

à celui obtenu dans la paracentèse scléroticale, si on la répète à de courtes distances, par exemple de quatre en quatre heures, en ponctionnant sur divers points de la membrane. Ce moyen, bien entendu, n'est applicable qu'à l'état aigu, et il ne peut avoir aucun effet prophylactique, car, dès que la plaie paracentésique est guérie, soit sur la sclérotique, soit sur la cornée, et que l'accès est passé, le malade est sous la même influence qu'avant l'attaque.

C'est tout à la fois pour abattre le mal, le prévenir et en guérir les effets que M. de Græfe a imaginé d'appliquer l'excision de l'iris à la *guérison du glaucome* (voy. sa note adressée à l'Institut de France, 1857). Il obtiendrait ainsi une diminution permanente de la pression intra-oculaire et une nouvelle attaque de glaucome n'aurait plus été observée sur ses malades après un an et demi. Si l'opération est faite lors d'une première attaque et pendant l'état aigu, les douleurs tombent, comme je l'ai observé et pratiqué dans la paracentèse largement faite, et le malade guérit très rapidement. Quand elle est plus tardive, il y a encore des améliorations que l'on n'aurait pu obtenir par aucun autre moyen. Ainsi, même dans ces cas, le champ visuel s'agrandit, la pupille reprend sa mobilité, etc., etc.

Si ces recherches se confirmaient, ce serait là assurément une importante application de l'iridectomie (*le mode opératoire est celui de Benedict et de Guépin, de Nantes, dessiné p. 529, t. II*). Mais, en pareille matière, l'expérimentation est encore nécessaire aujourd'hui. J'ai dans ma pratique de nombreux cas de paracentèse scléroticale et kératique pratiquée dans le glaucome, et dans lesquels l'attaque la plus aiguë a été domptée. Il s'est passé pour quelques-uns plus d'un an et demi, et le mal n'a pas encore reparu ; mais, pour la plupart, les choses ont repris leur marche comme à l'ordinaire.

Les réflexions suivantes sur le moyen mis en pratique par M. de Græfe ne me paraissent donc pas hors de propos : dans l'excision de l'iris, on pratique sur la cornée une large ouverture qui donne issue, souvent pendant vingt-quatre heures, à l'humeur aqueuse ; en même temps que l'on fait une saignée locale abondante... Assurément ce moyen est plus puissant que la paracentèse, même celle de la sclérotique ; mais les effets d'une excision iridienne diminueront-ils à jamais le retour de la pression intra-oculaire ? Ne faudra-t-il pas revenir à de nouvelles iridectomies ? L'iris *atrophie* dans le

glaucôme jouerait-il donc un rôle si important dans la pression intra-oculaire ? N'obtiendrait-on pas un résultat égal par une large ponction de la cornée ? C'est, encore une fois, ce que l'expérience décidera. Il y a pourtant un fait que je considère comme acquis, c'est l'amélioration considérable de la vision que j'ai obtenue aussi et tout récemment par l'iridectomie dans quelques cas de glaucôme à forme lente, déjà avancés. Là encore, cependant, ne pourrait-on se demander si cette amélioration ne serait pas due à une diminution seulement temporaire de la pression, résultat d'une paracentèse hardiment appliquée ?

Dans tous les cas, et quel que soit le traitement employé, il convient de rechercher la cause qui a pu troubler la santé du malade, afin de l'éloigner par des moyens convenables. Ainsi les hémorrhoides, les règles, ou tout autre écoulement habituel supprimé, fixeront d'abord l'attention du praticien ; il en sera de même de certaines dispositions morbides générales, telles que les rhumatismes, la goutte, etc.

ARTICLE V.

OPHTHALMITE, PHLEGMON DE L'ŒIL.

On entend par cette dénomination l'inflammation de toutes les membranes oculaires à la fois, tant internes qu'externes, inflammation à laquelle participent toujours, à un degré plus ou moins élevé, les paupières et les tissus renfermés dans l'orbite. On désigne encore cette maladie sous le nom d'*ophthalmite*.

SYMPTÔMES. — Le point de départ de cette terrible inflammation peut exister dans chacune des membranes de l'œil isolément ; le plus souvent c'est la conjonctive bulbaire qui est atteinte la première, d'autres fois c'est l'iris ou la choroïde.

C'est donc par les symptômes anatomiques particuliers à l'inflammation aiguë de chacune de ces membranes que commence le phlegmon de l'œil.

