

§ 3. — De l'atrophie de l'œil.

Nous plaçons l'une à côté de l'autre deux maladies qui n'ont de rapport entre elles que l'altération du volume de l'organe qui en est le siège, et quelques-unes des causes qui les produisent. Du reste, l'atrophie de l'œil est entièrement l'opposé de l'hydropisie; elle consiste dans la diminution ou l'absence totale des humeurs de l'œil, et dans le resserrement de ses membranes; mais, de même que l'hydropthalmie, elle peut être causée par une contusion, une blessure, une violente inflammation. Quelquefois aussi l'atrophie paraît due à certaines causes internes dont il est fort difficile de démontrer l'influence. Dans quelques cas, elle survient dans le cours d'une fièvre hectique. Elle succède nécessairement à la rupture ou à l'incision des membranes de l'œil dans l'hydropthalmie, et alors au lieu d'être une maladie qu'on doit combattre, elle est la terminaison la plus favorable de l'affection qui l'a précédée. L'atrophie peut attaquer les deux yeux à la fois, les affecter l'un après l'autre, ou se borner à un seul.

La déformation de l'iris qui se ride, se rétrécit et perd sa couleur naturelle, l'opacité légère du cristallin, l'absorption lente et simultanée de l'humeur aqueuse et du corps vitré, sont les symptômes ordinaires qui accompagnent et font connaître l'atrophie spontanée de l'œil. L'affaiblissement de la vue suit les progrès des autres symptômes, et finit par la cécité. Lorsque l'atrophie est due à une violente contusion, à la rupture des membranes, à l'inflammation interne ou à l'ophthalmie, elle est précédée de symptômes particuliers à chacune de ces affections. Il est inutile d'en parler ici.

L'atrophie de l'œil a des caractères si tranchés qu'il est impossible de la confondre avec toute autre maladie. On ne désignera certainement point sous ce nom la diminution du volume de cet organe, à la suite de l'opération de la cataracte, ou lorsqu'à la suite d'une plaie de la cornée ou de la sclérotique, une partie de l'humeur aqueuse ou du corps vitré s'est échappée. Cet état n'est que momentané, et les humeurs sont bientôt reproduites par l'exhalation, quoi qu'en dise Guérin, qui prétend que la perte de l'humeur vitrée ne se répare jamais.

L'atrophie de l'œil amène toujours la cécité. Son pronostic est

pourtant moins fâcheux que celui de l'hydropthalmie, en ce que les jours du malade ne sont jamais en danger.

L'art ne possède aucun moyen d'arrêter les progrès de cette maladie. Maitre-Jan, dans son *Traité des maladies de l'œil*, après avoir exposé les indications qu'elle présente et les remèdes locaux et généraux qu'il convient d'employer, avoue qu'il n'a vu dans aucun cas réussir les moyens qu'il conseille. Lorsque la maladie est due à une cause externe, ou bien lorsqu'elle est la suite de l'inflammation de l'œil ou de l'hydropthalmie, toute espèce de remède employé dans la vue de combattre l'atrophie est complètement inutile. On pourrait tout au plus espérer quelque succès d'un traitement dirigé contre la cause présumée du mal, si ce mal était survenu spontanément. Les analeptiques, les mercuriels, le soufre, les sudorifiques, etc., peuvent être essayés lorsqu'ils sont indiqués par quelques circonstances antécédentes.

§ 4. — Du cancer de l'œil.

En traitant des maladies de la cornée, nous avons parlé des tumeurs fongueuses ou cancéreuses qui se montrent à la surface de l'œil; il est question ici de la dégénération cancéreuse du globe de l'œil lui-même, maladie bien autrement grave que la précédente.

L'œil est moins fréquemment attaqué par cette terrible maladie que les mamelles et l'utérus chez la femme, les testicules chez l'homme, l'extrémité inférieure du rectum, et les téguments de la face dans l'un et l'autre sexes. Mais si l'on excepte les parties que nous venons de nommer, et quelques organes de l'intérieur, il n'en est peut-être aucun autre qui soit aussi souvent le siège de cette maladie.

