

Il est rare que l'extirpation de l'œil donne lieu à une hémorrhagie grave; le plus souvent une compression médiocre, exercée au moyen de boulettes de charpie dont on remplit l'orbite, suffit pour suspendre l'écoulement du sang. Dans le cas où les paupières squirreuses ont été enlevées avec la tumeur, il peut arriver que les artères palpébrales versent assez de sang pour exiger une ligature. Si l'artère ophthalmique était dilatée, et qu'on jugeât nécessaire d'arrêter promptement l'hémorrhagie, il faudrait, si la compression était insuffisante, employer le cautère actuel.

L'opération étant finie, on remplit l'orbite de boulettes de charpie fine, jusqu'au niveau des paupières. Lorsque celles-ci ont été enlevées, on applique sur la plaie un large plumasseau couvert de cérat, des gâteaux de charpie sur lesquels on place des compresses longues, dirigées obliquement de l'arcade zygomatique vers le front; on maintient le tout avec le bandage appelé *monoculus*.

Dans le cas où les paupières ont été conservées, on les écarte pour introduire dans l'orbite les boulettes de charpie; on les rapproche ensuite, de manière à les placer dans la situation qu'elles ont naturellement quand l'œil est fermé. On doit aussi mettre en contact les lèvres de la plaie faite à la commissure externe, et les maintenir rapprochées au moyen d'une bandelette agglutinative.

L'appareil ne doit être levé qu'au bout de quatre ou cinq jours. Les pansements seront faits chaque jour, de la même manière que le premier; seulement on aura soin de couvrir de cérat toutes les parties de l'appareil qui devront toucher la plaie immédiatement. La cicatrisation ne peut se faire qu'avec beaucoup de lenteur; elle commence à l'extérieur; les paupières se rapprochent, s'enfoncent dans l'orbite qui se rétrécit, et leur face postérieure se réunit à la substance fongueuse rougeâtre, qui sort du fond de cette cavité. Cette substance laisse suinter pendant longtemps une humeur visqueuse, et ce n'est ordinairement qu'au bout de quatre, cinq ou six mois qu'elle est couverte d'une véritable cicatrice. Le rétrécissement de l'orbite, le rapprochement des paupières et leur enfoncement ne permettent pas de placer un œil artificiel après la guérison de la plaie. Tous les efforts qu'on pourrait faire pour conserver une place à cet œil, en tenant une boule de charpie entre les paupières, n'aboutiraient qu'à retarder la guérison de la plaie; et si l'on parvenait à glisser sous les paupières un œil d'émail, cet œil aurait de la peine à rester en place, serait

trop petit et ne ressemblerait point à l'œil naturel. Le malade, après sa guérison, sera donc obligé de cacher la difformité avec un bandeau de taffetas noir, s'il n'aime mieux laisser la partie à découvert.

Pendant toute la durée de la suppuration, le chirurgien doit examiner avec soin l'état de la plaie. Dans les cas même où le mal est borné au globe de l'œil, il se forme quelquefois dans le fond de l'orbite des fongosités squirreuses, qu'il est indispensable de détruire avec des caustiques, et mieux encore, quand cela est possible, avec l'instrument tranchant.

Si le cancer se reproduit dans un point de l'orbite, plus ou moins longtemps après l'extirpation de l'œil, il faut de nouveau recourir à l'opération, quand elle est praticable; et si elle ne l'est point, chercher à ralentir la marche de la maladie, et à calmer les douleurs qu'elle excite. On évitera en conséquence l'emploi des topiques excitants, et surtout des cathérétiques; on prescrira des injections narcotiques; on placera dans l'orbite de la charpie enduite de cérat opiacé. Le traitement intérieur sera d'ailleurs le même que celui dont nous avons parlé en traitant de la cure palliative du cancer en général (a).

(a) — Boyer, en parlant du cancer de l'œil, ne s'occupe que du cancer encéphaloïde de cet organe; il ne dit rien ni du cancer squirreux, ni du cancer mélanique. J'ajouterai quelques notes sur le premier, et je donnerai ensuite la description des deux autres.