On le voit survenir lentement ou très brusquement ; dans quelques cas, le passage d'une inflammation d'une membrane isolée au globe tout entier se fait si insidieusement, qu'il est impossible d'en saisir le moment. A la rougeur très vive de la muqueuse dans toute sa portion scléroticale, viennent se joindre des douleurs pulsatives violentes, accompagnées de fièvre, et quelquefois de

délire et d'autres symptômes généraux. Elles partent du fond de l'œil, s'étendent aux sourcils, à la tempe, le plus souvent à toute la moitié correspondante de la tête, et ne laissent aucun instant de repos au malade, qui pousse des cris aigus, se frappe la tête contre les murs et cherche même parfois à se suicider (Carron). L'œil est le siège d'une chaleur insupportable, et d'une sensation de tension si grande, que quelques-uns s'imaginent que leur œil va éclater. En même temps, la lumière devient insupportable, des larmes abondantes s'échappent des yeux, et le malade, tourmenté de pyropsie, recherche avec avidité l'obscurité la plus complète, mais sans y trouver grand soulagement (voy. *Rétinite*, p. 449). A ce moment il n'est pas rare de reconnaître que la conjonctive forme un bourrelet annulaire autour de la cornée (*chémosis phlegmoneux*). Cette dernière membrane est luisante et la pupille très resserrée; l'introduction de la lumière dans l'œil occasionne des douleurs horribles; les paupières commencent à rougir et à présenter un gonflement notable: c'est là ce qui constitue la première période du phlegmon de l'œil.

Mais bientôt la rougeur augmente avec le gonflement; les paupières s'injectent et s'enflamment au point que la supérieure, placée sur le même plan que le sourcil, vient descendre très bas sur la joue, en recouvrant l'inférieure dont les cils se trouvent ainsi appliqués contre le bulbe. La peau de la paupière est luisante et d'un rouge vif, tirant parfois un peu sur le bleu, surtout quand elle est très tendue. Il est difficile à ce moment d'examiner le globe. Si l'on y parvient, on reconnaît que le chémosis est plus considérable, et qu'à l'inflammation phlegmoneuse de la conjonctive s'est jointe son infiltration séreuse; la cornée est quelquefois un peu trouble; l'iris est notablement bombé en avant et la pupille très resserrée; la chambre antérieure se trouve diminuée: il n'est pas rare d'y voir du pus et du sang. Bientôt on verra aussi du pus derrière la pupille; le cristallin sera poussé en avant, et le globe de plus en plus tendu et volumineux, fera une saillie considérable (*exophthalmie*) en dehors de l'orbite (second degré ou période de suppuration). Les douleurs deviennent moins insupportables; la fièvre, qui s'est allumée dans la première période, persiste néanmoins, mais la photophobie et la vision de flammes (*pyropsie*) n'existent plus.

Le pus s'accumule lentement ou rapidement dans toute la coque oculaire; les douleurs que la distension de la sclérotique occa-

sionne augmentent de nouveau et deviennent atroces, jusqu'au moment où le liquide se fait jour au dehors par la sclérotique, ou, ce qui arrive le plus souvent, par la cornée (troisième degré ou période de rupture spontanée). Alors elles disparaissent complètement, ainsi que la fièvre et les autres symptômes généraux.

La figure 71, dessinée sur un malade de ma clinique, par M. le docteur King-Stone, de Washington, représente l'aspect de l'œil au moment où le pus vient de se faire jour au dehors. La paupière supérieure, énormément distendue, recouvre en partie l'inférieure, dont elle est séparée par la conjonctive chémosée, et faisant saillie dans l'ouverture palpébrale. Du pus s'échappe de l'œil et s'écoule sur la joue.

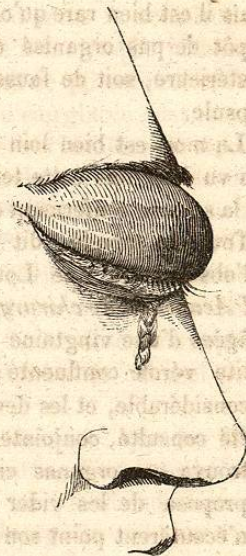


Fig. 71.

La suppuration diminue ordinairement peu à peu, et l'œil demeure atrophié. Il arrive quelquefois que la rupture du globe n'a pas lieu, et que le pus, épanché dans la coque oculaire, se résorbe complètement, comme Scarpa et Boyer l'ont observé. Les malades sont alors fréquemment frappés d'amaurose. Cependant j'ai vu aussi le phlegmon se terminer par une résolution franche, sans amaurose ni rupture, surtout après une paracentèse scléroticale hardiment faite dès le début du mal (comparez avec l'*Ophthalmie franche*, t. II, p. 46).

