

membrane; une ossification partielle de la rétine; un rétrécissement du nerf optique réduit en filament.

Au troisième degré, le volume du globe est tellement réduit, qu'il est caché au fond de l'orbite; la cornée, très-petite, a la forme d'un ovale à grand diamètre transversal et conserve parfois une certaine vascularité et des infiltrations plastiques qui masquent l'état des parties plus profondes. Lorsque la base de l'orbite est saillante, la paupière supérieure est tombante et ne peut, faute de soutien en arrière, être suffisamment relevée par la volonté du patient.

L'atrophie de l'œil, au premier degré, peut être arrêtée dans sa marche par un traitement approprié à la lésion. Il n'en est plus de même dans les autres degrés de l'affection. L'art ne possède alors qu'un moyen palliatif: la pose d'un *œil artificiel*. (Voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 529 et suiv.)

CHAPITRE VII.

HYDROPHTHALMIE.

On donne le nom d'*hydrophthalmie*, d'*hydranose oculaire* à une affection caractérisée par une augmentation de volume du globe, augmentation due à l'hypersécrétion des liquides de l'organe.

Espèces. L'hydrophthalmie a été divisée en plusieurs espèces, d'après la partie de l'œil qui est affectée d'hydropisie. Celle-ci peut se développer à la fois dans tous les milieux liquides de l'organe, auquel cas on dit qu'il y a *hydrophthalmie générale*. L'affection reste-t-elle circonscrite au segment de l'œil compris entre la cornée et le cristallin, c'est une *hydrophthalmie partielle et antérieure*; occupe-t-elle le corps vitré, on la dit *hydrophthalmie partielle postérieure*. On admet encore une *hydrophthalmie sous-rétinienne* et *sous-choroïdienne*, affections décrites précédemment sous le nom de *décollement de la rétine* (p. 191).

Causes. L'hydropisie de l'œil est presque toujours la conséquence d'une inflammation subaiguë ou chronique de la cornée, de la membrane de Descemet, ou de l'iris et de la choroïde. Elle se développe quelquefois sous l'influence d'un refroidissement (O'Beirne), après la suppression d'une dyssenterie (Pauli). L'état général de la constitution, notamment la diathèse strumeuse, est une cause prédisposante. L'hydrophthalmie *partielle* ou *totale* est parfois *congénitale* (p. 1 et 232 de ce volume).

Symptômes. Ils diffèrent suivant l'espèce d'hydrophthalmie :

1° HYDROPHTHALMIE DES CHAMBRES DE L'HUMEUR AQUEUSE. Au début, la cornée est plus saillante qu'à l'état normal. Plus tard, cette membrane augmente d'étendue dans ses divers diamètres, en même temps qu'elle s'amincit. Puis elle devient nuageuse, offre des opacités partielles, surtout

près de la circonférence. L'iris prend une teinte sombre et est tremblotant; quelquefois il est absorbé, ou réduit à un limbe étroit; la pupille, tantôt un peu dilatée, tantôt très-dilatée, n'exécute plus de mouvements et contracte souvent des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin. Parfois le cristallin, enfoncé en arrière dans l'intérieur de l'œil, entraîne la pupille de son côté, de telle façon que l'iris présente la forme d'un entonnoir. L'œil est plus mou au toucher; la sclérotique est amincie et présente une teinte bleuâtre, vers la circonférence antérieure. Les malades éprouvent une sensation de pression et de distension dans l'œil; rarement de la douleur, à moins qu'il n'y ait des phénomènes inflammatoires. Les troubles fonctionnels varient: au début, c'est de la myopie; plus tard, la vue s'affaiblit de plus en plus; les malades accusent de la myodéopsie. Rarement on observe une cécité complète. Les mouvements du globe sont gênés.

Il faut mentionner spécialement la variété d'hydrophthalmie qui occupe la *chambre postérieure* seulement. Elle se développe lorsque la pupille s'oblitére à la suite d'une iritis; ou bien encore lorsque, l'iris ayant contracté des adhérences avec une grande partie de la face postérieure de la cornée, la chambre antérieure est oblitérée. Dans ces cas, la cornée a conservé ses dimensions normales; il existe à la réunion de cette membrane et de la sclérotique une saillie bleuâtre plus ou moins large, qui ressemble au staphylôme commençant du corps ciliaire et qui est formée par une distension de la portion correspondante de la sclérotique et de la choroïde.

