

*Rosas, Ammon*, l'admettent sans restriction; *M. Mackensie* hésite au contraire à l'accepter, et *M. Pamard* l'a décrite sous le nom d'*iritis parenchymateuse*. Il en est de même pour *l'iritis rhumatismale*, sur les symptômes de laquelle les auteurs se trouvent en divergence complète. C'est ainsi que *Schmit* et *M. Rosas* lui donnent pour caractère principal une photophobie très intense, tandis que *M. Sichel* dit qu'il n'y en a pas du tout.

Avant de passer à l'*iritis syphilitique*, indiquons rapidement les caractères des autres *iritis* spéciales pour compléter notre sujet : cela servira d'ailleurs pour mieux établir le diagnostic différentiel de l'*iritis syphilitique*.

*Iritis scrofuleuse*. Suivant *M. Mackensie*, l'*iritis scrofuleuse* est plutôt secondaire que primitive. Les paupières sont contractées spasmodiquement; il y a des pustules sur la sclérotique près de la cornée, une injection légère et violacée de la conjonctive, une forme ovale de la pupille qui est comme tirée en haut. On peut rencontrer sans doute ces caractères anatomiques et physiologiques de la maladie chez les individus d'une constitution lymphatique, et chez les enfants; mais il est certain qu'on les observe aussi chez les adultes et les individus d'une constitution tout à fait différente. Ces signes d'ailleurs, vous devez le voir, Messieurs, se rapportent autant à la conjonctivite et à la kératite, qu'à une phlegmasie de l'iris.

*Iritis rhumatismale*. Causée principalement par le refroidissement, cette *iritis* est caractérisée suivant l'école de *Beer*, par des exacerbations nocturnes, par la présence de l'*anneau sclérotidien radié*, par le larmoïement, la photophobie et par la forme ovoïde de la pupille. Ces symptômes sont presque tous ceux des *kératites*, et principalement des *kératites ulcéreuses* et des *iritis ordinaires*. Ils se rencontrent aussi bien chez les enfants que chez les adultes, chez les femmes que chez les hommes, chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, comme chez les personnes sèches,

nerveuses ou sanguines, chez celles qui n'ont jamais été atteintes de rhumatismes, comme chez ceux qui en sont atteints depuis longtemps.

*Iritis arthritique*. On a dit qu'elle était caractérisée par des douleurs vives, comme névralgiques, et présentant des rémittences. L'anneau sclérotidien est plutôt violet et livide que rouge, et séparé de la cornée suivant *Weller*, par un cercle bleu ou gris de la largeur d'une demi-ligne. Toute la sclérotique présente une nuance violacée plus ou moins foncée; l'iris semble aminci, il est comme lavé et d'une couleur grise ou blafarde. La pupille est elliptique, ayant son grand diamètre en travers ou de haut en bas.

Sans doute on observe souvent et j'ai observé moi-même souvent ces symptômes, soit isolément, soit ensemble. Mais j'ai trouvé que ce cercle grisâtre existait dans toutes les sortes d'*iritis* qui ne se compliquent ni de *kératite*, ni d'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse. Quant à la teinte livide de la sclérotique, je crois pouvoir la rattacher à une inflammation de la choroïde, et les douleurs vives et aiguës que les malades ressentent à une nuance de *rétinite*. Quant à l'aspect blafard de l'iris, je l'ai trouvé chez des individus qui n'avaient jamais eu la goutte et qui présentaient sous tous les autres rapports les symptômes de l'*iritis*, soit *scrofuleuse*, soit *rhumatismale*.

Quant aux changements de forme de la pupille dans l'*iritis*, je puis affirmer qu'il n'y a aucun rapport entre les diverses causes de la maladie, pas même dans l'*iritis syphilitique* dont nous allons parler tout à l'heure. J'ai vu cette pupille dans l'*iritis syphilitique* tirée en dedans et en haut. Mais je l'ai vue également dans l'*iritis pure et simple* et chez des sujets qui n'avaient jamais éprouvé la plus légère atteinte de syphilis, et en même temps je ne l'ai point trouvée avec cette forme chez des sujets réellement affectés de la maladie vénérienne. L'*iritis dite scrofu-*