MARCHE. — PRONOSTIC. — La marche de l'inflammation est lente ou rapide; le plus souvent elle est très insidieuse. Le pronostic est toujours fort grave. On ne doit pas oublier néanmoins que, dans quelques cas exceptionnels, le phlegmon peut, comme nous venons de le dire, se terminer par une résolution complète.

TERMINAISONS. — La résolution est une terminaison aussi heureuse que rare. Il est beaucoup plus fréquent d'observer la fonte purulente du bulbe après la rupture de la cornée, ramollie dans une grande étendue. Cette membrane résiste quelquefois énergiquement à l'extension produite par l'accumulation des liquides

dans l'œil ; mais elle finit par éclater avec bruit, au moment, le plus souvent, où l'on fait des efforts pour relever la paupière dans le but d'examiner les parties malades. La phthisie complète du bulbe est la conséquence de cette terminaison. Dans beaucoup de cas, l'amaurose, sans déformation apparente du globe considéré dans son ensemble, est le résultat de la maladie qui nous occupe ; mais il est bien rare qu'on n'observe pas en même temps, soit un dépôt de pus organisé dans la chambre antérieure ou dans la postérieure, soit de fausses membranes établies entre l'iris et la capsule.

La mort est bien loin d'être rare après le phlegmon de l'œil ; j'ai vu deux fois cette terminaison sur des enfants. Les annales de la science renferment des faits assez nombreux de cette nature. « Tout le monde, dit Rognetta (*loc. cit.*, p. 153), connaît l'observation que Louis a consignée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, concernant deux jeunes demoiselles âgées d'une vingtaine d'années, qui venaient d'éprouver la petite vérole confluente ; les yeux étaient atteints de phlegmon considérable, et les deux malades avaient le délire. Louis ayant été consulté, conjointement avec plusieurs médecins du pays, trouva ces organes empyémateux et fortement distendus ; il proposa de les vider d'un coup de bistouri. Les consultants n'écouterent point son conseil ; ils s'y opposèrent, ayant trouvé fort étrange un remède qui consistait à crever les yeux. L'événement cependant justifia la sagesse de la proposition de Louis. Chez l'une la nature fit ce que le chirurgien avait voulu pratiquer : les yeux se crevèrent et se vidèrent spontanément, et la malade échappa à la mort, l'autre succomba à la suppuration qui se propagea à l'intérieur du crâne. »

ÉTIOLOGIE. — Les plaies de l'œil, les brûlures, la présence de corps étrangers, les coups directs ou dans le voisinage de l'organe, l'opération de la cataracte par extraction, produisent assez souvent le phlegmon oculaire, avec cette différence que, dans ce dernier cas, l'œil étant ouvert, la douleur et la fièvre sont généralement peu intenses. La petite vérole, vers sa dernière période, et certaines fièvres graves, comme le choléra ou la fièvre typhoïde, se compliquent quelquefois de cette maladie. On l'a vue survenir après la phlébite utérine, par suite de la résorption purulente : Mackenzie, Middlemore, Halle, Higginbotton, Arnott, Robert Lee, Canstatt,

Szokalski et d'autres en rapportent des exemples. Quelques grandes opérations chirurgicales ont été suivies de la suppuration du globe : la ligature de la carotide a été surtout notée.

TRAITEMENT. — Dans la première période, celle qu'on a nommée de *pyropsie*, les saignées coup sur coup, selon la formule du professeur Bouillaud, sont indiquées ; on les pratique avec toute l'énergie possible, en se guidant toutefois d'après la constitution du malade. En même temps on applique à la tempe, plusieurs fois dans la même journée, des sangsues ou, ce qui est préférable, des ventouses scarifiées. Des compresses d'eau glacée sont tenues continuellement sur l'œil ; des boissons nitrées et la diète sont recommandées. On peut surtout espérer d'enrayer le mal en permettant à l'humeur aqueuse de s'écouler par la paracentèse du globe plusieurs fois répétée (*voy. Paracentèse*, t. II, p. 28) : il serait trop tard de recourir à ce moyen lorsque la deuxième période est commencée, bien que Wardrop conseille de ne l'employer qu'à ce moment. Enfin on prescrit à l'intérieur le calomel à haute dose uni à l'opium (trois ou quatre fois par jour 1 décigramme de calomel pour 3 centigrammes d'opium pulvérisé).

