

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'ophthalmoscope. 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,

on peut toujours s'assurer de leur nature en examinant une petite partie sous le microscope.

Quelquefois la mélanose accompagne l'encéphaloïde : un homme chez lequel j'ai pratiqué l'extirpation du globe avait présenté tous les symptômes du fungus médullaire de la rétine, et je trouvai dans le fond de l'œil une tumeur mélanique, entourée de tissu encéphaloïde et offrant le volume d'une petite noisette. Comme toutes les tumeurs mélaniques, elle s'était développée très rapidement et avec des douleurs orbitaires insupportables. Il y avait près du sourcil une autre tumeur de même nature, qui n'avait fait aucun progrès.

Si l'on abandonne à elle-même la tumeur mélanique enfermée dans le globe, elle le distend, l'ulcère, envahit bientôt les paupières, et se termine en provoquant l'écoulement sanguin noirâtre, la suppuration et les autres accidents dont nous avons parlé plus haut. Le plus souvent d'autres tumeurs mélaniques, siégeant dans d'autres parties du corps, accompagnent celle de l'œil, et sont compliquées d'encéphaloïde. J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, une femme dont le cadavre en était pour ainsi dire couvert.

On doit donc, d'après ces observations, distinguer les différentes mélanoses entre elles et agir suivant qu'elles sont intra ou extra-oculaires, superficielles ou profondes, de nature bénigne ou maligne.

MARCHE. — La marche du cancer de l'œil est ordinairement lente. Lorsqu'elle a commencé par les paupières, elle peut ne faire aucun progrès pendant longtemps, puis prendre tout à coup une marche très rapide.

PRONOSTIC. — Il est toujours fort grave : presque toujours la maladie entraîne la mort du malade.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie est celle du cancer en général, c'est-à-dire qu'elle est complètement ignorée : les coups sur l'œil, les blessures profondes, les ophthalmies répétées, le staphylôme ulcéré, l'hydrophthalmie, l'hérédité, ont été pourtant notés en première ligne.

TRAITEMENT. — Les moyens internes échouent toujours contre cette maladie, et l'on en vient forcément à l'opération. On a pensé que l'atrophie du bulbe pouvait être obtenue, dans quelques cas, au moyen d'un traitement altérant. J'ai dit plus haut combien il

est peu raisonnable de compter sur cette terminaison (voy. *Encéphaloïde de la rétine, Pronostic*, p. 487), il serait donc superflu de revenir là-dessus.

Le procédé opératoire à employer varie selon qu'on se borne à enlever simplement une partie de l'œil malade, ou qu'il est nécessaire d'enlever soit le globe tout entier, libre ou non dans l'orbite, soit en même temps le globe et les paupières.

Amputation partielle du globe. — On la pratique d'après les règles posées au traitement du staphylôme de la cornée (voy. ce mot, t. II, p. 350). Un bistouri effilé ou un couteau à cataracte une érigne et des ciseaux courbes un peu forts suffisent pour cette opération. Les paupières convenablement maintenues, le chirurgien tenant l'érigne de la main gauche, s'il s'agit d'opérer sur l'œil gauche, accroche avec cet instrument les parties malades, implante brusquement le couteau dans le globe, et le traverse de part en part, de manière que la lame, dont le tranchant est dirigé en haut, reste en arrière des parties à retrancher; alors il continue doucement son incision, en poussant la pointe de l'instrument vers le grand angle, comme cela se pratique dans la kératotomie supérieure, et il termine la section avec le plus de lenteur possible, afin d'éviter la sortie de tous les milieux de l'œil. Ce premier temps exécuté, le tranchant du couteau est dirigé en bas, comme pour la kératotomie inférieure, et les parties malades emportées demeurent ainsi fixées à l'érigne.

Au lieu d'un couteau à cataracte, il est préférable de se servir de mon staphylotome.