Boyer dit que le cancer de l'œil attaque surtout les enfants; que parmi ceux que Desault a opérés, un tiers n'avait pas douze ans, et qu'il les affecte souvent avant qu'ils aient atteint leur sixième année. Cette remarque est très-importante et très-curieuse, surtout quand on la rapproche de celle de M. Wardrop qui, sur vingt-quatre cas, en a vu vingt chez des enfants au-dessous de douze ans, et qui a observé le plus grand nombre de ces vingt cas sur des enfants de deux à quatre ans. Il paraît que dans quelques cas, cette maladie est congénitale; au moins elle a été reconnue par les parents, si peu de temps après la naissance, qu'on peut faire cette supposition.

Les enfants malades sont en général bien manifestement scrofuleux, ou appartiennent à une famille scrofuleuse. Cette circonstance de la

constitution, notée par les ophthalmologistes qui regardent la maladie comme essentiellement cancéreuse et susceptible de reproduction, mérite bien de fixer notre attention, surtout si nous la rapprochons de ce que dit Boyer en traitant du pronostic, et de ce que j'ai dit en exposant la nature du tissu encéphaloïde. Boyer établit en principe qu'on peut espérer que la maladie ne se reproduira pas après l'extirpation de l'œil, si l'on considère que dans le plus grand nombre des observations connues, l'extirpation de l'œil, pratiquée même suivant un procédé vicieux, a été suivie d'un succès complet; et 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. En parlant du tissu encéphaloïde, j'ai cherché à prouver qu'il n'était pas nécessairement cancéreux, mais que souvent il dépendait de la scrofule, et l'expérience m'a prouvé dans plusieurs cas ce que j'avance à cet égard. Or, si nous comparons ces opinions si semblables et si étrangères les unes aux autres quant aux idées qui ont conduit les praticiens, nous arriverons à conclure que le cancer encéphaloïde de l'œil n'est pas une affection cancéreuse chez les enfants; qu'il est une affection scrofuleuse, et qu'en conséquence il est susceptible de guérison, si son ablation est complète. Nous serons encore conduits à admettre que s'il repullule, c'est qu'il n'a pas été enlevé entièrement, et que pour le guérir, il faut avoir recours sans aucune crainte à une nouvelle opération.

Boyer cherche à établir les causes de ce cancer, et il finit par dire que quelquefois il survient spontanément, et que les malades eux-mêmes, si habiles à découvrir et à imaginer la cause de leurs maux, ne savent à quoi l'attribuer. La raison de ce que dit Boyer est aisée à trouver. L'encéphaloïde de l'œil dépend d'une cause interne, d'un principe morbide intérieur qui n'a pas besoin d'une cause occasionnelle pour se développer, et, par conséquent, il n'est pas possible de trouver cette cause dans le plus grand nombre de circonstances.

Dans l'exposé des symptômes, Boyer ne parle pas de la première période de la maladie, dans laquelle on aperçoit dans l'œil, sans que sa forme soit altérée, des changements de couleur et une déformation des membranes qui permettent de reconnaître le commencement du développement de la maladie. Plus tard, dans la deuxième et dans la troisième période, surviennent les symptômes indiqués par Boyer, symptômes auxquels nous ajouterons le développement des veines

sous-cutanées voisines, et l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Ce dernier symptôme ne se manifeste que dans les cas de cancers réels.

Boyer ne parle pas de l'anatomie pathologique de cette dégénération encéphaloïde. Elle est celle de toute dégénération semblable: seulement, comme l'œil est composé d'un grand nombre de tissus de natures très-diverses, il en résulte que ces tissus subissent, à des époques très-variées, l'influence de l'altération encéphaloïde, et que, par conséquent, selon les époques auxquelles on examine l'œil malade, on trouve les tissus différemment altérés. Je ne chercherai pas à établir ces différences, parce que ce que je dirais pour une époque ne serait pas exact pour une autre, et qu'alors, à moins d'entrer dans des détails inutiles et fastidieux, l'exposé que je ferais serait imparfait. Il arrive enfin un moment où, la dégénération encéphaloïde ayant envahi tous les tissus, l'œil offre une masse homogène.