leuse, rhumatismale, arthritique, sont tout à fait dans ce cas. Il n'est pas rare de rencontrer l'une de ces formes dans un œil, et d'en trouver une opposée dans l'autre chez le même individu. Il y a plus, j'ai vu dans le même œil, la pupille d'abord ovalaire de haut en bas, devenir auguleuse en haut et en dedans, puis s'arrondir de ce côté pour s'allonger en dehors dans le cours de la même maladie. Toutes ces déformations de la pupille dépendent ou de ce que quelque région de l'iris se trouve plus engorgée, plus enflammée que le reste, ou bien de l'existence de filaments qui vont de l'un des bords de la pupille à l'autre, qui en gênent les mouvements et lui font aussi contracter des adhérences avec le disque antérieur de la capsule du cristallin.

Aujourd'hui (7 juin 1859) il sort de l'hôpital un malade, jeune garçon, fort et vigoureux, exerçant la profession d'ébéniste, et qui a été pris, il y a trois semaines environ, d'une iritis des plus aiguës de l'œil droit, et à laquelle il n'a pu assigner aucune cause appréciable. Ce malade, qui a été traité successivement par les antiphlogistiques employés avec énergie, les pommades à la belladone, à l'onguent mercuriel, etc., a présenté des phénomènes très curieux dans le cours de sa maladie. En effet, dans le commencement de son séjour à l'hôpital, la pupille, déformée, était tirée en dedans et en haut, ce qui, d'après les observateurs de l'école allemande, annoncerait une iritis syphilitique. Quelques jours après cette même pupille se trouvait tirée en haut et en dehors, ce qui indiquait, d'après eux, une iritis scrofuleuse. Enfin, dans les derniers temps, cette déformation était tout à fait interne, ce qui dénotait l'iritis arthritique.

Ce que ce cas offre de malheureux pour les inventeurs de ces divers symptômes attribués à telle ou telle forme de maladie, c'est que jamais ce jeune homme n'a eu de syphilis, qu'il est d'une constitution qui exclut toute idée

d'affection scrofuleuse, et enfin que jamais il n'a été atteint d'aucune douleur rhumatismale ou arthritique.

Ce fait est le trentième peut-être qui m'a fourni l'occasion d'observer l'inanité de tous les prétendus symptômes caractéristiques de tel ou tel état général.

Quant à l'*anneau sclérotidien*, et au cercle bleuâtre ou grisâtre qui se trouve entre lui et la cornée dans certaines de ces prétendues iritis spécifiques, rappelez-vous bien, pour vous expliquer ces caractères de la maladie, ce que nous avons dit à l'occasion du mode de distribution des vaisseaux dans l'œil. Ces artères, vous le savez, sont de deux ordres, les unes musculaires qui se perdent en partie dans les muscles et dans la conjonctive, et traversent aussi en certain nombre sous forme de ramuscules, la sclérotique dans son quart antérieur pour s'anastomoser avec les vaisseaux internes. Les autres, les ciliaires courtes et longues, rampant à la surface externe de la choroïde, viennent jusqu'auprès des procès ciliaires avant de se classer en trois groupes. L'un pénètre la sclérotique de dedans en dehors, pour s'anastomoser avec les précédentes et alimenter la cornée; le second se ramifie et se termine dans le cercle et dans les procès ciliaires, pendant que le troisième se replie en dedans pour former, par ses subdivisions infinies, le réseau artériel de l'iris. Avec une semblable disposition, on conçoit très bien que dans l'iritis aiguë il existe un anneau vasculaire autour de la cornée, c'est l'*anneau sclérotidien ou péricornéal* en un mot. Si l'inflammation porte plus particulièrement sur les couches postérieures de l'iris, et si elle retentit d'une manière quelconque dans la choroïde, l'anneau sera moins vif, et séparé de la cornée par un liseré gris plus large que dans l'autre cas; enfin le liseré cornéal manquera si l'iritis s'est étendue jusque à la chambre antérieure, ou se complique de kératite et de l'inflammation de la membrane de Descemet. Il en résulte enfin, que le cercle gris ou bleu, le cercle arthri-

tique des Allemands en un mot, indiquera tout simplement que l'iris n'a pas encore réagi comme inflammation sur aucune des lames de la cornée.

