

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

de l'orbite, put être attaquée avec un caustique et enlevée en totalité, sans que l'extirpation de l'œil fût jugée nécessaire (1). Cet organe se rétablit dans sa place, et la guérison fut parfaite peu de temps après la destruction de l'exostose.

Le diagnostic de l'exophtalmie est, en général, facile, surtout lorsque la maladie est portée à un certain degré. L'hydrophthalmie offre dans son début des symptômes qui ressemblent assez à ceux de l'exophtalmie; bientôt cependant la différence devient très-marquée, non-seulement parce que dans un cas il y a simple déplacement, tandis que dans l'autre il existe une augmentation de volume; mais encore parce que la cornée, l'iris et la pupille conservent toujours dans l'exophtalmie leur disposition naturelle. On ne peut pas non plus confondre cette dernière maladie avec la procidence de l'œil: celle-ci est presque toujours le résultat d'une violence extérieure; l'autre, au contraire, est due dans tous les cas à une cause mécanique qui agit dans l'intérieur même de l'orbite; la procidence survient tout à coup, l'exophtalmie avec lenteur; dans le premier cas, l'œil peut toujours être remis, momentanément au moins, dans sa situation naturelle; dans le second, aucune force ne pourrait le faire rentrer dans l'orbite après qu'il en a été chassé.

D'après ce que nous avons dit sur les causes de l'exophtalmie, on voit que cette affection n'est jamais essentielle, mais qu'elle est constamment le symptôme d'une autre maladie. Or, comme cette maladie n'est pas toujours la même, il en résulte que le traitement de l'exophtalmie doit nécessairement varier comme l'affection qui la produit.

Il importe donc, avant de déterminer les moyens propres à combattre le déplacement de l'œil, de chercher à connaître à quelle maladie il est dû. Nous avons indiqué les signes distinctifs de celle qui résulte de l'inflammation des parties placées au fond de l'orbite, et nous avons conseillé de recourir alors aux moyens antiphlogistiques: nous n'y reviendrons point. Si l'exophtalmie est due à une exostose située près de la base de l'orbite, le diagnostic est facile, et la tumeur doit être attaquée par tous les moyens que nous avons indiqués contre les exostoses (t. III, p. 479). Lorsque le déplacement de l'œil est l'effet de la compression exercée par une tumeur squirrheuse du sinus

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. XIII, p. 278, édit. in-12.

maxillaire, les signes propres à cette dernière affection sont communément assez prononcés pour qu'on ne se trompe pas sur la cause qui fait sortir l'œil de l'orbite. Ici, c'est contre la maladie du sinus maxillaire qu'il faut diriger le traitement, et si elle n'est pas incurable, on pourra espérer de rétablir l'œil dans sa situation première.

Dans tous les cas où l'exophtalmie dépend d'une cause mécanique placée au fond de l'orbite, il est impossible de savoir d'avance quelle est la nature de la cause. Si les symptômes sont légers, et que l'incommodité qui en résulte soit supportable, on doit n'employer que les remèdes généraux propres à pallier le mal ou même à l'attaquer. Les narcotiques à l'intérieur, un régime doux, l'éloignement de toutes les causes d'excitation physiques et morales, rempliront la première indication. Les préparations mercurielles pourront être tentées si quelques circonstances portent à présumer que l'exophtalmie dépend d'une exostose, et surtout s'il existe quelque symptôme d'affection vénérienne, ou même s'il en a existé, et que le malade n'ait pas subi un traitement régulier. Si la répercussion d'un exanthème paraissait être la cause de la maladie, on essaierait les préparations de soufre et les eaux sulfureuses.

Lorsque la saillie de l'œil est devenue plus considérable, les douleurs sont très-vives, la conjonctive s'ulcère, la fièvre et d'autres accidents graves ne permettent plus l'emploi des remèdes palliatifs. Il y a réellement alors deux maladies distinctes: 1° la maladie primitive qui cause le déplacement de l'œil; 2° l'inflammation de l'œil lui-même, qui, quoique secondaire, est cependant l'affection qui produit les accidents les plus fâcheux. Aussi doit-elle appeler toute l'attention du chirurgien, et le déterminer à extirper l'œil, quoiqu'il ignore, en pratiquant cette opération, si la maladie primitive n'est pas au-dessus de ses ressources. En enlevant l'œil, il calme les douleurs et les accidents qu'elle cause, et il parvient à connaître la nature de l'affection première. Si celle-ci n'est pas susceptible d'être guérie, il aura du moins retardé la mort du malade et rendu ses derniers jours moins douloureux. Si le mal qui cause l'exophtalmie peut être attaqué avec succès, on aura doublement à s'applaudir d'avoir entrepris l'opération.

La manière d'extirper l'œil, dans les cas d'exophtalmie, ne diffère point de celle que nous avons décrite en parlant du cancer de cet organe.

