

ne le sont réellement, d'éprouver enfin de la fatigue, et, après quelque temps de travail, de voir les objets se colorer en rose, quelquefois en rouge plus ou moins vif. Dans ces cas on peut souvent descendre jusqu'aux numéros 2 1/2, 3, 4, pour lire, et prendre des verres numéros 7, 8, 9 ou 10 pour voir à distance.

Les opérés de cataracte ne devront pas porter de verres lenticulaires avant que tout symptôme de congestion des membranes internes ait disparu, d'abord parce qu'ils en ressentiraient de la fatigue, ensuite parce qu'ils seraient forcés après peu de temps de changer les verres qu'ils auraient choisis d'abord pour en prendre de plus puissants. On remarque, en effet, quelque temps après l'opération, huit ou quinze jours, par exemple, que les malades distinguent mieux à l'œil nu les objets d'assez petite dimension qu'ils ne pourront le faire plus tard, et que c'est au moment où ils se plaignent de voir beaucoup moins, qu'il convient de leur conseiller les lunettes convexes, et de leur rendre ainsi la vue aussi bonne que possible, et cela sans aucun danger.

Ce moment n'arrive généralement qu'après sept à huit semaines; mais pendant ce temps les opérés diminuent progressivement la teinte foncée de leurs conserves, et peuvent jouir sans danger des distractions de la promenade. Ils se trouvent bien, à leurs premières sorties, de verres noir-fumée entourés complètement de taffetas noir, et qui laissent pénétrer dans l'œil une lumière égale à celle de la chambre qu'ils vont quitter.

Ce n'est guère qu'après deux mois qu'il est prudent de permettre l'usage régulier et constant des verres à cataracte.

Les opérés de *pupille artificielle* doivent généralement se servir de verres convexes faibles quand le cristallin a pu être conservé dans son état d'intégrité. Si la lentille a été détruite, on essaie les verres à cataracte ordinaire.

Les conserves et les lunettes servent à corriger la vue dans un grand nombre de maladies. Dans certaines amblyopies les verres rétablissent la vue par un usage calculé et méthodique; ils remplacent le cristallin, allongent la vue des myopes, raccourcissent celle des presbytes; sous forme de prisme dans le strabisme, dans la diplopie et dans les paralysies des muscles de l'œil, ils ramènent l'œil dans sa direction, et font en même temps disparaître une difformité des plus choquantes. Colorés, ces mêmes verres tamisent la lumière, diminuent l'excès de la sensibilité de

l'organe et permettent des travaux qui, sans eux, seraient impossibles. (Voyez *amaurose, mydriasis, strabisme, cataracte et luxation du cristallin, pupille artificielle, maladies de l'accommodation, myopie, presbytie, diplopie, paralysies des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> paires, taches de la cornée*).

## CHAPITRE XV.

### MALADIES GÉNÉRALES DU GLOBE.

#### I. — Vices congénitaux de conformation.

Je ne ferai que rappeler ici ces difformités particulières dont on trouve des exemples assez nombreux dans l'ouvrage du docteur Schon et dans celui de Lawrence, que j'ai déjà cités l'un et l'autre. On pourra consulter aussi avec beaucoup d'avantage les ouvrages remarquables de Seiler (1) et de d'Ammon (2). Les vices de conformation sont : l'*anopsie*, ou absence des yeux; la *monopisie* (qu'on a décrite aussi sous les noms de *cyclopie* et *rhinocéphalie*), ou fusion des deux yeux en un seul; la *polyopsie*, dans laquelle on a observé trois ou quatre yeux sur une même tête; la *position anormale* occupée par ces organes, qu'on a vus placés au sommet de la tête, au front ou sur les épaules.

On peut encore ranger dans cette classe le *microphthalmos*, maladie fréquente que l'on considère comme une atrophie congénitale, par suite de laquelle l'œil, n'ayant pas pris tout son accroissement, est demeuré extrêmement petit, et présente quelques membranes non complètement développées; le *mégalophthalmos* (aussi appelé *buphthalmos* ou œil de bœuf), cas dans lequel l'œil offre un volume considérable; la *position inégale* des yeux, où l'on voit ces organes placés, soit l'un plus haut que l'autre, soit sur un plan antéro-postérieur différent, etc.

Entre autres difformités, j'ai observé un cas de *microphthalmos*. C'était un enfant né aveugle; ses yeux, d'une petitesse extrême, étaient atteints de cataractes et avaient été mal opérés: j'ai pra-

(1) Seiler, in-fol., 1833. Dresde.

(2) Ammon, loco citato, 3<sup>e</sup> partie.

tiqué la pupille artificielle des deux côtés, et j'ai réussi d'abord à rétablir la vue dans l'œil gauche. L'enfant a pu, dès lors, apprendre à lire. Plus tard l'œil droit a été opéré aussi avec succès.