Lorsque la troisième période est bien dessinée, que des douleurs aiguës, la fièvre et même le délire tourmentent le malade, il n'y a pas à hésiter ; il faut ouvrir l'œil sans le moindre retard, afin d'éviter que l'inflammation ne se propage au cerveau. Pour donner issue aux liquides contenus dans l'œil, il suffit de plonger un bistouri ordinaire dans la partie inférieure de la cornée, et je ne vois aucune nécessité d'enlever un lambeau circulaire de cette membrane, comme le recommandent quelques auteurs. Je sais bien qu'en agissant de cette manière on a pour but d'ouvrir un passage plus large aux humeurs, mais on fait cruellement souffrir les malades, et d'ailleurs une simple incision pratiquée dans la cornée produit une ouverture suffisante.

ARTICLE VI.

BLESSURES ET CORPS ÉTRANGERS.

Nous avons étudié les blessures, les brûlures et les corps étrangers de chaque membrane de l'œil en particulier, et nous n'avons plus que quelques mots à dire ici sur les lésions qui intéressent le globe en totalité, soit dans sa constitution physique, soit dans ses fonctions.

Contusions. — Ces blessures sont des plus fréquentes : elles sont la conséquence de lésions directes par divers corps en mouvement. Nous avons vu, en nous occupant des plaies de la sclérotique et de celles de la cornée que ces membranes peuvent se rompre et que le cristallin peut s'échapper de l'œil, passer sous la conjonctive ou même glisser au-dessous ainsi que les autres humeurs de l'œil. Dans d'autres cas moins graves, du sang remplit la chambre antérieure et le corps vitré en si grande abondance, qu'il est impossible d'apprécier les conditions futures de la vision. Ce sang se résorbe et laisse généralement la fonction intacte. Mais il est nécessaire, pour que ce résultat heureux soit obtenu, que la commotion violente et brusque du coup n'ait pas désorganisé la rétine ou produit des désordres profonds. La recherche par les phosphènes donne ici quelques indications qui, avec les autres symptômes, peuvent être d'une certaine utilité pour le pronostic. La contusion est quelquefois assez violente pour produire en quelque sorte l'écrasement de l'œil ; mais alors il se vide en entier et on ne peut, dans ces tristes accidents, savoir ce que l'organe pourra devenir, je veux dire s'il reprendra ou non sa forme ou si la suppuration ne viendra pas le détruire en entier. Dans ces cas, les paupières sont généralement atteintes aussi et il est nécessaire de tenir compte de l'état où elles se trouvent pour poser le pronostic et arrêter le traitement à suivre. Les chutes sur des corps résistants, l'action de se baisser sans précaution dans l'obscurité donnent lieu aux accidents les plus graves ; on rapporte même qu'un homme ivre tombant sur une clef s'est extrait un œil entièrement et qu'il alla ensuite s'endormir sans avoir conscience de l'accident qui lui était arrivé.

Les contusions de l'œil exigent un traitement énergique, celles surtout qui ont laissé les membranes externes sans rupture, parce qu'alors une inflammation interne peut compromettre l'œil en totalité. La saignée du bras est ici d'un grand secours en même temps que l'application de sangsues, la diète, le calomel à l'intérieur. S'il y a des déchirures, l'immobilité est recommandée au malade en même temps, et dès que les paupières et la conjonctive sont placées dans de bonnes conditions de réunion par première intention, on a recours à l'application de compresses d'eau froide et à celle de la glace pendant deux ou trois jours consécutifs et même davantage au besoin.

Plaies. — On les divise ici comme ailleurs en plaies par piqûres

et par coupures ; nous ne nous en occuperons pas parce que nous en avons parlé déjà en étudiant les maladies de chaque membrane en particulier. Nous nous bornerons à dire seulement que les plaies par piqûres sont quelquefois fort dangereuses et que le pronostic doit en être fort réservé ; que les plaies par coupures doivent être considérées, sous le rapport du traitement, comme si l'œil avait été opéré de cataracte par extraction et qu'en conséquence on cherche par le pansement à réunir la plaie par première intention et que l'on recommandera ensuite l'immobilité la plus absolue au malade.