Le cancer de l'œil offre cela de particulier, qu'il affecte souvent les enfants, ceux même qui n'ont pas encore atteint leur sixième année. Parmi les malades de ce genre que Desault a vus, un tiers environ n'avait pas encore douze ans. Cette circonstance mérite une attention particulière: nous y reviendrons en traitant du pronostic.

Les causes qui déterminent le développement du cancer de l'œil sont à peu près les mêmes que celles qui donnent lieu à la même maladie dans les autres organes: les blessures, les contusions, les inflammations violentes, l'hydropthalmie, sont, en général, les causes les plus communes de cette affection, qui succède quelquefois aussi à

l'ophtalmie varioleuse. Quelquefois encore, le cancer survient spontanément, et les malades eux-mêmes, si habiles à découvrir ou à imaginer les causes de leurs maux, ne savent à quoi l'attribuer.

Le plus souvent, le cancer de l'œil commence sous la forme d'une ophtalmie chronique, peu intense dans son principe, mais dont les symptômes tendent continuellement à devenir plus graves. Une démangeaison incommode ou une douleur obtuse, la tuméfaction de la conjonctive, le larmolement, la sensibilité à l'impression de la lumière, sont les premiers symptômes qui se présentent dans la plupart des cas; et rien ne distingue encore à cette époque le cancer de l'œil de l'inflammation chronique de la conjonctive. Au bout d'un certain temps, les douleurs sont vives et lancinantes par intervalles. Le volume de l'œil augmente, sa surface devient inégale et bosselée, et la conjonctive rouge-terne et livide; les veines sont gonflées et noueuses; la cornée perd sa transparence, la vue s'obscurcit; les membranes de l'œil s'ulcèrent, et il en découle une sanie fétide; des fongosités se développent et ajoutent à la difformité.

A mesure que le volume de l'œil augmente, les paupières cessent de le couvrir, et la conjonctive qui les tapisse s'en sépare. La conjonctive palpébrale appliquée ainsi sur la tumeur lui devient adhérente, et comme elle a un peu plus d'épaisseur que la conjonctive oculaire, elle forme autour de celle-ci, sur la tumeur cancéreuse, une bande rougeâtre circulaire. Les paupières qui sont appliquées immédiatement sur le globe de l'œil s'unissent ainsi à lui, et sont entièrement inhabiles à remplir la fonction à laquelle elles sont destinées.

A cette époque, les douleurs sont excessives; la suppuration est plus abondante, les fongosités plus saillantes, et la surface de l'œil prend une teinte noirâtre: des hémorrhagies fréquentes se joignent aux autres symptômes; les paupières s'enflamment et deviennent elles-mêmes squirrheuses; le cancer s'étend des paupières aux parties voisines; les os qui forment l'orbite, d'abord simplement écartés, finissent par être altérés dans leur substance; enfin, la fièvre hectique qui survient dans la période avancée de toutes les maladies cancéreuses, amène par degrés la consommation et la mort, au milieu des plus vives souffrances.

Telle est la marche du cancer de l'œil, quand il est abandonné à lui-même: elle est la même à peu près chez tous les individus, sur-

tout dans sa dernière période; elle diffère seulement par la lenteur ou la rapidité des accidents. Ces accidents peuvent être retardés ou accélérés par un bon ou par un mauvais traitement; mais ils ne pourront jamais être arrêtés; il n'existe qu'un moyen de guérir le cancer, c'est l'extirpation.

Le diagnostic de cette maladie est facile. Il serait possible néanmoins de la confondre avec les excroissances cancéreuses qui naissent de la surface de l'œil, et qui finissent quelquefois par couvrir tout l'hémisphère antérieur, de manière à présenter au chirurgien qui voit alors le malade pour la première fois, tout l'aspect d'un véritable cancer du globe de l'œil. Maître-Jan fut consulté par un soldat dont l'œil était entièrement couvert par une excroissance considérable qui s'avancait hors des paupières, s'étendait sur *tout le globe en forme de champignon et était horrible à voir*. Cette excroissance fut détruite par l'application du sublimé corrosif mêlé à de la croûte de pain desséchée. Maître-Jan reconnut alors que la base en était fort étroite, et *n'occupait pas plus de place que la moitié du petit ongle; que la cornée était ulcérée et rompue de la même grandeur, et que les racines de cette excroissance passaient au delà et avaient leur fondement sur l'uvée* (1). Les circonstances qui avaient précédé, et qui étaient connues de Maître-Jean, auraient dû l'avertir de cette disposition, et c'est avec raison que Louis (2) l'a blâmé de n'avoir pas employé la ligature pour enlever toute la partie de cette tumeur qui faisait saillie en dehors de la cornée.

