

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.

HYDROPHTHALMIE.

L'hydrophtalmie 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'hydrophtalmie 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'hydrophtalmie antérieure et l'hydrophtalmie postérieure.

Hydrophtalmie 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 hydrophtalmie 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'hydrophtalmie, 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.

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

la coque oculaire. Le volume du globe augmente alors d'une manière notable, mais en arrière de la cornée, et celle-ci ne présente d'abord aucun changement ; elle est seulement poussée en avant. La fibreuse s'amincit peu à peu, surtout entre les muscles droits, en occasionnant une douleur le plus souvent supportable, mais qui, dans quelques cas exceptionnels, est si horrible, qu'on a vu des malades en devenir fous, et qu'on cite l'exemple d'un malheureux qui s'ouvrit l'œil avec un canif pour se soulager (Beer). Le globe devient presque carré en arrière, la sclérotique amincie finit par livrer passage à la choroïde, et les staphylômes qui apparaissent alors sous la muqueuse atteignent un volume souvent considérable (voy. *Staphylôme de la sclérotique*, t. II, p. 404, *Choroïdite*, p. 414, *Scléro-choroïdite postérieure*, p. 428). C'est alors que le globe prend une teinte noire, partielle ou générale, et qu'on voit le plus souvent des tumeurs bleuâtres se former dans le point de la sclérotique correspondant au corps ciliaire (*Cirsophthalmie*).

L'*hydrophthalmie postérieure* et l'*antérieure* peuvent demeurer longtemps isolées, ou se confondre rapidement, et produire l'*hydrophthalmie générale*.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — La *douleur* est nulle au commencement de la maladie, c'est-à-dire pendant tout le temps que le liquide est peu abondant, et que la sécrétion en est lente ; mais elle devient atroce dans quelques cas, heureusement assez rares. Dans l'*hydrophthalmie congénitale* ou dans la chronique, le malade ne souffre aucunement, à moins que le volume du globe ne se trouve très considérable, et que les parties ne soient enflammées.

Au début, et alors que, dans l'*hydrophthalmie antérieure*, la cornée est encore peu bombée en avant, la *vision* n'a subi d'autres modifications qu'un certain degré de myopie ; mais on conçoit que plus tard elle éprouve des altérations très profondes, et disparaît même complètement. Dans l'*hydrophthalmie postérieure*, qui n'est autre chose que le *staphylôme postérieur*, elle est presque toujours complètement abolie.

Les symptômes généraux sont en rapport avec l'affection locale : la santé est parfaite au début et dans la période chronique ; elle est au contraire fortement altérée dans la période aiguë, surtout lorsque la distension de l'œil est très grande. Il y a alors insomnie, fièvre, délire, et la mort peut s'ensuivre si le *phlegmon* s'empare de l'œil.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC. — La durée de cette affection est en général extrêmement longue ; jamais le malade n'en guérit complètement. Tant que le mal n'est pas très avancé, il peut demeurer stationnaire pendant un grand nombre d'années, et n'occasionner d'autre gêne qu'un degré de myopie plus ou moins marqué. Mais lorsque la sécrétion liquide est abondante, des accidents surviennent de toutes parts dans le globe, et outre la kératite, l'inflammation de la choroïde et les staphylômes de cette membrane, on voit encore, comme autant de terminaisons différentes, l'ulcération, la suppuration, l'atrophie ou la rupture spontanée du globe. Le pronostic de l'*hydrophthalmie* est soumis à la marche de ces maladies : en conséquence, il est toujours grave.

ÉTILOGIE. — L'*hydrophthalmie* est le plus ordinairement une affection dépendante de causes toutes locales ; cependant quelques auteurs pensent que la syphilis et les scrofules jouent un rôle important dans sa production. Les enfants y sont plus prédisposés que les adultes ; il est rare de trouver l'*hydrophthalmie* chez les vieillards. Cette maladie est souvent congénitale ; je l'ai observée bien des fois sous cette forme, que Ware et Lawrence ont notée aussi. On a vu des enfants d'une même famille l'apporter tous en naissant : ainsi Juengken cite l'exemple de six frères qui furent dans ce cas. La kératite et la sclérotite secondaires à la choroïdite, et en général les inflammations fréquentes des yeux, surtout après la variole, la rougeole ou la scarlatine, semblent y prédisposer. Elle est très fréquente après les coups sur les yeux ou après les piqûres. On la voit aussi après les opérations de la cataracte à l'aiguille. Je l'ai observée fort souvent à la suite de diverses expériences pratiquées sur des lapins, et notamment après les déchirures de l'iris et les piqûres de la cornée.