Quant à l'ablation de la tumeur qui a causé le déplacement de l'œil,

elle sera faite avec des ciseaux courbes si la tumeur est squirrheuse ou cancéreuse. Si c'est une exostose, son extirpation sera fort difficile, et probablement impossible; mais la manière d'y procéder doit nécessairement être subordonnée à la forme, à la situation et à l'étendue de la tumeur; elle ne peut être soumise à des règles fixes.

§ 6. — De la chute ou procidence du globe de l'œil.

La procidence de l'œil a été désignée aussi par le nom de *proptosis*; elle ne diffère, comme nous l'avons dit, de l'exophthalmie qu'en ce qu'aucun obstacle mécanique n'empêche le remplacement de l'œil dans la cavité orbitaire. Les causes de cette maladie sont celles qui, agissant sur les parties charnues ou osseuses qui couvrent l'œil, ôtent à ces parties la faculté de le retenir en devant. Les liens qui fixent en arrière le globe de l'œil peuvent se relâcher et permettre aussi son déplacement. Ces deux ordres de causes nous déterminent à décrire séparément la procidence traumatique de l'œil, et celle que produit le prolapsus des parties molles de l'orbite.

L'ablation des parties qui couvrent l'hémisphère antérieur de l'œil, et la contusion violente de celles qui l'entourent, sont les causes de la première espèce de procidence. Coüillard, chirurgien de Montélimart, a observé un cas de cette espèce. Un orfèvre reçut à l'œil un coup de raquette si violent que cet organe fut chassé de l'orbite. Coüillard fut appelé près du malade, et trouva « un sien cousin ayant les ciseaux à la main pour couper les nerfs par le moyen desquels l'œil restait attaché : il s'opposa à cette action, et ayant remis l'œil à sa place le plus promptement possible, il poursuivit la cure. Ses soins réussirent si bien que le malade guérit sans que sa vue ait été aucunement diminuée. » Lamswerde, médecin de Cologne, rapporte un fait entièrement semblable. La procidence de l'œil avait été produite par un coup de bâton. Spigel a vu un coup de pierre déterminer un accident pareil. L'œil pendait jusqu'au milieu du nez; il fut replacé dans l'orbite, et la guérison eut lieu sans difformité.

On sait à combien de discussions ont donné lieu ces observations, et particulièrement celle de Coüillard. Maître-Jan et la plupart des chirurgiens qui l'ont suivi ont regardé ces observations comme suspectes. On a été même jusqu'à en nier absolument la vérité. Il a paru invraisemblable que l'œil pût être poussé jusque sur la joue sans que

les muscles et le nerf qui le fixent au fond de l'orbite fussent rompus. Telle fut, sur ces faits vraiment extraordinaires, l'opinion générale des auteurs jusqu'au temps où Louis lut à l'Académie de chirurgie son *Mémoire sur les maladies du globe de l'œil*. Ce chirurgien célèbre fit d'abord remarquer que ces trois observations, faites par des hommes dont les connaissances anatomiques ne pouvaient être révoquées en doute, se prêtaient nécessairement par leur ressemblance un appui mutuel et une garantie incontestable. Quant au reproche d'in vraisemblance qu'on leur a fait, Louis prouva, par la disposition même des parties, combien peu il est fondé. L'orbite forme, de sa base à son sommet, un plan oblique vers le côté externe, de sorte qu'il avance beaucoup plus en dedans qu'en dehors, et que le globe de l'œil qui dépasse dans ce dernier sens la circonférence de l'orbite, se trouve naturellement en partie hors de cette cavité. Si l'on considère ensuite que le nerf optique a besoin d'une laxité assez grande pour permettre au globe de l'œil les divers mouvements de rotation qu'il exécute, on concevra facilement que cet organe puisse faire saillie hors de l'orbite, sans que les parties qui le retiennent en arrière soient déchirées. On sait que dans les cas où le corps vulnérant aurait fracturé le rebord de l'orbite, enlevé avec le fragment osseux une portion des téguments des paupières, la chute de l'œil serait encore plus facile à expliquer.

Le traitement qui convient à cette espèce de maladie consiste, 1° à replacer l'œil dans l'orbite; 2° à appliquer les fragments osseux, s'il y en a, et les lambeaux des paupières sur les parties auxquelles ils étaient unis; 3° à maintenir le tout dans la situation convenable à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage peu serré; 4° à empêcher une trop violente inflammation par les saignées générales, les topiques émollients, les boissons rafraîchissantes et l'abstinence d'aliments. L'inflammation qui doit s'emparer du globe de l'œil peut se terminer par la suppuration, ou de toute autre manière; il naîtra alors de nouvelles indications pour lesquelles nous renvoyons à ce que nous avons dit sur l'inflammation de l'œil.