## II. — Maladies acquises.

### ARTICLE PREMIER.

#### HYDROPTHALMIE.

L'hydrophthalmie est une maladie dans laquelle une sécrétion liquide anormale s'est formée dans le globe, avec ou sans augmentation notable de son volume. Le liquide morbide varie quant au siège aussi bien que quant à la nature. On le trouve, en effet, sous la sclérotique (*hydropisie sous-scléroticale*), entre la choroïde et la rétine (*hydropisie sous-rétinienne*), dans la chambre antérieure, ou dans la chambre postérieure (cette dernière variété a été nommée *hydropisie du corps vitré*). La nature du liquide est différente ; il est parfaitement transparent dans l'hydropisie antérieure ou postérieure ; on peut croire alors qu'il est dû à une hypersécrétion de l'humeur aqueuse. Au contraire, lorsqu'il siège entre la sclérotique et la choroïde, ou entre cette dernière et la rétine, il est trouble, plus ou moins visqueux, et de couleur chocolat clair, circonstance qui concourt, avec la décoloration de la choroïde, à prouver que cette membrane a subi des altérations manifestes. Nous avons décrit ailleurs l'hydropisie sous-rétinienne (voy. pag. 475), et n'y reviendrons pas ici : nous ne nous occuperons point, à cause de sa rareté, de l'hydropisie sous-scléroticale, et nous nous bornerons à décrire l'hydrophthalmie proprement dite.

**SYMPTÔMES ANATOMIQUES.** — Le développement morbide du globe se présente en avant ou en arrière, selon que c'est la cornée ou la sclérotique qui offre le moins de résistance : de là l'hydrophthalmie antérieure et l'hydrophthalmie postérieure.

*Hydrophthalmie antérieure.* — Lorsque c'est la cornée qui cède la première, voici les symptômes qu'on remarque : d'abord cette membrane offre une convexité un peu plus forte que de coutume ; on reconnaît, en la regardant de côté, qu'elle est plus saillante en avant et plus éloignée de l'iris, en d'autres termes, que la chambre antérieure est plus grande. Les choses peuvent rester dans cet état pendant un temps fort long, surtout après certaines kératites ; mais il n'en est pas toujours ainsi : la cornée s'agrandit

peu à peu dans tous ses diamètres, et prend quelquefois une étendue du double de celle qu'elle présente lorsqu'elle est saine. Elle est alors le plus souvent amincie, cependant je l'ai vue aussi manifestement plus épaisse. Lorsqu'on l'examine avec attention, on reconnaît, dans beaucoup de cas, qu'elle n'a plus sa transparence parfaite : elle semble un peu verdâtre, comme dans certaines kératites primitives au début. D'autres fois, pendant un temps qu'on ne peut évaluer, elle demeure transparente, malgré sa distension ; mais elle finit par se tacher à son centre, surtout quand elle s'avance sous forme de cône. Je ne sache point qu'elle se soit fréquemment rompue.

L'*iris* conserve longtemps ses mouvements, mais pour les perdre plus tard ; sa couleur, d'abord normale dans la majorité des cas, offre à la longue des altérations évidentes. Une chose remarquable, c'est que très souvent il subit comme la cornée un développement considérable, non-seulement à sa grande circonférence, ce qui serait tout simple, mais encore dans toute sa surface. Alors la pupille conserve ses dimensions naturelles, et le diaphragme, agrandi du double flotte entre les deux chambres en présentant des oscillations telles que je l'ai vu venir frapper la cornée. Dans ce cas il y a complication évidente de *synchisis*, et le plus souvent hydrophthalmie postérieure.

La *pupille*, plus ou moins mobile, ne garde pourtant pas toujours sa largeur ordinaire. Parfois elle offre une immobilité complète, un diamètre plus grand de la moitié, et des inégalités plus ou moins nombreuses. Elle est noire le plus souvent, du moins tant que la maladie n'est point portée à ses dernières limites, et qu'aucune altération n'est encore survenue dans la chambre postérieure. Plus tard elle contracte des adhérences avec la capsule et se retire en arrière, de sorte que la chambre antérieure prend la forme d'un entonnoir, dont la base se trouve en avant, et dont le sommet correspond à une cataracte.

Les *mouvements* du globe, d'abord très faibles, finissent par ne plus s'exécuter librement ; les paupières se distendent en même temps que la cornée ; dans d'autres cas, l'hydrophthalmie, devenue générale, est compliquée d'un *staphylôme* de la sclérotique, et cette tumeur, prenant un point d'appui contre l'orbite, paralyse tout à fait les mouvements de l'œil.

*Hydrophthalmie postérieure.* — Ici c'est la sclérotique qui la première subit la distension ; de là l'accumulation du liquide dans