Dans le deuxième temps, le chirurgien emploie les ciseaux. L'hémorrhagie est ordinairement peu abondante : mais si avant l'amputation partielle on jugeait, sur l'aspect vasculaire des parties, avoir à la redouter, il vaudrait mieux recourir tout d'abord à l'extraction du globe entier.

Extraction du globe libre dans l'orbite. — Les procédés que nous allons décrire s'appliquent au cas où le cancer est encore renfermé dans le globe, qui n'a, par conséquent, contracté aucune adhérence morbide avec les parties voisines.

Premier procédé. — Il appartient à M. Bonnet, de Lyon, qui n'en avait point encore fait l'application en 1841. « On sait, dit ce chirurgien (1), que, lorsqu'on enlève l'œil par les procédés ordi-

(1) Bonnet, *Traité des sections tendineuses et musculaires*. Paris et Lyon, 1841, p. 321.

naires, on fait pénétrer l'instrument dans les graisses de l'orbite, et que l'on coupe les muscles à une distance plus ou moins grande de leur insertion dans l'œil.

« Dans cette opération, on divise les troncs des nerfs qui se distribuent aux muscles de l'œil puisque l'on coupe ces muscles plus ou moins près de leur insertion orbitaire. On divise souvent des ramifications des artères ophthalmiques, lacrymales ou frontales, ce qui donne naissance à des hémorrhagies souvent difficiles à arrêter; on éviterait sans aucun doute tous ces accidents si l'on coupait les muscles et le nerf optique à leur insertion à la sclérotique, et si l'on enlevait l'œil en laissant intacte la capsule dans laquelle il est renfermé. Évidemment en opérant de la sorte, on éviterait toute crainte d'hémorrhagie, on ne blesserait que le nerf optique, et la plaie étant séparée par un tissu fibreux des graisses de l'orbite, l'inflammation dont elle pourrait être le siège ne se propagerait pas du côté du cerveau.

« Ces idées ne sont encore pour moi que des idées *à priori*, je n'ai pas eu l'occasion de les appliquer sur le vivant; mais si je rencontrais un cas favorable à cette application, voici comment je procéderais à l'extirpation de l'œil :

« Après avoir écarté les paupières au moyen des instruments que j'ai conseillés, je couperais le muscle droit interne avec les mêmes précautions que dans l'opération du strabisme; puis, glissant des ciseaux à travers la plaie que j'aurais faite, et les faisant pénétrer entre la sclérotique, d'une part, et le fascia sous-conjonctival et les muscles, de l'autre, je couperais circulairement tous les muscles droits près de leur insertion à l'œil; après cette section, il ne me resterait plus qu'à diviser aussi près que possible de l'œil les deux obliques, puis le nerf optique; l'œil serait alors enlevé sans que j'eusse intéressé aucun vaisseau, aucun nerf, et sans que j'eusse pénétré dans les graisses de l'orbite.

« La seule objection que je conçois contre ce procédé, dont j'ai conçu l'idée lorsque je faisais des recherches anatomiques sur les membranes qui entourent l'œil, est la difficulté de trouver des cas où il puisse être mis en usage. Généralement les tissus qui entourent l'œil sont trop altérés dans les affections qui nécessitent l'extirpation de cet organe, pour que le procédé que j'indique puisse trouver son application. Je ne me rappelle qu'un seul cas où l'on eût pu le mettre en usage sans inconvénient: c'est celui d'une malade que j'ai vu opérer par M. Gensoul. L'œil n'avait

point perdu sa forme et son volume; la vue y était abolie, et les douleurs atroces qu'éprouvait la malade et que rien n'avait pu soulager, décidèrent seules à l'opération; on trouva dans ce cas une tumeur mélanique qui n'avait encore envahi que la rétine; le procédé que j'indique eût trouvé là, sans doute, une utile application. »

A. Bérard, MM. Stœber, Cunier, ont enlevé l'œil en suivant les indications de M. Bonnet, sauf qu'après avoir coupé le muscle droit interne, ils ont attaqué immédiatement le nerf optique, et n'ont divisé qu'ensuite les autres muscles. M. Cunier a eu à combattre, après l'opération, une suppuration abondante et un bourgeonnement très considérable qu'il n'avait jamais rencontré jusqu'alors (1), et que sur de très nombreux cas je n'ai pas observé.

