtalmie catarrhale: « Nous appelons *catarrhe* une irritation sanguine particulière, pouvant devenir inflammatoire, mais ne l'étant pas dans le plus grand nombre des cas, irritation ayant pour siège une membrane muqueuse, et pour symptôme pathognomonique le plus saillant une augmentation de sécrétion muqueuse, et pour cause un refroidissement, soit du corps en général, soit des parties les plus voisines de la membrane affectée, ou de cette membrane elle-même. Dans l'ophtalmie catarrhale, l'irritation, plus ou moins congestive que véritablement inflammatoire, se localise dans la portion essentiellement muqueuse de la conjonctive, dans celle qui est la plus éloignée du bord de la cornée, dans cette partie enfin qui, d'après les recherches anatomiques les plus récentes, possède un épithélium, un chorion et un corps papillaire, à l'instar des autres membranes muqueuses. (*Op. cit.*, p. 210.)

mes de l'ophtalmie dite *catarrhale*. Diriez-vous que c'est là une ophtalmie spécifique? Cette idée de la spécificité, conduit d'ailleurs à une mauvaise direction dans le traitement. Les partisans de l'école allemande recommandent contre cette maladie, les révulsifs cutanés, les médications générales, et vous savez que ce mode de traitement n'est véritablement qu'accessoire, que le meilleur consiste dans l'emploi des topiques. Pourquoi donc donner un nom particulier et caractérisant une nature particulière à une ophtalmie qui présente les mêmes symptômes que les conjonctivites et les blépharites ordinaires, et qui guérit par les mêmes moyens? Ce mot *ophtalmie catarrhale*, ne peut, suivant moi, avoir aucune valeur scientifique et doit être rayé du cadre nosologique. Passons maintenant à une autre.

*Ophtalmie scrofuleuse.* C'est dans cette ophtalmie que les partisans de l'école allemande s'imaginent triompher et prouver de manière la plus évidente que la maladie se présente sous un aspect tel, que ses symptômes, sa marche et son traitement en subissent des modifications essentielles. Voici les caractères de l'ophtalmie scrofuleuse: Suivant l'école allemande, elle présente deux formes: la conjonctivite scrofuleuse, à laquelle on joint la blépharite scrofuleuse, et la kératite scrofuleuse.

*Conjonctivite et blépharite scrofuleuses.* Il y a une injection partielle de la conjonctive oculaire, des stries sanguines, d'une couleur pâle, et formant des plaques de forme triangulaire, occupant le plus ordinairement les portions de la conjonctive qui avoisinent la commissure des paupières. La base de ces plaques est tournée vers la cornée, et le sommet vers la commissure des paupières ou l'angle interne de l'œil. Ces plaques présentent quelquefois des élevures, des phlyctènes, des papules d'un volume plus ou moins considérable. Il n'y a ni larmolement, ni augmentation dans la sécrétion muqueuse, ni crainte de la lumière. Cette variété de l'ophtalmie est celle que je vous ai dé-



