

## C. — CONJONCTIVE.

Obs. CCCXIII. — D. D. C. *Conjonctivite et blépharite aiguës consécutives à l'action de l'acide nitrique*. — Schmidt (Xavier), quarante-huit ans, mégissier, entré le 23 mars 1874, à la suite d'un accident arrivé la veille (chute de quelques gouttes d'acide nitrique du commerce dans les deux yeux).

A son entrée on constate : Œdème palpébral. Trouble diffus de la cornée sans ulcération ni perforation ; photophobie ; larmolement ; perte de l'appétit et du sommeil. P = 115. Application de glace sur l'œil. — Instillations d'atropine.

25 mars. Léger soulagement.

31. Symptômes objectifs diminués. Trouble de la cornée en partie disparu ; plus de photophobie. Cessé la glace. Compresses froides. — Collyre au sulfate de zinc.

6 avril. Guérison complète.

Obs. CCCXIV. — D. D. C. *Conjonctivite aiguë par l'action de la chaux*. — Laroche (Antoine), trente-neuf ans, journalier, entré le 31 mai 1875.

A reçu hier une petite quantité de chaux dans les deux yeux. Forte hyperhémie conjonctivale. Larmolement. Rien sur la cornée. Compresses froides souvent renouvelées.

Le malade sort guéri le 4 juin.

Obs. CCCXV. — *Conjonctivite blennorrhagique. Collyre au nitrate d'argent. Guérison*. — Joubert (Jacques), vingt-deux ans, employé de commerce, entré le 30 juin 1874. Blennorrhagie il y a un mois. Douze jours plus tard, début d'une conjonctivite intense de l'œil gauche. Diète. Cinq jours plus tard, conjonctivite légère de l'œil droit ayant disparu au bout de trois ou quatre jours sans traitement. La conjonctivite de l'œil gauche augmente et devient inquiétante. Son médecin lui prescrit un collyre fait avec une solution très-étendue de nitrate d'argent. Malgré cela, la conjonctivite devient plus intense. Huit jours plus tard, à son entrée dans le service, on constate les phénomènes suivants.

O. G. Conjonctivite purulente très-intense. Œdème palpébral, chémosis Rien sur la cornée. L'écoulement blennorrhagique est toujours très-intense. Collyre au nitrate d'argent au 30°.

2 juillet. — Écoulement purulent moins abondant. Chémosis et œdème palpébral notablement diminués.

6. L'amélioration continue.

13. Le malade étant sorti sans bandeau, une nouvelle poussée inflam-

matoire s'est faite du côté de l'œil. Compresses froides quatre fois par jour.

17. Disparition du chémosis. Écoulement purulent insignifiant.

21. Il ne reste plus qu'une légère rougeur conjonctivale. Plus de douleurs. Écoulement urétral diminué.

Le malade quitte le service le 23 juillet complètement guéri.

Obs. CCCXVI. — D. D. C. *Conjonctivite phlycténulaire*. — Vielles (Jacques), quarante-huit ans, fondeur, entré le 19 février 1874.

Ce malade travaille ordinairement dans une atmosphère à 60°. La maladie a débuté il y a huit jours ; elle est plus marquée du côté droit.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au vingtième, puis passage d'un pinceau imbibé dans une solution de sel marin.

Guérison le 24 février.

Obs. CCCXVII. — D. D. C. *Conjonctivite granuleuse. O. D. Pannus tenuis*. — Champignon (Jean), soixante-trois ans, boulanger, entré le 31 juillet 1874.

Conjonctivite granuleuse datant de plusieurs années. Poussée aiguë ayant commencé il y a six semaines par l'œil gauche, l'œil droit a été envahi un peu plus tard. Cautérisation avec le crayon de sulfate de cuivre.

1<sup>er</sup> septembre. D. D. C. Disparition des accidents aigus.

O. D. Cornée redevenue transparente. Le malade quitte le service.

Obs. CCCXIII. — O. G. *Conjonctivite granuleuse, pannus crassus*. — Bingel (Marie), quarante-cinq ans, balayeuse, entrée le 26 avril 1874.

Scrofuleuse ; manifestation du côté des yeux et des ganglions du cou pendant son enfance. Conjonctivite granuleuse D. D. C. depuis deux ans.

Poussée aiguë depuis quinze jours. Cautérisation au nitrate d'argent. Collyre au sulfate de zinc.