2° HYDROPIESIE DU CORPS VITRÉ. Le globe est augmenté de volume, surtout en arrière de la cornée. Celle-ci est repoussée en avant, sans éprouver d'autre changement. La sclérotique fait saillie dans les intervalles des muscles droits, de façon que l'œil a une tendance à se rapprocher de la forme carrée. L'humeur aqueuse est diminuée de quantité; l'iris, poussé en avant, est appliqué contre la cornée, la pupille dans un état moyen de dilatation. L'œil comprimé avec le doigt semble mou. La sclérotique distendue offre une couleur bleue-foncée. La vision est affaiblie ou perdue; les mouvements du globe sont gênés, plus tard abolis. Au début les malades ressentent de la douleur dans l'œil; cette douleur s'étend parfois à tout le côté correspondant de la tête, aux dents et au cou.

3° HYDROPHTHALMIE GÉNÉRALE. Elle est caractérisée par les symptômes propres aux deux variétés précédentes. Tous les tissus prennent part à l'augmentation de volume du globe. La cornée est plus grande et plus saillante; les chambres de l'humeur aqueuse sont plus étendues; l'iris a de plus grandes dimensions. Quelquefois l'œil acquiert un volume tellement considérable, que les paupières ne peuvent arriver au contact l'une de l'autre (*hupthalmie*). La vision est notablement affaiblie ou perdue.

Marche. Terminaisons. L'hydrophthalmie antérieure peut rester stationnaire, si elle est congénitale. Dans des conditions opposées, l'hydropisie gagne parfois le reste de l'œil. L'hydrophthalmie générale congénitale guérit quelquefois spontanément; d'autres fois, elle reste stationnaire jusqu'à la puberté; alors l'œil augmente brusquement de volume; la pupille, lar-

gement dilatée, contracte des adhérences avec la capsule du cristallin devenue opaque; l'iris se déchire par l'allongement de son tissu; la rétine devient insensible; l'œil se ramollit et s'atrophie.

Diagnostic. Il est généralement facile; on ne confondra pas l'*hydrophthalmie totale* avec l'*exophthalmos*, parce que, dans la première affection, l'œil est réellement augmenté de volume, ce qu'on reconnaît aux dimensions plus grandes de chacune des membranes, à la distension de la sclérotique, qui offre un aspect bleuâtre. L'*hydrophthalmie* est parfois *symptomatique* d'une lésion organique des membranes profondes de l'œil. Dans ce cas, l'erreur est possible, lorsqu'on est consulté à une époque où les milieux réfringents sont devenus tellement troubles, que l'examen à l'*ophthalmoscope* n'est plus possible.

Traitement. Il est médical ou chirurgical :

Les moyens internes, les topiques de différentes sortes, n'ont que peu de prise sur l'*hydrophthalmie*. Le calomel administré jusqu'à la salivation (Cunier), l'iodure de potassium à l'intérieur, et à l'extérieur sous forme de pommade, les vésicatoires volants autour de l'orbite, à la tempe et derrière l'oreille produisent rarement une amélioration.

La *ponction* de la chambre antérieure ou postérieure, de l'humeur vitrée, soit avec un petit trocart (Woolhouse et Tourbevil), soit avec une aiguille à cataracte ou avec une aiguille cannelée (Ware), n'est qu'un traitement palliatif. Le liquide évacué se reproduit bientôt. Les *ponctions répétées* sont plus efficaces, parce qu'elles déterminent parfois une inflammation de l'œil qui finit par s'atrophier. Si cette méthode échoue, il faut ou bien inciser largement la cornée, extraire le cristallin avec une partie ou la totalité de l'humeur vitrée; ou bien pratiquer l'excision du segment antérieur de l'œil, comme dans l'opération du staphylôme opaque de la cornée (voy. p. 36 de ce volume). Chavanne (de Lyon) a proposé de traiter l'*hydrophthalmie* par une *ponction* de la sclérotique, suivie d'une *injection iodée* (parties égales de teinture d'iode et d'eau).