crité sous le nom de conjonctivite angulaire, et que je préfère nommer partielle, parce qu'elle n'occupe pas toujours les angles de l'œil. On observe ces conjonctivites angulaires sur des sujets qui ne possèdent pas la moindre apparence de la maladie dite *scrofuleuse*. Je n'ai pas constaté que ces vaisseaux injectés dans cette prétendue conjonctivite scrofuleuse, fussent parallèles, et se dirigeant en ligne droite vers la cornée, comme le dit M. *Sichel*. Il ne m'a pas semblé non plus que ces vaisseaux fussent très fins par leur extrémité qui regarde les commissures des paupières, gros et comme renflés vers la cornée, au bord de laquelle ils cessent brusquement, comme si on en avait fait la section dans ce point, et sans jamais envahir la cornée. Il en est de même du resserrement des paupières ou du *blépharospasme* qu'on a dit accompagner souvent cette conjonctivite scrofuleuse. Ce spasme appartient comme vous le savez à la kératite, ou à l'inflammation d'une des autres membranes interne de l'œil. Tous ces symptômes, et quelques autres encore insignifiants, se rapportent parfaitement bien à la conjonctivite partielle angulaire, papuleuse, aphthoïde, que je vous ai décrite il y a quelque temps. Jamais, disent les médecins dont je combats l'opinion, cette plaque angulaire n'atteint la cornée; je puis aujourd'hui même vous prouver le contraire, car il y a un jeune homme, actuellement dans mes salles, et qui est atteint de cette conjonctivite partielle ou scrofuleuse de l'école allemande. Cette plaque triangulaire se prolonge sur la cornée et l'envahit de quelques lignes. Ce jeune homme présente les signes d'une constitution lymphatique, il est scrofuleux, enfin, comme on dit. Ici l'école allemande paraîtrait avoir rencontré juste en admettant une conjonctivite scrofuleuse. Mais puisqu'on observe ces mêmes symptômes, cette même forme de conjonctivite sur des individus d'une constitution tout à fait opposée, chez des individus robustes, sanguins ou bilieux, il ne s'agira donc pas alors d'une conjonctivite scrofuleuse, et il

sera impossible de juger de la constitution du sujet par la maladie de l'œil. Dira-t-on qu'il y a alors des scrofules latens? je ne chercherai point à réfuter un pareil argument. La prétendue blépharite scrofuleuse n'est autre que la blépharite glanduleuse et ciliaire. D'ailleurs, les sujets que l'on désigne sous le nom de scrofuleux sont susceptibles d'avoir toutes les autres formes de conjonctivite et de blépharite, sans qu'il soit possible de constater chez eux de modifications particulières dans les caractères anatomiques et physiologiques de la maladie. Le traitement de cette prétendue conjonctivite et de la blépharite scrofuleuse, ne diffère pas de celui des autres, quoiqu'on ait dit qu'il fallait absolument un traitement général et approprié à la nature de la maladie. Vous pouvez vous en convaincre facilement en suivant mon service; vous ne verrez pas ces ophthalmies scrofuleuses autrement traitées que les autres, et vous ne les verrez pas moins bien guérir. C'est par les topiques que je les attaque, et non pas par un traitement général. En voici un exemple tout récent: Un jeune homme atteint de tous les symptômes de l'ophthalmie scrofuleuse, est arrivé dernièrement à l'hôpital, dans mon service. Il avait été consulter un médecin partisan des doctrines ophthalmologiques allemandes; on lui avait prescrit un traitement général, l'usage de la teinture de colchique, etc., etc. Ne pouvant se traiter convenablement chez lui, il est venu dans cet hôpital; en deux jours de temps, et sous l'influence du collyre au nitrate d'argent seul, il a été guéri, et il sort aujourd'hui, sans conserver la moindre trace de sa maladie.

Avant de décrire une cause spéciale comme déterminant ou modifiant la conjonctivite et la blépharite de manière à lui mériter le nom de scrofuleuse, on aurait dû prouver l'existence de cette cause spéciale, de ce prétendu vice scrofuleux. Or, rien n'est moins prouvé. La constitution lymphatique n'est pas une maladie, elle est une



aptitude, une disposition à contracter des maladies fort diverses. Il serait nécessaire d'approfondir cette question de scrofule qui mérite d'être examinée à fond. Pour moi je voudrais rejeter aussi du cadre nosologique cette maladie.

*Kératite scrofuleuse.* Suivant *M. Sichel*, il n'y a dans la kératite scrofuleuse aucune vascularisation; cette membrane devient trouble et mate. Une exsudation lymphatique se fait entre ses lames; il en résulte des plaques opaques, bleuâtres, blanchâtres, de forme et d'étendue variées; elle devient inégale, sablée; elle est comme dépolie. La vascularisation n'arrive que lorsqu'il y a conjonctivite ou sclérotite.