30 avril. La malade quitte le service après la disparition des accidents aigus.

## D. — CAVITÉ ORBITAIRE.

Obs. CCCXIX. — *Sarcome fasciculé de l'orbite. Périostose de la paroi externe de l'orbite. Exophtalmie. Énucléation du globe oculaire. Phlegmon de l'orbite. Érysipèle. Mort. Autopsie. Méningite purulente du côté droit* (1). — Bern... (Jean), vingt-sept ans, entré à l'hôpital le 8 janvier 1875.

Homme robuste et de bonne constitution (son père et sa mère sont vivants et bien portants ; n'aurait point eu de manifestations strumeuses pendant l'enfance) ; il aurait eu à onze ans une fièvre dont il ne peut in-

(1) Obs. déjà publiée dans *The Lancet*, 1876.

diquer exactement la nature et qui l'obligea de garder le lit pendant quelque temps. Jamais de syphilis (pas de chancres, pas de bubons, pas de roséole). Au mois de mai 1871, étant soldat, il aurait eu une double conjonctivite aiguë, qu'il attribue au séjour dans les tranchées pendant la nuit. Elle disparut d'ailleurs assez vite par l'usage de collyres astringents. Trois ou quatre mois plus tard, ses camarades lui firent remarquer que son œil droit devenait un peu plus saillant que le gauche. Cette exophtalmie n'amena d'ailleurs aucune gêne, et la vision s'exerçait également bien des deux côtés. Il entra à cette époque à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. le docteur Perrin, et y fut traité, sans avantage appréciable, par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

Depuis lors, l'exophtalmie n'a fait qu'augmenter, et cela sans amener de phénomènes autres que ceux qui dépendent de la propulsion du globe oculaire en avant. Au mois de novembre dernier on eut, pour la première fois, l'occasion de le voir à la consultation, et il était dans l'état suivant :

Du côté malade : paupières rouges, un peu turgescents, mais sans œdème. Elles peuvent recouvrir entièrement le globe de l'œil. Les mouvements de tous les muscles extrinsèques de l'œil sont possibles et s'exécutent bien. La conjonctive est un peu œdématisée au niveau de l'angle interne de l'œil; elle est fortement hyperhémiciée dans toute son étendue. La cornée est saine; l'ouverture pupillaire normale; l'iris réagit bien;

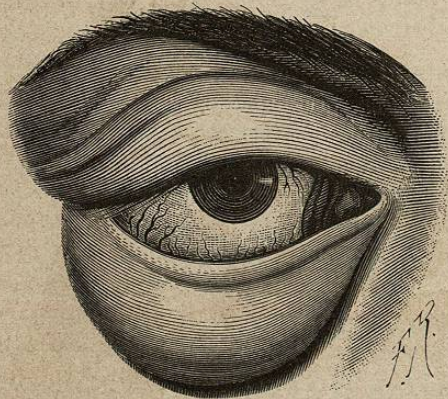


FIG. 33. — Œdème palpébral avec exophtalmie produits par une tumeur de l'orbite. (De notre collection.)

le globe de l'œil n'a pas changé de consistance. L'examen de la vision montre un léger rétrécissement périphérique du champ visuel. Le malade peut compter les doigts à 15 pieds et lire le n° 12 de l'échelle de Jaeger.

Le malade se décide au mois de janvier à entrer à l'hôpital.

Le 8 janvier il présente l'état suivant :

L'état du globe de l'œil et de la conjonctive est sensiblement le même qu'au

mois de novembre, mais l'exophtalmie est un peu plus prononcée, de sorte que les deux paupières sont œdématisées (voy. fig. 33); elles ont de la tendance à se retourner. Chémosis sur toute la périphérie de la cornée. L'examen ophtalmoscopique montre un léger degré d'atrophie. A l'exa-

men des fosses nasales et du pharynx on ne trouve rien. — L'état général est bon.

9 janvier. — La palpation n'ayant fourni que des renseignements insuffisants, on se décide à pratiquer une incision exploratrice pour se renseigner plus exactement, sauf à énucléer le globe de l'œil si les circonstances l'exigent. (Incision courbe parallèle au bord de la paupière et intéressant seulement son tiers externe.) Le tissu graisseux intra-orbitaire vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. Avec le doigt, on constate que la tumeur repose sur la paroi inférieure de l'orbite, au voisinage de la fente sphénoïdale. Au toucher, elle est assez résistante, sans pourtant avoir la dureté de l'os ou du cartilage. La ponction pratiquée avec un fin trocart ne donne issue à aucun liquide. Le diagnostic se trouve donc ainsi formulé :

*Tumeur solide, probablement fibreuse ou fibro-plastique de la paroi inférieure de l'orbite.*

L'ablation est décidée en même temps que l'énucléation de l'œil sans laquelle il eût été impossible de la pratiquer.