Ce procédé, fort ingénieux et d'une exécution des plus faciles, me semble présenter pourtant l'inconvénient, très grand dans le cancer, d'empêcher le chirurgien d'attaquer le nerf optique aussi loin que possible. En effet, d'après les indications données plus haut, il ne peut être divisé qu'en avant de la capsule fibreuse, tandis que par le deuxième procédé on peut l'atteindre jusque sur le trou optique, et certes c'est là un point bien important, puisque le nerf est très fréquemment dégénéré, alors même que le cancer est encore fort peu avancé, et qu'en le laissant en partie dans l'orbite, on abandonne ainsi une des chances si rares de guérison que donne l'extraction du globe dans cette maladie. C'est une remarque que j'ai déjà eu l'occasion de faire en publiant deux observations de cancers oculaires dont j'ai fait l'ablation (voy. *Gazette des hôpitaux*, année 1843).

Mais on n'extrait pas l'œil seulement dans les affections cancéreuses; il est de nombreux cas dans lesquels le procédé de Bonnet est d'une ressource incontestable, par exemple lorsqu'il s'agit de débarrasser un malade d'un œil atrophié, qui en s'enflammant incessamment occasionne des douleurs intolérables, et mine peu à peu la constitution en compromettant la vue de l'œil demeuré sain. Il ne faut, pour l'exécuter dans de tels cas, que trente à trente-cinq secondes, et les opérés, après quelques jours, se trouvent dans l'état le plus satisfaisant et portent facilement l'œil artificiel.

Deuxième procédé. — C'est celui de Louis, légèrement modifié.

(1) Cunier, *Annales d'oculistique*, tome VII, p. 34.

Premier temps. — Le malade est étendu sur un lit, la tête élevée. Le chirurgien, placé du côté de l'œil malade, introduit un bistouri effilé entre la peau et les os, afin d'agrandir en dehors la fente naturelle des paupières, et de découvrir ainsi largement la tumeur. Dans le cas où le globe est très proéminent, l'incision est faite avec un bistouri courbe.

Deuxième temps. — L'œil est traversé avec un long crochet courbe en forme d'alêne, ou avec une aiguille à laquelle un fil est attaché, dans le but de maintenir convenablement le globe, et de le diriger dans tous les sens nécessaires. Alors le bistouri est enfoncé dans l'orbite, et conduit selon la direction du cul-de-sac inférieur de la conjonctive, depuis l'angle interne jusqu'à l'angle externe. Pendant ce temps, la paupière inférieure est tendue par un aide, tandis que la supérieure demeure libre. Lorsque cette première incision est terminée, la paupière supérieure, à son tour, est saisie par l'aide, et relevée avec les doigts ou un élévateur, pendant que le chirurgien, plaçant le bistouri dans l'angle interne, de manière à faire tomber la seconde incision dans la première, le conduit de dedans en dehors en rasant l'orbite dans toute sa paroi supérieure. Quelques chirurgiens veulent que le bistouri soit conduit de dehors en dedans, et qu'il soit plongé d'abord dans l'angle externe. Les raisons qu'on donne de part et d'autre sont de peu d'intérêt, lorsque le globe est parfaitement libre; s'il s'agissait de raser avec le bistouri les parois de l'orbite envahies par le cancer, il serait peut-être plus prudent de commencer par l'angle externe.

Troisième temps. — Le nerf optique et les muscles droits retiennent seuls le globe au fond de l'orbite; on les divise d'un seul coup, avec des ciseaux courbes dont la concavité est tournée vers le globe, et dont la convexité doit prendre un point d'appui contre la paroi supérieure de la fosse orbitaire.