Il est évident que le diagnostic peut, dans des cas de cette espèce, présenter des difficultés, et que c'est surtout dans l'examen des circonstances commémoratives qu'il faut chercher les signes distinctifs, quand l'inspection de la tumeur elle-même ne les fournit pas.

Le pronostic de cette maladie est fâcheux: la mort en est la terminaison inévitable, si le malade refuse de se soumettre à l'opération; et cette opération n'est pas elle-même un moyen infailible, car la maladie peut se reproduire. Cependant, si l'on considère que dans le plus grand nombre des observations connues, l'extirpation de l'œil,

(1) Maître-Jan, *Maladies de l'œil*, p. 375-77.

(2) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. XIII, p. 299, édit. in-12.

pratiquée même suivant un procédé vicieux, a été suivie d'un succès complet; si l'on se rappelle que le cancer de cet organe survient souvent à un âge où les maladies de cette nature n'ont pas un caractère aussi fâcheux qu'à d'autres époques de la vie, on pourra espérer qu'après l'extirpation de l'œil le cancer ne reparaitra pas. Toutefois le pronostic sera d'autant plus mauvais que l'individu sera plus avancé en âge, et que la maladie aura fait des progrès plus considérables. Si le malade a le teint jaune, si la douleur se prolonge dans l'intérieur du crâne, s'il existe des symptômes d'une affection cancéreuse de quelques viscères, on devra renoncer à l'opération. On doit surtout s'attacher à connaître l'état du foie, soit par le toucher, soit par les signes rationnels qui indiquent l'affection de ce viscère, parce qu'il n'est pas rare que le cancer de l'œil et celui du foie affligent la même personne.

Ainsi l'âge peu avancé du sujet, et la circonscription du cancer, sont des circonstances favorables au succès de l'opération; mais quelque graves que soient, par rapport à la réussite, les conditions opposées, elles ne doivent pas empêcher de recourir au seul moyen capable de sauver le malade, qui doit nécessairement succomber au milieu des souffrances les plus violentes, si l'œil n'est pas extirpé. En conséquence, quel que soit l'état des paupières, l'opération doit toujours être pratiquée, pourvu que le chirurgien n'ait pas perdu l'espoir d'enlever la totalité du mal; car on sent bien que si, par exemple, les os de l'orbite, du nez, de la joue ou des fosses nasales, participaient à la dégénération cancéreuse, il ne faudrait pas penser à opérer.

L'opération étant jugée nécessaire, on doit la pratiquer de suite; tout délai est nécessairement inutile et pourrait être dangereux: il est inutile, parce que les remèdes internes, le régime, les topiques, sont tout à fait impuissants dans le traitement de cette affection; qu'ils ne peuvent jamais la suspendre, et qu'ils n'en retardent que rarement la terminaison: il est dangereux, parce que le mal fait des progrès continuels, que quelques semaines peuvent suffire pour le rendre absolument incurable, et l'extirpation impossible.

G. Bartisch, qui le premier proposa l'extirpation de l'œil devenu cancéreux, se servit d'un instrument ayant la forme d'une cuiller tranchante. Fabrice de Hilden, après avoir démontré les inconvénients de cette cuiller, qui est trop large pour pénétrer jusqu'au fond de

l'orbite, et qui exige un point d'appui plus solide que celui que fournissent les os de cette cavité, substitua à cet instrument incommode et dangereux, un bistouri mousse recourbé sur sa largeur, vers son extrémité. Il enveloppa la tumeur dans une petite bourse de cuir, dont il serra les cordons, commença l'opération en incisant circulairement la conjonctive oculaire dans l'angle qu'elle fait avec la membrane interne des paupières; il porta ensuite dans le fond de l'orbite le bistouri courbe dont nous avons parlé, et coupa les muscles de l'œil, le nerf optique, et toutes les parties formant en quelque sorte le pédoncule du globe. L'opération fut achevée en moins d'une minute, et la guérison prompte.