Vous savez que nous avons fait justice de cette dernière maladie, et qu'elle est à peu près imaginaire. Quant aux autres symptômes de la kératite scrofuleuse, vous les retrouverez tous dans ceux que je vous ai donnés lorsque je vous ai décrit la kératite et ses variétés. Je vous répèterai encore que ces symptômes de kératite prétendue scrofuleuse se retrouvent dans toutes les constitutions, chez les sujets dits scrofuleux, comme chez les autres. J'ajouterai maintenant, pour en finir sur ces affections scrofuleuses de l'œil, que chez les individus qui sont profondément détériorés par les scrofules, les maladies des yeux sont sans contredit influencées dans leur marche, leur durée, leur gravité même, et qu'il est nécessaire de traiter en même temps leur état général. Je suis donc loin de refuser toute importance à l'état général: je veux dire seulement, que la médication topique doit être employée non comme accessoire, mais comme essentielle, et que les idées de spécificité, admises par l'école allemande dans ces maladies de l'œil, nuisent d'une manière notable à leur thérapeutique, car elles accordent beaucoup trop au traitement général et trop peu au traitement local. Ces considérations s'appliquent du reste, à toutes les autres maladies générales dont les individus peuvent être atteints.

*Ophthalmie arthritique.* Cette ophthalmie, dit-on, reconnaît pour cause le principe gouteux. L'inflammation de la conjonctive est caractérisée par une injection de vaisseaux tortueux et situés dans le tissu de la sclérotique. Autour de la cornée et dans le point qui correspond à l'iris, se trouve un anneau étroit et séparé de la cornée par un cercle gris ou bleuâtre. L'iris semble aminci, comme lavé, et d'une couleur jaunâtre, feuille morte, grise ou blafarde. La pupille affecte une forme elliptique transversale. Il y a douleurs vives et comme électriques dans l'œil. Tous ces symptômes, je les ai vus plus de vingt fois chez des individus qui ne savaient pas ce que c'était que la goutte, soit chez eux, soit dans leur famille. Le cercle bleuâtre placé autour de la cornée se remarque souvent chez de jeunes enfants, ou chez les personnes dont la sclérotique est mince. Quant à la déformation de la pupille, c'est un signe sans valeur. On l'observe chez des individus de tout âge, de tout sexe et de toute constitution. Tous les symptômes attribués à l'ophthalmie arthritique des auteurs allemands dépendent, suivant moi, d'une inflammation de l'iris ou de la choroïde, et souvent de l'inflammation simultanée de ces deux membranes. Au surplus, c'est une des ophthalmies spécifiques à laquelle les auteurs spécifiqueistes tiennent le moins. Nous n'insisterons pas davantage sur elle puisqu'ils paraissent l'avoir mise de côté. Passons à l'ophthalmie rhumatismale.

*Ophthalmie rhumatismale.* C'est l'ophthalmie que les ophthalmistes allemands paraissent avoir prise le plus en faveur. Son siège, suivant eux, est la sclérotique, l'expansion aponévrotique des muscles de l'œil, et la conjonctive cornéale, enfin, dans quelques cas la membrane de l'humeur aqueuse et le feuillet séreux qui recouvre l'iris.

La maladie s'annonce par une légère injection de vaisseaux fins de la sclérotique, parallèles entre eux, droits, d'un rouge pâle, qui commencent autour de la cornée



s'étendent en rayonnant à une distance plus ou moins grande, et qui envahissent souvent toute la sclérotique. Bientôt un second plan de vaisseaux, plus volumineux formant un réseau superficiel, constitue autour de la cornée une seconde couronne vasculaire. Celle-ci appartient à la conjonctive. Souvent il y a chémosis. La photophobie et le larmolement se manifestent, mais il n'y a point d'augmentation dans la sécrétion du mucus. Si la maladie s'accroît, l'anneau s'élargit, le pourtour de la cornée se couvre de petites stries d'un rouge de vermillon, surtout en haut et en bas. Le bord libre des paupières se gonfle et devient d'un rouge bleuâtre. La cornée prend une teinte laiteuse et devient vasculaire; alors la vision est troublée et dans quelques cas abolie. Les douleurs qui sont modérées pendant le jour s'accroissent le soir.