On agrandit l'incision exploratrice, puis on enlève le globe de l'œil en totalité en respectant le périoste.

Dans le cours de l'opération, les pinces hémostatiques font l'office de rétracteurs de la paupière

supérieure, en même temps que l'hémostase pour les petits vaisseaux. L'artère ophthalmique est comprimée avec le doigt. On énucléa d'abord le globe de l'œil, puis la tumeur elle-même avec le doigt et la spatule; la cavité orbitaire est tamponnée avec des éponges et on fixe les deux paupières par un point de suture métallique; on exerce ensuite une compression ouatée.

Pendant l'opération, on a remarqué que la tumeur était absolument indépendante du globe oculaire et de la gaine du nerf optique; qu'elle paraît adhérer étroitement aux deux lèvres de la fente sphénoïdale et même se prolonger par cette fente jusque dans la cavité crânienne; elle a un

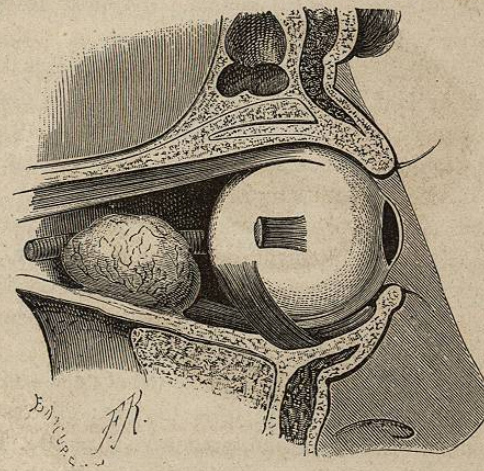


FIG. 34. — Disposition de la tumeur dans la cavité orbitaire. (De notre collection.)

petit volume, ressemble assez bien à une aveline aplatie et entourée de tous côtés par du tissu adipeux. A la coupe, elle présente tous les caractères d'une tumeur fibro-plastique.

Par l'examen microscopique on a trouvé que c'était en effet un sarcome fasciculé.

10. État général assez bon. Douleurs supportables. Pas de frisson. TR. 37°,8. On remplace le bandage par des compresses d'eau alcoolisée.

11. Rougeur périorbitaire très-marquée. — Céphalalgie vive. — Frisson de 5 minutes. P = 90. T. 38°,2.

12. Érysipèle nettement accusé. La rougeur a gagné la région sourcilière et s'arrête à peu près au niveau de la ligne médiane. Du côté de la joue, elle s'étend parallèlement à la fente palpébrale de la racine du nez au sommet de la pyramide du maxillaire supérieur. — Purgatif. — Badigeonnage avec un liniment formé par parties égales d'éther et de térébenthine. — Isolement (transféré à la salle Sainte-Placide, n° 3).

13. La rougeur n'a pas de tendance à s'étendre. — Pas d'empatement du cuir chevelu. — Œdème marqué des deux paupières du côté sain. P = 100. T. 39°.

14. Fluctuation assez nette dans toute la région temporale. — Ponction et passage d'un drain. — Appétit. — Douleur locale vive. — Un peu de subdélirium pendant la nuit. P = 90. T. 39°.

15. Suppuration abondante. — Appétit absolument nul. — Un peu de diarrhée. P = 95. T. 39°,2.

16. Gonflement considérable des paupières du côté malade. — La rougeur de la région frontale a complètement disparu. Il en existe toujours un peu au niveau de la région temporale droite. La tuméfaction persiste également à ce niveau. P = 96. T. 39°,2.

17. Même état : P = 95. T. 39°,3.

18. Le pus sort en assez grande quantité par la fente palpébrale. Pour en faciliter l'écoulement, on enlève une suture. P = 108. T. 39°,5.

19. Même état. — Répond mal aux questions. Paraît cependant les comprendre assez bien. — Un peu d'affaissement. — Rien du côté des membres. P = 100. T. 39°,6.