Le cancer *squarveux* de l'œil diffère essentiellement du cancer encéphaloïde. On ne l'observe que chez les individus avancés en âge, et non chez les enfants. Les femmes, surtout vers l'âge critique, paraissent y être plus sujettes que les hommes.

L'œil, au lieu d'augmenter de volume, paraît au contraire en diminuer: jamais il ne présente les végétations fongueuses du cancer encéphaloïde. La marche de ce cancer est la suivante. Il s'annonce par une douleur atroce de l'œil et de la tête, accompagnée d'obscurcissement de la vue. Au bout d'un temps plus ou moins long, mais en général long, l'œil devenu plus dur est déformé: la cornée devient opaque; elle se rétrécit et sa forme s'altère; la sclérotique prend une couleur jaune sale et se couvre de saillies inégales; la conjonctive s'épaissit et présente également des tumeurs dures et inégales; les vaisseaux sanguins externes de l'œil se dilatent, mais d'une manière beaucoup moins sensible que dans le cancer encéphaloïde. Le malade éprouve dans l'œil un sentiment de prurit, une chaleur brûlante et des douleurs lancinantes. Une hémicrânie intense existe dans tout le côté correspondant de la tête, et elle devient quelquefois telle, qu'elle prive le malade de tout sommeil. Le moindre contact sur l'œil est douloureux, et l'impression de l'air fait couler des larmes abondantes. Borné jusqu'alors au globe oculaire, le cancer finit par s'étendre aux paupières et au tissu cellulaire de l'orbite. A cette époque, l'œil devient immobile, et les ganglions lymphatiques du cou s'engorgent.

Plus tard encore, la conjonctive s'ulcère, et cette ulcération s'étend successivement aux parties environnantes. Mais un phénomène remarquable dans ce cancer comme dans tout cancer squirrheux, c'est la longue durée de la maladie avant l'ulcération.

Lorsqu'on examine l'œil anatomiquement aux diverses époques de ce cancer, on trouve dans le principe la sclérotique épaissie autour du nerf optique, et quelquefois elle a acquis une induration presque cartilagineuse. Plus tard les parties constituantes de l'œil n'existent plus, elles sont ou absorbées ou envahies par le mal; plus tard encore les muscles de l'œil et le tissu cellulaire de l'orbite offrent également les altérations anatomo-pathologiques de la dégénération squirrheuse.

Le diagnostic de cette affection est facile d'après l'exposé des symptômes. Le pronostic est très-grave; la maladie est toujours incurable; ce qui la différencie beaucoup du cancer encéphaloïde. Le traitement consiste dans l'ablation de l'œil d'après les règles indiquées par Boyer.

Le *cancer mélanique* de l'œil ne se développe, comme le cancer squirrheux, que chez les adultes. Il naît ordinairement dans l'intérieur de l'œil; quelquefois il commence dans les membranes de cet organe. Ainsi je l'ai vu naître dans la conjonctive et le tissu cellulaire qui est au-dessous d'elle. Cette maladie est d'ailleurs assez rare. Ses causes sont aussi peu connues que celles de tous les cancers. Dans quelques cas, son apparition a été précédée d'une violence extérieure. Dans le seul cas que j'ai observé, le malade ne savait à quelle cause rapporter l'origine de son mal.