Il est inutile d'enlever la glande lacrymale lorsqu'on est convaincu qu'elle n'a subi aucune dégénérescence, ce qu'on est ordinairement en droit de penser quand le cancer est demeuré renfermé dans le globe: en la laissant, il n'y a pas toujours lieu de craindre un larmolement incommode. Cependant il n'y a aucun inconvénient à l'enlever. Chelius, Jæger, Rosas, Demours, Lisfranc, Sanson, en recommandent l'ablation. Je n'ai jamais cru devoir y recourir.

Ce procédé, de beaucoup inférieur au précédent sous le rapport

de la rapidité de l'exécution, est préférable dans le cancer parce qu'il atteint le nerf optique un peu plus loin en arrière.

Mais si on le choisit de préférence à celui de Bonnet, on doit le modifier et réserver la conjonctive, parce qu'elle est nécessaire à l'application de l'œil artificiel. On devra donc détacher préalablement la muqueuse du globe, auteur de la cornée, et prolonger sur elle l'incision de la peau du petit angle de l'œil. Ce premier temps exécuté, la conjonctive tout entière sera écartée en bas et en haut par l'élévateur, en même temps que la paupière, puis le globe sera enlevé de la manière indiquée.

Extraction du cancer adhérent à l'orbite. — Lorsque le cancer a gagné les tissus de l'orbite, et qu'après avoir envahi le globe, il remplit complètement cette cavité, le second procédé que nous venons de décrire n'est plus applicable: c'est au premier qu'il convient de recourir. Dans ce cas, le bistouri, qu'on introduit d'ordinaire dans l'angle interne, devra raser les parties osseuses aussi près que faire se pourra, afin de ne laisser de tissus dégénérés que le moins possible. Après que le globe sera extrait, on promènera le doigt dans tout l'intérieur de l'orbite, pour reconnaître si des portions malades n'y auraient point été laissées; on constatera en même temps la résistance que le nerf optique présente au toucher, en s'assurant s'il ne serait point entouré, comme cela arrive très souvent, d'une masse circulaire de tissus indurés: si cela était, on enlèverait toutes ces parties malades, en se servant d'une pince à griffes et d'une paire de ciseaux courbes. On raclerait les os avec le bistouri convexe ou avec la rugine, si les parties y étaient trop adhérentes; mais on devra agir avec précaution, surtout vers la paroi interne de l'orbite, qu'on pourrait très facilement briser.

Lorsque les paupières ne sont qu'adhérentes aux parties malades, on divise les brides avant d'extraire le globe; mais si elles n'ont pas échappé à la dégénérescence, on les enlève en même temps que l'œil. Il n'est pas nécessaire alors d'agrandir l'angle externe: on emporte immédiatement et du même coup le globe et les paupières, en circonscrivant l'orbite par la double incision dont nous avons parlé; seulement on a grand soin, dans ce cas, d'extraire la glande lacrymale.

Pansement. — Il est des plus simples. Après que la commissure externe a été réunie au moyen d'épingles et d'une suture convenable, on n'a besoin, le plus souvent, que d'appliquer sur

l'orbite des compresses imbibées d'eau froide. Il est inutile, et même dangereux parfois, d'introduire dans cette cavité un linge enduit de cérat, et recouvert d'une couche épaisse de charpie qu'on maintient par plusieurs tours de bandes fortement serrées autour de la tête. Ce n'est que dans le cas où une hémorrhagie considérable surviendrait, qu'il serait permis de recourir à ce mode de pansement, généralement abandonné aujourd'hui.

Suites de l'opération.— Immédiatement après l'enlèvement du globe, les malades accusent une douleur vive, qui s'étend à toute la moitié correspondante de la tête, et disparaît ordinairement après deux à trois heures environ. Lorsqu'elle dure plus de temps, que le malade est très agité et que le pouls s'élève, il y a lieu de surveiller l'état de l'encéphale. Souvent cette douleur est occasionnée par l'introduction de la charpie dans l'orbite, et par le bandage qui la retient.