*Iritis syphilitique.* Cette inflammation spécifique est réelle. Je l'admets comme étant parfaitement démontrée. En effet, la maladie vénérienne imprime généralement aux tissus qu'elle affecte des caractères si tranchés, qu'on peut sans difficulté admettre qu'elle puisse se fixer dans l'iris de manière à y être facilement reconnue. L'ophtalmie syphilitique, toutefois, ne doit pas être admise dans l'iris seulement, comme le pensent quelques auteurs. La conjonctive, la cornée et les autres membranes de l'œil peuvent, ainsi que les paupières, être modifiées d'une manière notable par le principe vénérien. Voici les symptômes que présente l'iritis syphilitique : l'iris offre une teinte cuivrée, ayant quelque chose d'analogue aux syphilides du derme ; son tissu se gonfle et prend un aspect tomenteux ; sa face antérieure est veloutée et comme inégale ; la pupille devient irrégulière et prend des formes variées et non pas toujours les mêmes. On aperçoit en outre à la petite circonférence de l'iris de petites franges, de petits flocons de couleur roussâtre nommés *condylomes* par *Beer* et *crystalloïdes* par *Muller*. Ce sont des signes assez certains de l'iris syphilitique. Quant aux végétations ou petits polypes qu'on a observés au fond de la chambre antérieure, ils ne fournissent rien de bien concluant ; ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les aperçoit, et il n'est pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Ces petites masses polypiformes pourraient bien n'être, en définitive, que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques vascularisées par suite d'une inflammation assez vive. A ces symptômes s'en joignent encore d'autres qui accompagnent ordinairement les autres espèces d'iritis, comme le trouble prononcé de l'humeur aqueuse, la vascularisation plus ou moins

marquée des autres membranes de l'œil. La vision est dérangée. Si le cercle sclérotidien est souvent, comme l'affirme *Weller*, d'un rouge pâle et briqueté, il est vrai que très souvent aussi il est d'un rouge vif. Il n'est pas exact non plus de dire que dans l'iritis syphilitique il s'avance jusqu'au niveau de la cornée sans le dépasser. Ce signe n'est pas propre à l'iritis syphilitique seulement. Ainsi vous voyez, Messieurs, que la question de l'iritis syphilitique n'est pas encore aussi claire qu'on le dit, et que pour distinguer cette inflammation spécifique des autres, le signe qui a le plus de valeur, c'est la teinte rouge cuivrée, ou jaune quand elle s'accompagne de douleurs ostéocopes au front, aux membres avec exacerbation nocturne de ces douleurs.

L'iritis syphilitique doit être classée parmi les affections syphilitiques secondaires. Elle réclame le traitement anti-syphilitique général, sans négliger cependant l'emploi des moyens locaux. Si le sujet est fort et pléthorique et que la maladie soit aiguë, on a recours d'abord aux émissions sanguines générales et locales, aux purgatifs, aux mercuriaux à hautes doses. Quant au traitement spécifique, il doit être analogue à celui des autres affections vénériennes. Je n'attends pas que l'inflammation soit passée ou à peu près pour combattre la maladie interne, je l'attaque généralement dans le principe, et j'unis le traitement antiphlogistique au traitement spécifique. Je fais choix ordinairement, parmi les mercuriaux, du proto-iodure de mercure en pilule à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain, et même d'un grain par jour ; je le continue pendant six semaines consécutives. J'emploie en outre les frictions d'onguent mercuriel à la dose d'un ou deux gros chaque jour ou tous les deux jours aux tempes, sur le front, ou sur la face interne des jambes ou des cuisses. Je fais aussi usage de la belladone, comme dans le cas d'iritis simple, afin de prévenir ou détruire les adhérences.