Lorsque ce cancer commence par l'intérieur de l'œil, il s'annonce toujours par un trouble de la vue qui, faible d'abord et plus intense ensuite, engage le malade à consulter un chirurgien qui aperçoit ou une teinte anormale des humeurs de l'œil, ou une tumeur de la cavité orbitaire qui a repoussé l'iris en avant et l'a rapproché de la cornée. Plus tard l'œil diversement déformé présente des tumeurs noires saillantes sous la sclérotique principalement. A une époque plus avancée, tout l'œil forme une masse noirâtre qui se projette entre les paupières; ou la maladie antérieure ayant détruit les membranes oculaires fait à travers elles une saillie qui vient se placer aussi entre les paupières, à moins que la tumeur n'étant située sur les côtés de l'œil ne se montre vers l'angle externe ou l'angle interne des paupières et ne

les distende de ce côté. Enfin, dans la dernière période de la maladie, la tumeur ulcérée fournit une sanie sanguinolente et noirâtre.

Lorsque le cancer commence par la conjonctive, la maladie, faisant ses progrès de l'extérieur à l'intérieur, présente des phénomènes semblables à ceux que je viens d'énumérer.

Cette affection est accompagnée de douleurs dans le côté correspondant de la tête. Ces douleurs, souvent hémicraniennes, d'autres fois plus fortes dans le fond de l'orbite, ont une intensité variable en raison de l'étendue et des progrès de la maladie. Elles sont toujours plus prononcées quand le cancer commence par le globe de l'œil.

La marche de ce cancer est très-rapide. M. Lawrence dit qu'il ne met que sept à huit mois à parcourir ses périodes. Je pense que ce chirurgien veut parler du temps qui s'écoule entre l'ulcération du cancer et la terminaison de la maladie; car, d'après les faits connus, cette affection peut subsister pendant plusieurs années avant d'altérer la santé. Dans le cas que j'ai observé, la tache noire de la conjonctive avait paru plusieurs années avant le moment où l'opération fut faite, et le malade mourut six ou sept mois après cette opération par suite de la récurrence.

Le diagnostic est très-aisé; car, la couleur noire de la maladie et de la suppuration font aisément distinguer ce cancer du cancer encéphaloïde et du cancer squirrheux.

Le pronostic est très-grave, puisque dans la presque totalité des cas la récurrence a eu lieu. Cependant si on réfléchit que la mélanose n'est pas nécessairement cancéreuse, on concevra que la guérison peut être radicale, et l'on s'expliquera comment des chirurgiens ont pu avancer qu'ils avaient guéri des malades auxquels ils avaient fait l'extirpation d'un œil affecté de mélanose.

L'anatomie pathologique de cette affection est celle de toute mélanose rassemblée en masses irrégulières. La tumeur mélanique paraît développée au milieu des tissus de l'œil dont plusieurs des parties subsistent. Nous lisons dans les observations rapportées avec détail que le globe oculaire contenait soit une masse peu solide, soit un liquide consistant, comme une huile épaisse, toujours de couleur noire plus ou moins foncée. Dans les cas où il y a une masse solide, on ne trouve pas le corps vitré; dans les cas, au contraire, où il y a un liquide épais, il paraît occuper la place de ce corps. On trouve constamment la cornée, la sclérotique, la choroïde, la rétine, l'iris, le cristallin

et sa capsule, quelquefois le corps ciliaire. Quand la maladie est très-avancée, si on ne retrouve pas ces tissus entiers, on en rencontre au moins des vestiges très-distincts, parce que, comme nous l'avons dit ailleurs, la mélanose refoule les tissus et ne les attaque que très-tard : ce qui même n'arrive pas constamment dans ses degrés les plus avancés. Le cristallin a toujours une teinte plus foncée que dans l'état normal : il est jaune, ou de couleur d'ambre, ou bistre. Le nerf optique est sain ordinairement ; dans un cas, MM. Burns et Wardrop l'ont trouvé noir jusque dans le crâne. On a quelquefois rencontré dans les membranes de l'œil, conservées au milieu du tissu morbide, des ossifications plus ou moins grandes.

Le seul traitement à mettre en usage pour le cancer mélanique de l'œil est l'extirpation de l'organe : elle se pratique comme Boyer l'a indiqué.

§ 5. — De l'exophtalmie.