TRAITEMENT. — Il présente de grandes difficultés, la guérison de l'*hydrophthalmie* étant impossible. Des remèdes généraux doivent être d'abord prescrits contre la cause qu'on suppose avoir produit la maladie. S'il existe un vice scrofuleux, syphilitique ou autre, on le combat par le traitement en usage. Mais on ne peut attendre de moyens si indirects qu'une amélioration bien éloignée. Le traitement local ne présente lui-même aucun degré de certitude. On essaie des résolutifs, parmi lesquels on doit compter les

applications de ventouses scarifiées ou de sangsues dans le voisinage de l'orbite, les frictions mercurielles, les sachets aromatiques, les astringents, la compression ménagée, pratiquée pendant un temps ordinairement très long.

Si l'hydrophtalmie, demeurant stationnaire, se borne à produire un léger bombement de la cornée, on recommande les lunettes bi-concaves, dans le but d'allonger le foyer visuel, et de rendre ainsi au malade la vie moins triste. Mais lorsque l'affection passe à l'état aigu, qu'elle produit de vives douleurs et détermine des symptômes généraux, comme la fièvre et le délire, la ponction de la cornée ou de la sclérotique, plusieurs fois répétée, est indispensable (voy. *Paracentèse*). On pratique encore cette opération lorsque la maladie n'occasionne aucune douleur, mais que l'œil, devenu le plus souvent amaurotique, présente un volume considérable; aussitôt alors, après l'évacuation des liquides contenus dans la coque oculaire, on a recours à une compression permanente, qui doit être faite avec beaucoup de soin. Lorsque l'œil prend un volume si grand que les paupières ne le protègent plus, et qu'il se recouvre de tumeurs noirâtres formées par la choroïde, on enlève la cornée selon les règles qui ont été établies ailleurs (voy. *Staphylôme opaque de la cornée*, t. II, p. 351), et l'on provoque ainsi l'atrophie du bulbe. Mais, dans cette opération, il est nécessaire de se prémunir contre l'éventualité d'une hémorragie assez fréquente. Le malade cache alors sa difformité sous un œil artificiel. Je n'ai jamais vu que l'extirpation du globe tout entier fût nécessaire.

ARTICLE II.

HÉMOPHTHALMIE.

On entend par ce mot une maladie dans laquelle un épanchement de sang survient dans l'œil. C'est l'*hypohéma*, quand ce liquide s'accumule à la partie déclive de la chambre antérieure. Une grande quantité de sang peut remplir le globe oculaire, et alors, pourvu qu'il soit contenu dans le corps vitré, il est à peu près impossible, surtout dans les premiers temps, de reconnaître ce liquide à sa couleur; on a beau projeter, en effet, une quantité considérable de lumière dans la pupille avec l'ophthalmoscope, rien

ne s'éclaire, et cela suffit, quand le mal s'est développé brusquement, pour ne conserver aucun doute sur sa nature. Mais peu à peu un caillot rouge vif s'organise à la partie déclive de l'œil, et on le voit aisément dans la chambre postérieure, près de l'iris, souvent à l'œil nu et en prenant la précaution de dilater la pupille. Le corps vitré conserve longtemps une teinte sombre, puis il se débarrasse peu à peu assez pour que l'on y découvre facilement des flocons flottants (voy. ce mot p. 398).

On voit encore des épanchements de sang dans la choroïde et dans la rétine, mais on ne les décrit jamais sous le nom d'hémophtalmie, réservé seulement aux grandes collections de sang dans l'intérieur du bulbe.

L'hémophtalmie est fréquente à la suite des violences extérieures; les coups, les contusions, les piqûres et surtout les coups de fouet la provoquent souvent. On la voit aussi dans certaines manœuvres chirurgicales maladroitemment faites pour l'abaissement des cataractes, dans celles qui sont nécessaires pour l'établissement d'une pupille artificielle et pour séparer l'iris de la capsule du cristallin, quand il existe des exsudations qui ferment en partie la pupille. Elle est fréquente dans la paracentèse de la chambre antérieure, bien que l'on ne touche pas l'iris. C'est alors une hémorragie *ex vacuo*, ou mieux par défaut de compression.

J'ai observé encore cette variété dans le cours de quelques opérations de cataracte par extraction: alors que tout a marché régulièrement, que le cristallin est enlevé et la pupille noire, le malade accuse tout à coup une violente douleur dans le fond de l'œil et dans le sourcil, puis, si l'on ne se hâte de comprimer, on voit bientôt l'iris poussé en avant par le corps vitré. Celui-ci s'échappe sur la joue et est bientôt suivi d'une quantité de sang considérable et que l'on ne parvient à arrêter que par une compression énergique. L'œil est alors absolument perdu. Cette même hémorragie s'observe encore après l'ablation de certains staphylômes et dans les opérations qui ont pour but de détruire l'œil en enlevant une partie.

On voit souvent l'hémophtalmie dans le cours de certaines inflammations graves, et, en particulier, dans les iritis chroniques et dans les inflammations des membranes internes sujettes à récidive et compliquées de choroïdite.