Résumez tous ces symptômes, Messieurs: anneau sclérotidien, photophobie, larmolement, trouble de la vision, taches de la cornée, vascularisation de cette membrane, n'appartiennent-ils pas tous à la *kératite*? Les terminaisons n'en sont-elles pas les mêmes? Ajoutons ensuite à ces symptômes ceux de la conjonctivite qui s'y trouvent très clairement exprimés. Quant à la déformation de la pupille, qui présente quelquefois dans cette ophthalmie dite rhumatismale un ovale du haut en bas, cela tient à l'iritis, qui se joint souvent à la *kératite* et à la conjonctivite.

Comme nous l'avons vu pour l'ophthalmie scrofuleuse, l'idée d'une cause spécifique, le rhumatisme, conduit à une thérapeutique vicieuse. On préconise, en effet, contre l'ophthalmie rhumatismale une médication anti-rhumatismale, le tartre stibié à haute dose, l'aconit, le colchique, la poudre de Dower, les antimoniaux, l'acétate d'ammoniaque, le camphre, les sudorifiques de toute espèce, etc., etc.

Ce n'est pas ainsi que je dirige le traitement de ces prétendues ophthalmies rhumatismales. Sans doute je ne né-

glige pas la médication générale et dérivative; mais je ne l'emploie qu'à titre d'adjuvant; vous en avez été témoins, Messieurs, et vous pouvez l'être encore chaque jour: les malades qui sont admis dans nos salles et qui présentent au plus haut degré tous les symptômes de l'ophthalmie dite *rhumatisme* guérissent en quelques jours sous l'influence bien entendue des topiques astringents seuls.

Ne pourrions-nous d'ailleurs pas faire ici, pour la cause spécifique de l'ophthalmie rhumatismale, la question que nous nous sommes déjà faite pour les scrofules: est-ce donc une maladie spécifique que le rhumatisme? Et comment, pour ne parler que de ce qui a rapport à la vascularisation, peut-on concevoir que les vaisseaux de l'œil, dont la distribution est la même chez tous les individus, puissent être différemment injectés chez les rhumatisants que chez les autres. Sans doute, comme cela se voit pour les scrofules avancés et qui ont détérioré la constitution, le rhumatisme peut exercer une influence plus ou moins grande sur les maladies des yeux, mais vouloir affirmer, ainsi qu'on l'a positivement dit, qu'un sujet est rhumatissant ou scrofuleux par cela seul que l'ophthalmie dont il est atteint présente telle ou telle forme, c'est ce que je regarde comme une erreur dangereuse; car elle conduit à une fausse thérapeutique, à l'emploi des spécifiques contre le rhumatisme. Si le rhumatisme n'était point lui-même une maladie spécifique (car cette question tout entière est encore à revoir), que deviennent les anti-rhumatismaux? Car point de maladie spécifique, partant point de médication spécifique.

Toutes ces raisons, Messieurs, m'engagent donc à rejeter l'ophthalmie rhumatismale, et à ne l'envisager que comme une *kératite* compliquée souvent d'iritis et de conjonctivite.

Nous avons donc successivement rejeté les ophthalmies spéciales, *catarrhale*, *scrofuleuse*, *arthritique*, *ruma-*



*tismale*, telles que les comprennent les auteurs à l'état isolé. Il doit nécessairement en être de même de ces ophthalmies combinées entre elles, deux à deux, trois à trois, etc., etc., ainsi que le veulent encore les ophthalmologistes de l'école allemande. C'est ainsi que nous voyons une ophthalmie *rhumatisme scrofuleuse*, *catarrho-rhumatisme*, *scrofulo-catarrhale*, etc., etc. Toutes ces dénominations n'ont aucun avantage pratique; elles embrouillent au dernier point une matière qui l'est déjà assez par elle-même. On simplifiera très utilement l'ophthalmologie en écartant toutes ces spécificités et leurs combinaisons multipliées au milieu desquelles leurs inventeurs se perdent eux-mêmes.

