

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'iode 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-