Cette manière d'enlever le globe de l'œil était sagement conçue, et on a lieu de s'étonner qu'après la publication d'un fait semblable, quelques chirurgiens aient pu recourir encore à la cuiller de Bartisch, à la lancette que conseille Lavauguyon, et, qui plus est, à l'arrachement de l'organe cancéreux avec des tenailles, tandis que d'autres, tels que Tulpius, Verduc, Maître-Jan, abandonnaient le mal à la nature, et le malade à une mort affreuse.

Le procédé opératoire de Fabrice, bien que supérieur à tous ceux dont nous avons parlé, n'est pas non plus sans quelques inconvénients. Il permet, à la vérité, d'isoler facilement le globe de l'œil des parties qui l'entourent; mais ce n'est pas toujours sans peine qu'on parvient à le séparer des parties qui l'attachent au fond de l'orbite. Aussi les ciseaux courbes sur leur plat que Louis a substitués au bistouri de Fabrice de Hilden sont-ils bien préférables; et si Desault s'est servi dans plusieurs cas d'un bistouri ordinaire pour extirper l'œil, n'a-t-il pas augmenté les difficultés de l'opération en cherchant à diminuer le nombre des instruments; et ce dernier inconvénient est-il de quelque importance quand on le compare au premier? En conséquence, nous donnerons au procédé de Louis la préférence sur celui de Desault. Nous allons décrire le premier, en indiquant les modifications que la forme de la tumeur et l'étendue du mal rendent utiles.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont un bistouri ordinaire et des ciseaux courbes sur leur plat. On y joindra la petite bourse de Fabrice, dans les cas où la forme de la tumeur en rendra l'usage commode. On préparera pour le pansement des boulettes de charpie, quelques plumasseaux, des compresses languettes et une bande. Il est rare qu'on ait occasion de lier quelques vaisseaux: ce-

pendant on ajoutera à l'appareil des ligatures de fil simple et une pince à disséquer.

Le malade doit être assis sur une chaise un peu élevée; un aide, debout derrière lui, place une main sur le front, l'autre sous le menton, de manière à prévenir les mouvements de la tête; deux autres aides, placés sur les côtés, maintiennent les membres. Le chirurgien, assis ou debout devant le malade, suivant qu'il le juge plus commode, doit procéder d'une manière différente à la première partie de l'opération, selon l'état des paupières. 1° Chez quelques malades, l'œil étant encore contenu dans l'orbite et n'ayant pas beaucoup augmenté de volume, les paupières sont restées libres. 2° Chez d'autres, la conjonctive palpébrale a été entraînée sur l'œil par l'accroissement de la tumeur, en sorte que les paupières sont unies immédiatement au cancer. 3° Enfin, dans quelques cas, les paupières elles-mêmes sont cancéreuses. Or, ces diverses circonstances exigent des modifications importantes dans le procédé opératoire, pour ne pas enlever inutilement des parties qu'on peut conserver sans danger, et n'en pas laisser qui reproduisent le mal contre lequel est dirigée l'opération.

En conséquence, lorsque les paupières sont libres, la supérieure doit être élevée par l'aide chargé de fixer la tête du malade; l'inférieure est abaissée par le chirurgien avec les doigts de la main gauche: de la main droite, il fait, avec un bistouri ordinaire, une incision qui commence à la commissure externe, et divise les téguments dans l'espace d'un demi-pouce. Cette incision préliminaire, imaginée par Desault, met en quelque sorte à nu la tumeur, et facilite sa sortie à travers l'ouverture des paupières. On peut se dispenser de la faire quand le volume de l'œil n'est point augmenté; mais, dans les cas contraires, elle est toujours utile et quelquefois indispensable. Le bistouri enfoncé ensuite entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, près l'angle interne, est ramené vers l'angle externe, le tranchant tourné en dehors et dirigé parallèlement à la ligne courbe qui forme la paroi inférieure de l'orbite. On retire alors l'instrument, et le portant de nouveau dans l'angle interne de la première incision, on dirige son tranchant en sens opposé, de manière à lui faire parcourir entre la paupière supérieure et la tumeur un demi-cercle semblable à celui de l'incision inférieure, et que la seconde incision se réunisse à la première à l'angle externe de l'œil. La ligne que doit parcourir le bistouri dans ces deux incisions est fixée par le lieu où la conjonctive