Le malade est tenu à la diète pendant deux ou trois jours; pendant ce temps, si les choses marchent convenablement, on lui prescrit des boissons aqueuses, et on lui accorde un ou deux bouillons. Lorsque la suppuration survient, ce qui arrive d'ordinaire vers le quatrième jour, on nettoie les parties malades avec le plus de soin possible, au moyen de lotions d'eau tiède ou d'injections faites avec précaution : ce pansement est répété régulièrement tous les jours. On verra peu à peu la cavité orbitaire se remplir de fongosités rougeâtres, lesquelles rapprocheront insensiblement les incisions qui, en haut et en bas, ont divisé la muqueuse, de sorte qu'à la longue on n'apercevra plus dans l'orbite qu'une cicatrice transversale, reposant sur la conjonctive et ayant une certaine tendance à renverser les paupières en dehors. Cette circonstance est une indication de ménager la muqueuse le plus possible, lorsque le cancer est renfermé dans le globe, et de la diviser dans le point le plus rapproché de la cornée, si l'on veut épargner au malade la difformité de l'ectropion double, et à plus forte raison si on veut lui ménager la ressource de porter l'œil artificiel.

Les *complications* qui peuvent survenir après l'opération sont l'hémorrhagie, l'encéphalite et la reproduction du mal. Le premier de ces accidents, qui est rare, est facilement éloigné, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par le tamponnement de l'orbite, ou par l'introduction de petits morceaux de glace dans cette cavité, moyen qu'on peut essayer préalablement. On peut encore employer à ligature (Roux), la torsion de l'artère ophthalmique, ou

l'application sur ce vaisseau d'une pince qu'on maintient par un bandage convenable (Lisfranc). Lorsque des signes d'encéphalite apparaissent, les bandages sont enlevés immédiatement si rien ne s'y oppose, et l'on prescrit le traitement de cette maladie. Enfin, dans le cas où le cancer se reproduirait sur un ou plusieurs points de l'orbite, on emporterait les parties malades avec l'instrument tranchant, et l'on cautériserait ensuite avec le nitrate acide de mercure ou avec le cautère actuel, en prenant soin d'agir avec la prudence que commande le voisinage du cerveau.

ARTICLE IV.

GLAUCOME.

On entend par *glaucome* une maladie accompagnée de cécité dans laquelle le fond de l'œil offre une couleur verdâtre sale, couleur de fumée, de vert de mer ou jaune verdâtre foncé. Le véritable siège de cette affection ne peut être rapporté à une des membranes oculaires en particulier, mais doit l'être à plusieurs d'entre elles à la fois. C'est évidemment ce siège multiple qui explique les discussions nombreuses dont le glaucome a été le sujet. Les uns le regardaient comme une maladie du cristallin, les autres comme une maladie du corps vitré; il en est qui croient le voir dans la rétine, et le plus grand nombre le place aujourd'hui dans la choroïde, la rétine et le nerf optique; mais comme il est un peu partout, et tantôt plus, tantôt moins, se trouve dans chacune de ces membranes, je ne vois rien de mieux que de le classer dans les *maladies générales du globe*, comme j'ai fait pour l'hydrophthalmie et le cancer.

Cette manière d'envisager le glaucome a pu paraître peu fondée, il y a plus de dix ans, lors de la publication de la première édition de cet ouvrage, et cependant, depuis que l'ophthalmoscope a été découvert, le glaucome n'a pas pu trouver une meilleure place. On a rapporté son développement à une saillie de la papille du nerf optique, à l'état des vaisseaux de cet organe (ou du moins on a cru trouver une modification dans la manière dont ces vaisseaux se comportent); puis on a pensé que les battements de l'artère centrale de la rétine, qui deviennent visibles dans le glaucome, déchireraient enfin le voile qui couvre le véritable siège de cette maladie. Mais aucun de ces symptômes n'a une valeur assez