20. Très-agité. — Crie et se débat dans son lit. — La suppuration est toujours très-abondante dans l'orbite; elle est, au contraire, beaucoup diminuée dans la région temporale. P = 104. T. 39°,5.

21. Même état. — L'agitation paraît un peu moindre. P = 104. T. 39°,6.

22. Délire pendant la nuit. — Respiration bruyante, stertoreuse; soubresauts tendineux; carphologie et jactitation. — Pendant la nuit est survenue, sans qu'on ait pu voir dans quelles circonstances, une hémiplegie complète du côté gauche. P = 198. T. 40°.

23. Le matin, rien de changé dans l'état du malade. — Le pouls et la température sont les mêmes que la veille. — Mort à six heures du soir.

AUTOPSIE. — Faire trente-huit heures après la mort. — La rigidité cadavérique est en partie conservée aux deux membres inférieurs.

*Orbite et région temporale.* — Un peu d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et du muscle temporal. — Au niveau de la partie antérieure de la fosse temporale, petit foyer purulent communiquant avec la cavité orbitaire. Le périoste, décollé vers l'angle antéro-externe de l'orbite, a laissé passer cette fusée. A ce niveau, le frontal présente dans son diploé une teinte noirâtre, et de place en place on aperçoit très-distinctement de petits foyers purulents du volume d'une tête d'épingle.

*Cavité crânienne.* — Aussitôt après l'ouverture du crâne, on découvre sous la dure-mère une couche de pus, épaisse de 0<sup>m</sup>,02 à 0<sup>m</sup>,03, recouvrant toute la face convexe de l'hémisphère droit. Elle atteint sa plus grande épaisseur au niveau du lobe sphénoïdal. Lorsqu'on retire l'encéphale de sa boîte osseuse, on voit que tout ce lobe sphénoïdal est mou, fluctuant; en enlevant avec précaution le pus qui recouvre la surface, on remarque qu'il communique avec un foyer de la grosseur d'une noix, qui s'étend presque jusqu'au bord externe de la portion moyenne (*canal circumpédunculaire*) du ventricule latéral. Dans le lobe frontal, on trouve un autre abcès volumineux, intéressant la substance blanche des trois circonvolutions frontales, et s'étendant en arrière et en bas jusqu'à l'extrémité antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié.

Les autres parties de l'encéphale sont saines, ainsi que les organes thoraciques et abdominaux.

En enlevant, au moyen de deux traits de scie, les os qui circonscrivent l'orbite, on remarque que la paroi externe très-épaissie rétrécit la cavité orbitaire. Cette dureté et cette épaisseur sont produites par la présence d'une périostose volumineuse, développée en partie aux dépens des trois os qui forment l'orbite à ce niveau : petite aile du sphénoïde, apophyse orbitaire de l'os malaire et frontal. Toute la cavité est remplie de débris organiques putrilagineux. Le nerf optique est à peu près intact.

Dans l'intérieur du crâne et au niveau de l'extrémité interne de la fente sphénoïdale, on rencontre sur la périostose une tumeur de la grosseur d'une noisette offrant la forme et les caractères de la tumeur orbitaire, mais ramollie et suppurée au centre.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR CE CAS. — L'exophtalmie est un symptôme dont il est toujours difficile de déterminer la véritable valeur.

Les caractères particuliers du symptôme dans ce cas, la manière dont il avait marché, permettaient de prime abord de penser à une tumeur intra-orbitaire située en dehors des muscles.

L'exophtalmie était unilatérale; elle était survenue lentement, sans aucune douleur, sans poussées inflammatoires appréciables du côté de l'œil. L'état général était bon; les fosses nasales, le pharynx étaient absolument sains. On pouvait donc éliminer la maladie de Graves, le phlegmon de l'orbite, les épanchements traumatiques, les tumeurs de voisinage ayant envahi tardivement la cavité orbitaire. Le diagnostic se trouvait ainsi limité aux tumeurs rétro-oculaires primitives, mais l'examen superficiel ne permettait pas d'affirmer autre chose, si ce n'est que l'on n'avait point affaire à une tumeur pulsatile.