Les uns ont vanté des topiques de nature diverse dans l'iritis syphilitique, tandis que d'autres les proscrivent et se bornent à tenir un linge fin devant les yeux. Ainsi, on a recommandé les collyres avec le cyanure de mercure à la dose d'un quart de grain dans de l'eau distillée de laurier-cerise, les collyres au sublimé à la dose d'un demi-grain ou d'un grain par once d'eau distillée. Ce dernier collyre m'a semblé généralement utile, ainsi que les lotions avec l'eau de guimauve contenant un gros de calomel par verre. Les autres collyres au laudanum, à l'acétate de plomb peuvent aussi être employés. On a aussi proposé dans cette maladie la ponction de la cornée. *MM. Wardrop, Flarer, Carron du Villards*, ont pratiqué ainsi une ou plusieurs ponctions successives et disent en avoir retiré des avantages. Je n'ai pas employé ce moyen dans le cas d'iritis et ne puis par conséquent rien vous en dire; mais je crois qu'à l'exception de quelques rares circonstances, ce moyen doit être plus nuisible qu'utile.

Je terminerai ce que j'ai à vous dire sur le traitement de l'iritis syphilitique, en vous recommandant de ne pas confondre ici deux nuances bien distinctes de la maladie, l'état aigu et l'état chronique. L'état aigu réclame impérieusement l'emploi des antiphlogistiques et celui des spécifiques le plus promptement possible: il exige même leur association presque au début. Quand c'est la nuance chronique qu'on a à traiter, il faut de suite commencer par les antivénériens.

Vous voyez, Messieurs, à quoi se réduit ma doctrine relativement aux ophthalmies spécifiques. Je les ai successivement rejetées toutes, à l'exception de l'ophthalmie syphilitique. Quant à la combinaison de ces ophthalmies entre elles de manière à former les *catarrho-rhumatiales*, les *scrofulo-catarrhales*, etc., vous pensez bien que je n'admets point une pareille manière d'envisager ce sujet, et qu'il s'agit seulement dans cette circonstance de la réunion

de l'inflammation d'un des tissus de l'œil avec celle d'un autre, comme, par exemple, d'une des variétés de la kératite avec l'iritis, de l'une ou l'autre de ces dernières avec la conjonctivite, la blépharite, etc., en un mot que vous devez, pour être dans le vrai, substituer les noms d'inflammations des divers tissus de l'œil aux dénominations spécifiques des partisans de l'école allemande.

## RÉSUMÉ SUR LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES.

J'ai réservé pour la dernière leçon (21 avril 1838) concernant les ophthalmies ce que j'avais à vous dire sur ce qu'il y avait de général à prescrire dans le traitement de ces maladies, et à résumer ce dernier.

Il y a deux ordres de règles à rappeler dans le traitement des ophthalmies. Ces règles sont relatives aux médications et au régime hygiénique.

Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des remèdes dont il a été question dans le traitement des ophthalmies, sont également propres à plusieurs espèces ou nuances de ces maladies. Cela est heureux, du reste, car il est rare de trouver les ophthalmies parfaitement circonscrites dans une seule des membranes de l'œil ou dans une seule des couches constituant les paupières. Ainsi rarement vous verrez une blépharite glanduleuse bien isolée, presque toujours elle est plus ou moins compliquée de la blépharite ciliaire et d'un degré plus ou moins avancé de la blépharite muqueuse: l'iritis se complique très souvent de la kératite, et cette dernière avec la conjonctivite.

Les pommades dont je vous ai cité la composition conviennent à presque toutes les nuances de la blépharite: seulement certaines cèdent plus facilement à l'action des unes qu'à celle des autres: ainsi la blépharite glanduleuse et la blépharite ciliaire ne cèdent bien, il est vrai, qu'aux pommades, mais les collyres peuvent aussi être utiles dans

ces phlegmasies. De même les pommades qui sont sans doute moins efficaces que les collyres liquides dans les conjonctivites et les kératites superficielles n'en sont pas moins utiles contre ces dernières affections en s'étendant des paupières sur la face antérieure de l'œil.

Je veux renouveler encore ici la recommandation que je vous ai déjà faite pour retirer tout le profit possible des pommades et collyres préparés suivant les formules que je vous ai indiquées, d'avoir le soin de veiller à ce que ces médicaments soient bien préparés, et ensuite de les appliquer convenablement.