Lorsque, après l'exécution d'une des opérations précédentes, on a obtenu l'atrophie du bulbe, on peut faire porter au malade un œil artificiel.

CHAPITRE VIII.

EXTIRPATION DE L'ŒIL.

L'extirpation de l'œil est indiquée particulièrement dans les cas de dégénérescence cancéreuse de l'organe; elle est quelquefois nécessitée, comme une opération préliminaire, dans les orbitocèles profondes masquées par le globe, et qu'il serait difficile ou impossible d'atteindre sans avoir sacrifié ce dernier. On a aussi enlevé parfois un œil atrophié chez des sujets affectés de *névralgies ciliaires* opiniâtres.

MANUEL OPÉRATOIRE. Il varie suivant que l'on pratique l'extirpation de l'œil seulement, ou en même temps des parties voisines altérées dans une plus ou moins grande étendue. Sous ce rapport, on peut distinguer les trois cas suivants :

Premier cas. L'œil seul est malade; l'affection n'a pas franchi la coque fibreuse de l'organe. Les tissus qui l'entourent sont sains. L'extirpation ne comprend que le globe. Le malade est couché, la tête soulevée par un oreiller, anesthésié si on le juge convenable. Si la fente palpébrale est assez grande, si le volume de l'œil n'est pas augmenté, on met le bulbe suffisamment à découvert, en faisant relever la paupière supérieure et abaisser l'inférieure avec des blépharostats pleins. Dans les conditions opposées, et même dans tous les cas, cette précaution facilite les manœuvres ultérieures; on débride la commissure externe des paupières par une incision faite d'avant en arrière avec un bistouri convexe, ou d'arrière en avant avec un bistouri droit insinué derrière cette commissure que l'on traverse avec la pointe de l'instrument, que l'on fait ensuite manœuvrer de la pointe vers le talon. Pour mieux assujettir le globe, pendant que l'on coupe les adhérences avec les parties environnantes, on l'embroche avec un crochet; on le fixe soit avec des pinces de Museux, soit avec une pince à griffes; ou bien on le traverse de dehors en dedans avec une aiguille courbe entraînant un fil dont les extrémités sont nouées ensemble.

Louis coupe d'abord le cul-de-sac conjonctival inférieur et l'insertion du muscle petit oblique sur le bord inférieur de l'orbite; ensuite il coupe le cul-de-sac conjonctival supérieur, le releveur de la paupière supérieure et le tendon du grand oblique; puis, au moyen de ciseaux à branches recourbées sur le plat, il coupe, dans le fond de l'orbite, le nerf optique et les muscles qui l'environnent. Il introduit indifféremment les ciseaux soit par la paroi externe, soit par la paroi interne de l'orbite, suivant qu'il éprouve plus ou moins de facilité par l'une ou l'autre de ces voies. Une fois les muscles et le nerf optique coupés, il rapproche les branches des ciseaux et se sert de ces derniers comme d'une curette pour ramener l'œil en dehors.

Ce procédé est d'une grande simplicité, et il serait probablement resté dans la pratique, si les travaux des anatomistes modernes sur les aponévroses de l'orbite n'avaient suggéré à Bonnet (de Lyon) une modification heureuse, en ce sens qu'elle prévient une inflammation des tissus intra-orbitaires. Pour apprécier la valeur de ce procédé, il importe de se rappeler les dispositions principales de l'aponévrose orbitaire. Celle-ci représente un sac sans ouverture, analogue à une séreuse, sac qui tapisse le globe sans que ce dernier soit contenu dans sa cavité. Le globe et le nerf optique sont coiffés par le feuillet *viscéral* de cette aponévrose et peuvent en être séparés. Il résulte de là que l'orbite est divisé en deux portions: une antérieure et centrale, renfermant le globe et le nerf optique; une postérieure et périphérique, contenant les muscles, les vaisseaux, les nerfs et le tissu cellulo-graisseux, répandu en si grande abondance dans cette région. Ces deux cavités étant indépendantes l'une de l'autre, on peut enlever le globe et le nerf optique sans pénétrer dans la cavité qui ren-