Le traitement de l'hémophtalmie est en général fort simple: il est local et général. Le traitement local comprend les applica-

tions réfrigérantes, la compression, les frictions résolutive, les émissions sanguines dans le voisinage de l'organe malade, etc. La paracentèse de la chambre antérieure pour l'hypohéma spontané traumatique peut être d'une très grande utilité. Mais il ne faut pas oublier que cette opération n'est praticable que lorsque l'œil n'est pas atteint d'une ophthalmie chronique. Appliquée dans ce cas, la paracentèse débarrasserait la chambre antérieure du sang qu'elle contient, mais ce sang serait remplacé immédiatement par d'autre.

Le traitement général est tout entier dans une médication altérante, dans laquelle la saignée, les purgatifs, les iodures, le tartre stibié, la diète, jouent le rôle principal.

ARTICLE III.

CANCER DE L'ŒIL.

L'œil, de même que les autres organes, est exposé au cancer. Cette maladie est plus fréquente dans l'enfance, mais alors elle prend le plus souvent la forme de l'encéphaloïde, que nous avons classée dans les affections de la rétine.

Il est très difficile, dans la plupart des cas, de le reconnaître à son début, à moins qu'on ne se serve de l'ophtalmoscope. Plus tard, lorsque l'œil s'enflamme, le mal se masque encore sous les symptômes d'une ophthalmie interne. De même que dans cette dernière affection, en effet, l'œil est larmoyant, photophobe; la vue devient mauvaise et disparaît à la longue, sans que rien jusque-là puisse faire soupçonner la gravité du mal qui va bientôt se développer. Quel que soit le traitement employé, l'œil demeure rouge, douloureux; le malade ne ressentait d'abord qu'une démangeaison incommode, et déjà il éprouve de temps en temps quelques douleurs très vives, s'irradiant à tout un côté de la tête, et dont le point de départ est dans le globe. Peu à peu ces douleurs deviennent insupportables, s'exaspèrent pendant la nuit, et enlèvent ainsi au malade le sommeil, l'appétit et la santé; en même temps on constate une inflammation des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et pré-auriculaires. Le globe augmente de volume, mais ordinairement avec une grande lenteur; sa surface devient inégale, et des bosselures apparaissent entre les muscles droits, ce qui donne à

l'œil une forme carrée. La cornée demeure longtemps saine; dans beaucoup de cas, on reconnaît que l'iris s'est déplacé; et, dans d'autres, que la chambre antérieure se trouve remplie de sang. Bientôt la cornée perd sa transparence, s'altère dans sa forme, se rétrécit ou s'agrandit; la conjonctive, considérablement épaissie dans la plupart des cas, devient rouge; souvent elle est le siège d'un chémosis séreux très considérable; les vaisseaux qu'elle présente sont dilatés, variqueux, le plus souvent bleuâtres, quelquefois rouge brun, de même que ceux du tissu cellulaire sous-conjonctival. Si l'état de la muqueuse permet de voir la sclérotique, on reconnaît que celle-ci a pris une couleur jaune sale très prononcée, et qu'elle a perdu sa forme ordinaire.

Peu à peu tous ces caractères deviennent plus marqués; le globe commence à faire saillie à travers les paupières, qui bientôt ne peuvent plus le recouvrir: c'est à ce moment que la muqueuse boursoufflée vient former un large bourrelet rouge par-dessus les cils de la paupière inférieure. Après être demeuré quelque temps dans cet état, qu'on peut confondre avec le phlegmon de l'œil, si l'on ne fait attention à la lenteur de la marche de la maladie, le globe finit par s'ulcérer dans plusieurs points; alors le tissu cellulaire péri-oculaire et les paupières mêmes sont envahis par l'affection cancéreuse, qui, si l'on ne vient au secours du malade, s'étendra bientôt à toutes les parties contenues dans l'orbite, et même aux os qui constituent cette cavité. Les ulcérations s'étendent en largeur et en profondeur; il en découle un ichor fétide, jaunâtre, tirant quelquefois sur le noir, et des fongosités sortant de ces plaies achèvent de détruire la forme de l'œil qui a perdu depuis longtemps ses mouvements.

Lorsque la maladie en est arrivée à ce degré, la marche en devient rapide: les fongosités s'élèvent de plus en plus, et saignent au moindre contact; la suppuration fétide devient très abondante, les douleurs augmentent au point que les malades sont absolument privés de repos, la constitution s'épuise en peu de temps, la fièvre hectique s'allume, et le malade finit par succomber.

On ne confondra pas le cancer avec la *mélânose bénigne*; elle se caractérise par une tumeur molle, d'un noir bleuâtre, qui débute tantôt dans l'intérieur du globe, tantôt à sa surface. Elle est plus fréquente chez l'adulte, et ne contient absolument que des cellules pigmentaires.

Comme ces tumeurs sont ordinairement à la surface du globe,