Mais, Messieurs, si j'ai rejeté, avec raison je crois, les ophthalmies précédentes, comme ne présentant rien de spécial, ni dans leurs caractères anatomiques, physiologiques, ni dans leur mode de traitement, il n'en sera pas de même de l'ophthalmie syphilitique: celle-ci a évidemment ses symptômes particuliers; elle réclame un traitement spécial et mérite d'être traitée et étudiée à part.

*Ophthalmie syphilitique.* S'il y a une ophthalmie qu'on peut nommer syphilitique, c'est bien celle-ci. Le principe vénérien imprime un caractère tout particulier à une foule de maladies qui peuvent survenir aux individus qui en sont infectés, et il les modifie très profondément; aussi peu de praticiens nient la spécificité de la syphilis. D'après cela, on conçoit facilement que les ophthalmies syphilitiques peuvent présenter des caractères propres à elles seules. Ce que l'analogie porte à admettre, l'observation le prouve. Il ne s'agit point ici de l'ophthalmie blennorrhagique qui se communique par le contact de la manière la plus évidente, il s'agit d'une ophthalmie moins rapide, et siégeant, non pas seulement sur l'iris, ainsi qu'on l'a prétendu, mais qui atteint souvent aussi d'autres parties du globe oculaire et de ses dépendances. C'est ainsi que j'ai vu

quelquefois des blépharites syphilitiques caractérisées par la teinte rouge cuivrée, par des ulcérations, des végétations de nature positivement vénériennes. Des vascularisations dans la cornée, des plaques d'un rouge cuivré, des végétations développées sur cette membrane, me forcent même de croire à l'existence d'une kératite syphilitique. Mais c'est surtout l'iris qui est le siège principal de l'ophthalmie syphilitique.

L'iris, dans ces derniers temps, est la membrane de l'œil sur laquelle les ophthalmologistes ont pensé qu'agissaient surtout les causes spécifiques. C'est ainsi qu'on a créé une *iritis typhoïde*, une *iritis congestionnelle*, *pléthorique*, une *iritis veineuse*, *laiteuse*, *nerveuse*, une *iritis hydrargirique*, *scorbutique*, *scrofuleuse*, *rhumatique*, *variolique*, *rubéolique*, *scarlatineuse*, *psorique*, *plicosique*, etc., etc. De toutes ces iritis, les ophthalmologistes, partisans des idées allemandes sur les ophthalmies spécifiques, n'admettent plus guère que quatre genres d'iritis dues à des causes spéciales, l'iritis scrofuleuse, rhumatismale, arthritique et syphilitique. Ici nous retrouvons encore les mêmes principes qui dirigent l'école allemande dans l'appréciation des symptômes de la maladie. S'ils avaient voulu dire, en parlant des individus atteints d'inflammations rhumatismales, scrofuleuses ou arthritiques, que les maladies de l'œil sont plus ou moins modifiées dans leur marche, dans leur traitement et dans leurs suites, il n'y aurait rien à objecter. Mais ces messieurs partent d'une autre base et veulent que les caractères anatomiques de la maladie en indiquent la cause, et qu'en regardant un œil affecté d'iritis, on puisse déterminer, au premier abord, s'il y a une iritis franche ou spécifique. Beaucoup de divergences existent d'ailleurs à ce sujet; ainsi, l'iritis scrofuleuse admise par les uns est repoussée par d'autres, tel que M. *Flarer*, tandis que M. *Mackensie* en établit une primitive et une secondaire. Quant à l'iritis arthritique, MM. *Juncken*,