L'examen fonctionnel donnait d'assez bonnes indications sur le siège. La tumeur ne gênait presque pas le jeu des muscles de l'œil et n'avait amené qu'un très-léger degré d'atrophie du nerf optique. Il n'y avait ni phénomènes de compression brusque, ni inflammation de voisinage. On pouvait aisément rapporter l'exophtalmie à la diminution de volume de la cavité orbitaire. L'atrophie du nerf optique n'était survenue que tardivement à la suite de la tension lente et continue de sa portion orbitaire.

On a souvent vu des sarcomes se développer dans l'orbite, soit aux dépens du tissu sous-conjonctival, soit aux dépens du tissu adipeux; le plus souvent ils ont laissé intact le jeu des muscles et produit simplement, au début du moins, de l'exophtalmie. Il est extrêmement rare de les voir se développer primitivement dans l'intérieur de la capsule de Ténon.

Il était impossible d'avoir de plus amples renseignements sur la nature et le siège de la tumeur; nous dûmes donc nous résoudre à pratiquer une ponction.

Nous acquîmes ainsi la certitude qu'en effet la tumeur était solide et profonde, reposait sur le plancher de l'orbite et qu'elle offrait un petit volume.

Devait-on tenter l'extraction en ménageant le globe de l'œil?

La situation profonde rendait le manuel opératoire extrêmement difficile. L'ablation complète du néoplasme était absolument indispensable; autrement on eût dû s'attendre à une récurrence certaine et très-prompte; il y avait par conséquent toute probabilité que l'énucléation du globe devint nécessaire un jour ou l'autre, mieux valait alors y recourir tout d'abord et faciliter ainsi la première opération.

L'autopsie donna l'explication de la disproportion existant entre le volume du sarcome et l'exophtalmie. Le *rétrécissement de l'orbite était amené en partie* par la périostose que l'on trouvait dans le fond de la cavité.

## E. — GLOBE DE L'ŒIL DANS SA TOTALITÉ.

Obs. CCCXX. — O.D. *Luxation incomplète avec thrombus probable de l'orbite.* — Lemoine (Hippolyte), trente-deux ans, entré le 12 avril 1874.

A reçu, quelques heures avant son entrée, un violent coup de poing dirigé de bas en haut. Ecchymoses des deux paupières, et sous-conjonctivales. Globe de l'œil, saillant en avant et incomplètement recouvert par les paupières. Chémose. Dilatation de la pupille. A l'examen ophtalmoscopique: légers troubles du corps vitré. Rien dans la rétine, la choroïde et le nerf optique. Mouvements du globe oculaire, difficiles et diminués dans toutes les directions. Pupille réagissant mal sous l'influence de la lumière. Compte les doigts à cinq pieds. Champ visuel libre. Sangsues aux tempes. Cataplasmes. Scarifications de la conjonctive. Instillation de sulfate neutre d'atropine. Laxatifs. Disparition graduelle des ecchymoses et de l'exophtalmie. Guérison complète le 15 mai.

## F. — CORNÉE.

Obs. CCCXXI. — O.G. *Kératite ulcéreuse. Hypopyon.* — Piron (Charles), quarante-huit ans, mouleur, entré le 3 août 1875. La maladie a débuté il y a trois semaines, sans cause connue. Plusieurs petites ulcérations occupent le limbe de la cornée du côté externe. Pus remplissant à peu près le tiers inférieur de la chambre antérieure. Cautérisation des ulcérations de la cornée avec le nitrate d'argent; fomentations chaudes; toniques; dér. intest.

7 août. Quelques ulcérations sont sur le point de disparaître. Douleur autour de l'orbite; injection périkeratique intense.

8. Instillation d'atropine (trois gouttes dans la journée).

20. Pus résorbé; ulcérations fermées, ayant laissé à leurs places de petites taches cicatricielles.; pas de synéchies. Le malade quitte l'hôpital.

Obs. CCCXXII.—O.G. *Kératite ulcéreuse*.—Amy (Auguste), vingt-deux ans, brosier, entré le 4 janvier 1875. Début il y a deux mois. Petite ulcération centrale et plusieurs autres périphériques en voie de réparation.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Guérison et sortie le 10 janvier.

G. — IRIS.

Obs. CCCXXIII. — O.D. *Iritis rhumatismale. Instillations d'atropine. Guérison*. — Fontaine (Alfred), trente-sept ans, entré le 6 novembre 1874. Ce malade qui a eu il y a trois ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé aurait déjà éprouvé à cette époque des douleurs périorbitaires et quelques troubles visuels.