abandonne les paupières pour couvrir l'œil. On doit avoir soin de diriger la pointe de l'instrument de manière à couper en bas le muscle petit oblique qui s'attache à la partie interne de la paroi inférieure de l'orbite, et en haut le muscle grand oblique, entre sa poulie et son insertion à l'œil. Lorsque ces deux incisions sont faites, l'œil ne tient plus à la circonférence de l'orbite; il ne s'agit plus que de couper le pédicule qui le fixe au fond de cette cavité: c'est la seconde partie de l'opération, elle est la même dans tous les cas, et nous ne la décrirons qu'après avoir exposé les modifications qu'exige la première.

Lorsque la conjonctive a abandonné les paupières pour couvrir le globe de l'œil devenu gros et squirrheux, l'incision ne peut être faite dans le pli des deux conjonctives; ce pli n'existe plus. Il faut alors séparer par la dissection les paupières de la tumeur à laquelle elles sont adhérentes: voici comment. Après avoir incisé la commissure externe dans une étendue plus considérable que dans le cas précédent, on doit porter le bistouri à l'angle interne de l'œil, dans l'endroit où la conjonctive oculaire, mince et transparente, s'unit à la conjonctive palpébrale, rouge et épaisse, qui se trouve aussi appliquée sur le globe de l'œil; on incise cette membrane de l'angle interne vers l'externe, en suivant la ligne demi-circulaire inférieure formée par la réunion de ces deux portions, on isole la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure; on fait la même chose pour la paupière supérieure et son repli muqueux. Lorsque cette dissection est achevée, on plonge le bistouri entre le globe de l'œil et la paroi interne de l'orbite, et on cerne la tumeur au moyen de deux incisions demi-circulaires qui se réunissent à l'angle externe, comme dans le premier cas. Si la conjonctive participait ou paraissait participer à l'affection cancéreuse, il faudrait faire l'incision non à l'endroit où elle se joint à la conjonctive oculaire, mais bien à celui où elle s'unit au bord libre des paupières; la totalité de la conjonctive resterait sur la tumeur et serait enlevée avec elle.

Enfin, lorsque les paupières elles-mêmes sont cancéreuses, leur ablation est nécessaire, et l'incision transversale de la commissure externe est inutile. Le bistouri, enfoncé de devant en arrière et profondément, entre la paroi externe de l'orbite et le globe de l'œil, est conduit en dedans, coupe à la fois toutes les parties qui unissent le globe de l'œil à la paroi inférieure de l'orbite, et la paupière elle-même, qu'un aide tire en bas, et que l'opérateur élève avec sa main