La seconde espèce de procidence de l'œil, celle qui provient de l'allongement des parties molles destinées à le maintenir en arrière, est plus rare encore que la procidence traumatique dont pourtant on ne connaît que fort peu d'exemples. Verduc paraît avoir eu occasion de l'observer plusieurs fois; mais comme il confondait sous ce nom l'hy-

drophthalmie et l'exophtalmie, ce qu'il dit à ce sujet offre peu d'intérêt. Il rapporte néanmoins une observation fort curieuse et très-remarquable en ce que la maladie cessait et reparaisait plusieurs fois dans un court espace de temps. « Celui qui en était incommodé était un jeune homme, peintre, qui vint un jour à l'assemblée de feu M. l'abbé de La Roche (auteur du *Journal des savants*) pour consulter les médecins qui avaient coutume de se trouver à ses conférences. Tous ceux qui se trouvaient présents furent étrangement surpris de voir une chose si extraordinaire, car en moins d'une heure l'œil descendit et rentra dans l'orbite plus de six fois. L'on ne trouvera peut-être rien de semblable dans toutes les observations de médecins et de chirurgiens » (1).

Les vomissements, la toux, les efforts pour aller à la selle, pour accoucher, peuvent-ils, comme le pense Verduc, produire la chute de l'œil ? Il est difficile de le croire. Les causes de cette espèce de proci-dence nous sont absolument inconnues.

Quant au traitement qu'elle pourrait exiger, l'analogie porte à croire que le moyen le plus efficace serait l'application, continuée pendant plusieurs mois, d'un bandage propre à retenir l'œil dans sa situation naturelle et à favoriser le raccourcissement de ses muscles. Peut-être serait-il plus convenable, pour produire plus sûrement cet effet, de soustraire l'œil sain à la lumière, afin de prévenir les mouvements de l'œil malade.

§ 7. — Du strabisme.

Le strabisme, *strabismus*, *strabositas*, regard louche, consiste dans cette disposition vicieuse des yeux, qui fait que quand l'un de ces organes se dirige vers l'objet qu'on veut voir, l'autre s'en écarte et se tourne insensiblement vers un autre point.

Quelques auteurs ont prétendu que les deux yeux pouvaient être à la fois affectés de strabisme; mais Buffon, dont le témoignage est ici d'un grand poids, s'est assuré que les deux yeux n'avaient jamais ensemble cette mauvaise disposition; ils peuvent bien la prendre momentanément, mais elle ne devient jamais habituelle. C'est ainsi qu'en les fixant sur un objet très-peu éloigné, le nez, par exemple, les

(1) *Pathologie* de Verduc, t. II, p. 44.

deux pupilles peuvent en même temps se diriger en dedans; mais cette direction cesse avec l'effort qui l'a produite; et si, à force d'être répétée, cette manière de regarder cause le strabisme, c'est le strabisme d'un seul œil, et jamais des deux yeux. On a vu quelquefois la même personne loucher, tantôt de l'œil droit, tantôt de l'œil gauche; mais les deux yeux ne peuvent point être déviés simultanément.

Les causes du strabisme ont été l'objet de plusieurs conjectures. Les uns (1) l'ont attribué à la situation vicieuse de la cornée par rapport à l'axe de l'œil; les autres au défaut de concordance entre les points d'insertion du nerf optique (2). Quelques-uns ont pensé que le manque d'équilibre entre les muscles moteurs des yeux produisait cette affection; d'autres en ont rapporté la cause à l'inégalité de force des deux yeux; il en est enfin qui pensent qu'elle est le résultat de l'habitude.

Les deux premières opinions sont tombées: le strabisme serait toujours une maladie de naissance s'il dépendait d'une conformation vicieuse de la cornée, et le point d'insertion du nerf optique, loin d'être un centre de perception, est, au contraire, la seule partie de la rétine qui ne puisse pas transmettre au cerveau la sensation des images. Quant aux autres causes, il paraît certain qu'elles peuvent produire le strabisme. Un homme de quarante ans, admis à l'hôpital de la Charité, avait l'œil droit tourné en dehors: cet organe ne pouvait parcourir que la moitié de l'espace compris entre le bord externe et le bord interne de l'orbite. Tant que les mouvements s'exerçaient dans cet espace limité, la direction des yeux était naturelle; au delà il y avait strabisme: de manière que toutes les fois qu'il regardait devant lui ou à droite, les axes visuels étaient en harmonie; mais s'il cherchait à porter ses regards à gauche, la cornée de l'œil droit restait au milieu de l'orbite, tandis que celle de l'œil gauche se dirigeait seule vers le petit angle de l'œil, et le malade voyait double. Or, il est bien évident que, chez cet homme, le strabisme était dû à la faiblesse du muscle adducteur. Morgagni fut consulté pour un cas tout semblable. Un prêtre éprouvait une espèce de diplopie fort remarquable lorsqu'il baissait les yeux pour lire: les lettres lui paraissaient toutes placées en croix les unes sur les autres.

(1) Maître-Jan.

(2) Labire.