Il y a huit jours, il sentit de nouveau des douleurs au-dessus de l'arcade sourcilière droite et dans le globe oculaire.

A son entrée, on constate une injection périkeratique très-intense. La pupille se contracte peu et irrégulièrement sous l'influence de la lumière. On voit une synéchie postérieure dans la partie supérieure du champ pupillaire. Augmentation sensible de la pression intra-oculaire.

On instille trois gouttes par jour d'une solution de sulfate neutre d'atropine (3 centigr. pour 10 gr. d'eau). La synéchie disparaît au bout de quatre jours. Le malade sort complètement guéri le 20 novembre.

H. — CRISTALLIN.

Obs. CCCXXIV.—O.G. *Cataracte. Extraction linéaire sans iridectomie. Succès complet*.—Carrière (Gilles), soixante-dix ans, entré le 29 mai 1874.

A son entrée le malade présente une cataracte mûre de l'œil gauche (distingue les mouvements de la main à deux pieds. Champ visuel libre).

L'œil droit atteint lui-même antérieurement de cataracte a été opéré par M. Panas d'après la méthode de de Græfe. L'opération a eu un succès complet; toutefois, le malade se plaint de quelques éblouissements.

17 juin. Extraction linéaire. Incision vers la limite inférieure de la cornée. (Voy., pour la description du procédé et des instruments employés, 1<sup>re</sup> partie, 12<sup>e</sup> leçon.)

19. La plaie de la cornée est cicatrisée. Pas d'enclavement de l'iris.

22. La rougeur conjonctivale est en partie disparue. On place un bandeau flottant.

1<sup>er</sup> juillet. — Le malade peut compter les doigts à dix pieds. Il lit des caractères correspondant au n<sup>o</sup> 12 de l'échelle Jäger. Pas de cataracte secondaire. Quitte le service.

§ II

APPAREIL DE L'AUDITION.

Obs. CCCXXV. — *Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane du tympan. Injections d'alun. Disparition rapide de la suppuration*. — Gaudron (Gustave), dix-neuf ans, cultivateur, entré le 22 février 1875.

Il y a quatre jours, à la suite d'un refroidissement, a eu des bourdonnements d'oreille, puis des douleurs, et trois jours après il a vu un peu de pus sortir par le conduit auditif externe. Au moment de son entrée, le conduit auditif est rempli d'un pus épais, verdâtre, de mauvaise odeur. La peau est rouge; bourdonnements d'oreilles; audition diminuée; le malade entend seulement parler au timbre ordinaire de la conversation. Perforation de la membrane du tympan. Douleurs, depuis deux jours, dans la tempe et la moitié de la face correspondant à la lésion. Rien du côté de l'apophyse mastoïde; pas de réaction sur l'état général; injection d'une solution d'alun dans l'oreille trois fois par jour; diminution graduelle de la suppuration. Guérison complète le 5 mars.

Obs. CCCXXVI. — *Otite moyenne purulente sans perforation du tympan. Passage du pus dans les cellules mastoïdiennes. Trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde. Foyer purulent saillant au dehors. Évacuation. Lavages dans la grande cellule mastoïdienne. Guérison*. — Morel (Joséphine), trente-deux ans, journalière, entre le 1<sup>er</sup> avril 1875. Régée pour la première fois à dix-huit ans, mariée à trente, elle a eu une seule grossesse il y a vingt-sept mois. Son enfant est vivant et bien portant. A l'âge de dix-neuf ans, elle contracta la fièvre typhoïde. Jamais d'affections auriculaires.

Il y a trois semaines, elle ressentit dans tout le côté droit de la tête, de violentes douleurs, sans siège précis et présentant des intervalles de rémission auxquels succédaient des exacerbations paroxystiques d'assez longue durée.

La malade, croyant à une névralgie dentaire, se fit enlever une grosse molaire non cariée, et naturellement aucune amélioration ne s'ensuivit. Quelques bourdonnements dans l'oreille droite apparurent alors, mais n'altèrent en rien l'acuité de l'ouïe. Au bout de cinq jours de ce malaise, elle remarqua derrière l'oreille droite une petite tumeur du volume d'une noisette, douloureuse au toucher et roulant sous la peau. Peu à peu la tumeur augmenta de volume; la peau devint rouge et depuis huit jours elle est le siège de battements et d'une sensation de cuisson très-forte.

2 avril. Derrière l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde et la