gauche. Le bistouri est ensuite retiré, porté à l'angle interne de la première incision, et conduit vers l'angle externe entre le globe de l'œil et la paroi supérieure de l'orbite, de manière à séparer l'hémisphère correspondant des parties qui le couvrent, et à couper la paupière supérieure élevée par un aide, pendant que le chirurgien l'abaisse afin de rendre l'incision plus facile. On voit que, dans ce cas, où la maladie est plus avancée, la première partie de l'opération est achevée en deux coups de bistouri, tandis que, dans les deux autres, elle exige un plus grand nombre d'incisions, plus de soin et plus de temps. Il est à peine nécessaire de remarquer que, dans les divers procédés qui viennent d'être décrits, l'incision demi-circulaire inférieure doit toujours être faite avant la supérieure, pour que le sang qui s'écoule ne cache pas au chirurgien les parties sur lesquelles il doit porter l'instrument.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles l'opération ait été entreprise et la manière dont elle ait dû être commencée, il faudra toujours l'achever de même. Lorsque le globe de l'œil aura été circulairement isolé des parties qui l'enveloppent et qu'il ne sera plus retenu dans l'orbite que par son pédoncule, le chirurgien le saisira, soit avec la bourse de cuir employée par Fabrice, soit avec une érigne double conseillée par quelques-uns, ou, mieux encore, avec le pouce, l'indicateur et le doigt du milieu de la main gauche, comme faisait Desault; il exercera sur l'œil une traction assez forte pour faciliter l'introduction des ciseaux entre le globe de l'œil et l'orbite, et pour rendre plus aisée la section des parties par lesquelles cet organe est encore retenu. Il est à peu près indifférent d'introduire les ciseaux courbes sur le côté externe ou sur le côté interne de la tumeur: quand l'œil n'est que très-peu déformé, il est plus commode de faire passer l'instrument entre la paroi externe de l'orbite et le globe de l'œil; mais cette disposition est rare, et c'est presque toujours vers le côté externe que s'étendent davantage les végétations fongueuses qui gênent plus ou moins le chirurgien dans cette partie de l'opération. Dans tous les cas, il rendra plus ou moins facile l'introduction des ciseaux en inclinant la tumeur du côté opposé et en tirant doucement en avant. Les ciseaux seront enfoncés de manière que leur face concave soit toujours tournée vers le globe de l'œil, et la face convexe vers l'orbite. Si la totalité des parties qui retiennent encore la tumeur n'est pas divisée d'un seul coup, on écarte de nouveau les

branches de l'instrument, on les enfonce le plus profondément possible vers le côté opposé à celui par lequel elles ont pénétré, et on les rapproche en même temps qu'on tire à soi la tumeur avec la main gauche.

Lorsque le globe de l'œil est enlevé, le chirurgien doit porter son attention sur les parties molles qui sont restées dans l'orbite. Dans tous les cas, la glande lacrymale doit être extirpée. Si son tissu participe à l'affection cancéreuse, cette glande deviendrait le noyau d'une nouvelle tumeur, qui exigerait une seconde opération, ou rendrait le mal incurable; si elle n'est point affectée, circonstance dont il est presque impossible d'être assuré, elle devient tout au moins inutile, en supposant qu'elle s'atrophie peu à peu; si au contraire elle continue à sécréter les larmes et à les verser dans l'orbite, elle donne lieu à un écoulement fort incommode. Le tissu cellulaire graisseux qui se trouve abondamment répandu dans l'orbite autour du globe de l'œil, participe fréquemment à la dégénération cancéreuse de cet organe. Une partie de ce tissu est comprise dans les deux incisions par lesquelles on a isolé l'œil circulairement; mais la portion qui reste n'est pas toujours saine: aussi, dès que la glande lacrymale est enlevée, le chirurgien doit-il explorer l'orbite avec l'indicateur, et exciser avec les ciseaux courbes tout le tissu cellulaire dont la consistance est altérée. Si le tissu cellulaire qui couvre immédiatement les os, et le périoste lui-même, étaient affectés, il faudrait se comporter différemment, selon qu'on aurait à agir sur la voûte orbitaire ou sur les autres parois de cette cavité. Dans le dernier cas, on appliquerait le cautère actuel sur les parties cancéreuses et on les détruirait complètement, au risque même de pénétrer dans les fosses nasales ou dans le sinus maxillaire; dans le premier cas au contraire, c'est-à-dire lorsque les fongosités sont adhérentes à la paroi supérieure de l'orbite, le voisinage du cerveau et le peu d'épaisseur des os ne permettent pas d'y porter un fer brûlant. On doit alors se contenter d'enlever avec des ciseaux les parties molles, et de ruginer avec précaution la partie dénudée de l'os; mais si le mal s'étendait plus loin, il faudrait renoncer à l'espoir de le détruire en totalité, et suspendre l'opération. Il ne serait peut-être pas impossible d'enlever dans quelques cas une portion de la voûte de l'orbite, et de la dure-mère qui la couvre; mais on ne saurait soumettre à des préceptes de pareilles opérations, et c'est le génie seul de l'opérateur qui doit lui servir de guide.