Quelques auteurs ont confondu, sous cette dénomination, deux maladies qui, à la vérité, ont entre elles beaucoup d'analogie, mais dont la nature est différente : l'exophtalmie proprement dit, et la procidence de l'œil. Nous allons décrire séparément ces deux maladies.

L'exophtalmie est une affection dans laquelle le globe de l'œil est poussé peu à peu hors de l'orbite par une ou plusieurs tumeurs qui se sont développées dans le fond de cette cavité, ou qui, dans leurs progrès, se sont étendues jusque dans l'orbite et ont pris la place de l'œil.

La cause la plus ordinaire de l'exophtalmie est l'engorgement et le gonflement squirrheux des graisses qui occupent le fond de l'orbite. Une tumeur cancéreuse, formée dans une des fosses nasales ou dans le sinus maxillaire, peut, après avoir usé les os, pénétrer dans l'orbite et pousser en avant le globe de l'œil. On a vu des tumeurs fongueuses de la dure-mère produire le même effet. Chez un malade, l'exophtalmie était due à la compression qu'exerçait sur le globe de l'œil une exostose de l'os planum et de l'apophyse angulaire interne du coronal. Il est vraisemblable aussi que ce déplacement de l'œil est causé quelquefois par un gonflement inflammatoire des parties molles, particulièrement du tissu cellulaire graisseux de la cavité orbitaire. C'est au moins ce que l'analogie porte à croire, et ce que confirment cer-

taines observations dans lesquelles l'exophtalmie a cédé aux purgatifs et aux autres moyens généraux, qui n'ont aucune efficacité contre les tumeurs squirrheuses et les exostoses.

Quelle que soit la cause mécanique qui produise l'exophtalmie, l'œil est larmoyant ; il paraît plus volumineux que celui du côté opposé. A mesure qu'il devient plus saillant, les paupières le couvrent plus difficilement, et finissent par ne plus le couvrir du tout : il est poussé sur la joue. Son volume est quelquefois augmenté ; d'autres fois il conserve sa grosseur naturelle. Du moment où les paupières commencent à ne plus soustraire l'œil aux injures de l'air et à l'action de la lumière, il devient le siège d'une irritation continuelle, d'une douleur très-vive. Sa surface enflammée exhale une humeur puriforme, et ne tarde pas à s'ulcérer. Souvent alors, à ces symptômes locaux, se joignent des maux de tête violents et de la fièvre. D'autres fois la maladie, après quelques progrès plus ou moins rapides, devient stationnaire ; dans quelques cas fort rares, elle diminue spontanément ou après quelques remèdes généraux.

La marche de l'exophtalmie a toujours une certaine lenteur, comme celle des tumeurs squirrheuses et des exostoses qui en sont la cause ordinaire. Si elle était plus rapide, et qu'elle fût accompagnée de douleurs pulsatives, de chaleur dans le fond de l'orbite, on pourrait présumer avec beaucoup de vraisemblance que la maladie est due à l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, et combattre cette inflammation avec quelque espoir de succès.

A l'exception des cas de cette espèce, le pronostic de l'exophtalmie est toujours fort grave : la perte de l'œil est inévitable, et la vie du malade est souvent en danger. L'ulcération de la conjonctive est la suite nécessaire de l'action continuelle de l'air, quand les paupières ne peuvent couvrir l'œil. S'il survient des douleurs très-vives et de la fièvre, l'extirpation de l'œil devient nécessaire ; encore cette opération ne met-elle pas la vie du malade hors de tout danger. En effet, si l'exophtalmie est déterminée par une tumeur squirrheuse, il faut que celle-ci puisse être extirpée en totalité, et en admettant que rien ne s'oppose à son ablation complète, on peut craindre encore qu'elle ne se reproduise un jour. Si le déplacement est l'effet d'une exostose, celle-ci n'est pas toujours disposée de manière à pouvoir être enlevée ou détruite, même après l'extirpation de l'œil. On connaît néanmoins un exemple d'exostose de l'os planum qui, après avoir jeté l'œil hors