Il faut renouveler souvent les pommades et les collyres, car ces préparations s'altèrent promptement. Quand on fait usage de la pommade, il faut qu'elle soit appliquée bien à nu sur les points malades; on fera tomber avec soin les croûtes qui masquent les ulcérations dans les blépharites ciliaires, car sans cette précaution les pommades ne produiraient rien. On aura soin de bien étendre la pommade sur la face muqueuse de la paupière dans les blépharites glanduleuses: on en prend gros comme une tête d'épingle, et après avoir renversé la paupière, on en frictionne avec douceur toute la face interne. On peut encore en mettre une quantité pareille dans l'angle interne de l'œil après avoir écarté les paupières, puis, après les avoir rapprochées, on engage le malade à bien remuer le globe de l'œil pour que la pommade, après être fondue, s'étende exactement sur la surface malade.

Les diverses pommades dont je vous ai donné la formule peuvent être successivement employées chez le même sujet, car souvent l'une d'entre elles réussit quand toutes les autres ont échoué; il ne faut pas être exclusif, et quand on voit qu'après l'emploi d'une pommade, pendant un certain temps, il ne s'est fait aucune modification avantageuse dans la maladie, on doit passer à une autre.

Quant aux collyres, il y en a de plusieurs classes. Les

uns sont faibles et peu actifs: tels sont les collyres à l'infusion de mélilot, de plantain, de fenouil, etc. On peut s'en servir en lotions sur le globe de l'œil, en bains locaux que l'on fait prendre dans des œillères. Il en est de même des collyres adoucissants, à l'eau de guimauve, de lin, ou des collyres qu'on rend résolutifs à l'aide de quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide; ou calmants, à l'aide de laudanum. Mais quand vous faites usage des collyres au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, de fer ou de cuivre, il ne faut plus y aller aussi largement. On ne donnera plus de bains locaux, on ne fera plus de lotions avec eux, on en instillera seulement quelques gouttes entre les paupières, deux, trois ou quatre fois par jour, suivant les cas. Ce liquide doit être bien placé entre les paupières écartées, et il faut qu'il touche le globe de l'œil. Cette instillation est quelquefois très difficile, aussi le chirurgien doit-il s'en charger lui-même. Les enfants et les personnes indociles ou craintives contractent quelquefois tellement leurs paupières, qu'il est tout à fait impossible de rien introduire entre elles. Dans les efforts que l'on fait pour y parvenir, les cartilages tarses se renversent et la face interne des paupières se présente en avant. On se contente alors, faute de mieux, de lotionner cette face interne avec les collyres indiqués, et on remplit en partie le but qu'on se propose.

Les collyres doivent également être renouvelés très souvent, car ils se décomposent très vite. Celui qui est fait avec le nitrate d'argent est surtout dans ce cas. L'air et la lumière l'altèrent avec une grande promptitude; aussi faut-il qu'ils soient dans des bouteilles bouchées à l'émeri faites en verre noir ou bleu, ou bien recouvertes avec un papier de couleur foncée que l'on colle dessus. Je vous rappellerai ici ce que je vous ai déjà dit plusieurs fois dans le cours de ces leçons. C'est que ces collyres actifs semblent souvent, dans les premiers jours de leur usage, augmenter

les ophthalmies au lieu de les diminuer ; il ne faut pas vous effrayer de cette irritation artificielle. Vous suspendrez au bout de trois, quatre ou cinq jours ces collyres, et vous verrez alors l'irritation morbide modifiée. Dans le cas contraire, et après avoir de nouveau essayé les mêmes collyres, si vous vous apercevez que l'inflammation, au lieu de diminuer, va en s'accroissant, il faudra changer ce collyre et faire usage d'un autre. On doit, du reste, commencer l'emploi des médicaments actifs, tels que le nitrate d'argent, par de très petites doses, un grain, un demi-grain, et successivement accroître, suivant les circonstances, cette dose de manière à la porter à dix, et même à douze grains. Quand on croit devoir en cesser l'emploi il ne le faut qu'en employant des doses successivement décroissantes et dans les mêmes proportions.

Les collyres secs sont généralement employés par insufflation. C'est une mauvaise manière ; il vaut mieux, après avoir écarté les paupières, en déposer une petite pincée sur le globe de l'œil ; on en met ainsi davantage que par l'insufflation. On laisse ensuite les paupières se fermer, et on engage le malade à remuer le globe de l'œil, de telle sorte que la poudre puisse bien s'étendre à sa surface.

On emploie les collyres secs comme les pommades et les liquides, en augmentant et en diminuant graduellement les doses des substances actives, et en suspendant et en reprenant alternativement l'usage, pour constater l'effet réel qu'ils ont pu produire.

*Moyens généraux.* Je ne vous dirai rien maintenant de l'emploi des saignées, des purgatifs, des révulsifs, etc. Nous avons traité ce point assez longuement. Je fixerai seulement votre attention sur quelques moyens hygiéniques.

Le repos et la cessation de l'action des causes générales qui ont pu amener les ophthalmies, suffisent souvent seules pour dissiper ces maladies. Vous pouvez en avoir la preuve

dans cet hôpital. Des ouvriers y entrent pour se faire traiter d'ophthalmies, qui se dissipent presque seules et sans qu'on leur oppose un traitement actif. Aussi ai-je bien soin de tenir compte de cette circonstance, et quand la maladie ne présente rien de bien grave, je laisse les sujets deux ou trois jours sans leur administrer aucun traitement, et souvent ils guérissent très bien. De cette remarque que j'ai souvent faite, Messieurs, nous tirerons cette conclusion qu'il suffit souvent de changer les habitudes des malades pour les guérir.

Les rapports de l'œil avec la lumière méritent toute votre attention ; je voudrais bien déraciner cette vieille habitude qu'on a de soustraire complètement l'œil à la lumière, quand il est atteint d'ophthalmie, et de le couvrir avec des bandeaux, des compresses, etc. Cette pratique est mauvaise. Cela rend l'œil plus sensible à la lumière, lorsqu'on l'y expose de nouveau. Pour diminuer la photophobie, il ne faut pas tenir les yeux trop longtemps cachés. Je ne veux pas dire pour cela qu'il faille exposer les yeux au grand air, et leur faire fixer le soleil ; je voudrais seulement qu'on les exposât à une lumière douce. On les y habitue peu à peu, et au bout de deux ou trois jours, on voit les malades qui se tenaient les yeux cachés sous leur couverture, tant ils redoutaient la lumière, on les voit, dis-je, déjà beaucoup mieux sous ce rapport. Tout ce qu'on peut faire, dans le cas où la crainte de la lumière est trop vive, c'est de mettre au devant de l'œil un bandeau de linge, ou de soie verte ou noire, très légèrement serré, ou mieux encore un simple rideau flottant au devant de lui, afin de ne pas le comprimer et de ne pas le forcer à rester toujours fermé. On peut encore faire usage de lunettes colorées en bleu ou en vert, et qui ont sur les côtés de petits rideaux en étoffe de même couleur.

Quant au régime à imposer aux malades dans le cours des ophthalmies, il est celui des inflammations, mais seu-

lement des inflammations circonscrites. Il ne doit donc pas être trop sévère, à moins toutefois que l'état général ne l'exige. Quand l'inflammation est très violente, et surtout quand il y a ophthalmite, le malade devra être soumis à toute la rigueur du traitement des phlegmasies graves.

---



---

## ARTICLE II.

### HYDROCÈLES DE LA TUNIQUE VAGINALE.

#### *Considérations générales.*

Une des maladies les plus communes que nous ayons à traiter, et pour laquelle nous pratiquons le plus souvent une opération dans cet amphithéâtre, c'est sans contredit l'hydrocèle chronique de la tunique vaginale.

Vous seriez dans une grande erreur, Messieurs, si vous pensiez que tout a été dit sur cette maladie, et que vous devez vous contenter des détails que vous trouverez à son sujet dans vos auteurs classiques. Persuadé du contraire, j'ai depuis longtemps fixé mon attention sur ce point de la pathologie, et je crois pouvoir avancer avec certitude qu'il y a d'importantes additions à faire au chapitre de l'hydrocèle en ce qui concerne ses divisions et son diagnostic différentiel. Je puis en outre affirmer qu'il y a des modifications avantageuses à apporter au traitement de cette maladie.

L'hydrocèle des bourses comprend deux genres : l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle par épanchement dans la tunique vaginale. Je ne vous parlerai que de cette dernière.

L'hydrocèle par épanchement dans la tunique vaginale consiste dans l'accumulation de la sérosité dans la cavité séreuse qui entoure le testicule. L'hydrocèle est aiguë ou chronique.