Corps étrangers. — Nous avons vu déjà les désordres qu'occasionnent les corps étrangers dans l'orbite, la conjonctive, la cornée, la chambre antérieure, l'iris, le cristallin, le corps vitré et nous avons décrit les accidents qu'ils provoquent et les moyens à employer pour les reconnaître et pour en opérer l'extraction. Il ne nous reste plus à dire que quelques mots sur les corps étrangers qui, en pénétrant dans le globe oculaire, ont traversé plusieurs membranes et se sont logés dans la profondeur de l'organe hors de la portée des instruments et même de celle du regard de l'observateur. Dans les premières heures qui suivent l'accident, le malade ne ressent aucune gêne ou à peu près, et généralement il pense que l'œil n'a pas été traversé et que le corps vulnérant n'a pas pénétré. Mais si l'on introduit avec précaution un stylet dans la plaie, on ne tarde pas à reconnaître l'erreur du patient et déjà l'on doit s'attendre, soit à une inflammation des plus violentes et qui peut aller jusqu'au phlegmon de l'œil tout entier, soit à une phlogose à marche lente, accompagnée ou non de névralgies, et dont la durée est interminable ; elle ne s'arrête en effet réellement que lorsque l'œil est frappé d'atrophie ou que le corps vulnérant, prenant en quelque sorte domicile dans l'œil, s'est enveloppé d'exudats épais qui se sont organisés et l'empêchent de se déplacer. L'atrophie, quand elle est la conséquence de la présence d'un de ces corps étrangers, ne termine pas toujours les souffrances du malade et l'on se trouve trop souvent dans la nécessité d'ouvrir l'œil pour y chercher le corps vulnérant, ou même d'extraire l'organe à la fois pour débarrasser définitivement le patient de ses douleurs, et pour sauver l'autre œil dont la vue diminue de la périphérie vers le centre avec excavation appréciable du nerf optique (voyez *Atrophie*, p. 748, et *Irido-Choroidite, chronique*, p. 426).

ARTICLE VII.

ATROPHIE DE L'ŒIL.

On entend par atrophie de l'œil une maladie dans laquelle on constate une diminution notable à la fois dans le volume et dans la résistance normale du globe. Les humeurs de l'organe se résorbent peu à peu, en plus ou moins grande partie, et les membranes devenues trop larges, se laissent déprimer par les muscles ou par la pression la plus légère.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Le volume du globe a subi une diminution variable; au début de la maladie, cependant, il serait extrêmement difficile de reconnaître ce caractère. J'ai décrit dans le *synchisis* (*ramollissement de l'humeur vitrée*) tout ce qui se rattache à la première période de l'atrophie. La mollesse du bulbe au toucher, la dépression facile des membranes d'enveloppe, le tremblement de l'iris, le rétrécissement de la chambre antérieure, quelquefois un commencement d'aspect vitreux, sont les symptômes que l'on constate au début de la maladie.

Plus tard chacun de ces symptômes se prononce davantage, et la cornée perd de son étendue, ainsi que toutes les autres parties. Un sillon plus ou moins profond, tracé sur le bulbe par les muscles droits, commence à donner à l'œil une forme toute particulière, et qui devient toujours plus carrée, jusqu'au moment où le globe a pris un volume si petit, qu'il se cache au fond de l'orbite derrière les paupières abaissées. Alors la cornée, devenue très petite, présente un ovale transversal; l'iris, qui a suivi ce mouvement de retrait, est d'une couleur vert jaunâtre; la pupille est ordinairement très rétrécie, souvent elle a disparu; bon nombre de fois j'ai vu le cristallin, devenu opaque et très petit, renversé dans un coin de la chambre postérieure, et derrière ce corps les membranes oculaires repliées sur elles-mêmes en divers sens, et d'une couleur jaune luisante remarquable; les plis formés par l'iris, repley de cette manière, se déplaçaient alors selon les mouvements du globe.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Au commencement, la maladie présente tous les caractères d'une amblyopie légère; mais peu à peu le trouble de la vision augmente, et à la fin le malade devient aveugle.

MARCHE. — PRONOSTIC. — COMPLICATIONS. — La marche de l'atrophie est quelquefois très rapide, surtout après les blessures de l'œil. En voici deux exemples: un enfant de cinq ans, tenant une ficelle de la main gauche, essaie de la couper au moyen d'un couteau-poignard fort aigu, qu'il tient de la droite. La ficelle étant brusquement coupée, le couteau s'implante dans l'œil droit, à une grande profondeur, moitié sur la cornée, moitié sur la sclérotique. Il ne survint aucune inflammation sérieuse, les lèvres de la plaie se réunirent très bien; mais le cristallin, coupé en deux, était cataracté et la vision éteinte. Un mois après, je constatai que l'organe, tout en conservant sa forme et son volume apparent, présentait un peu moins de consistance au toucher, et qu'un commencement d'atrophie s'était déclaré. Vers la fin du troisième mois, l'œil était caché derrière les paupières, et réduit au huitième de sa grosseur ordinaire. Le fait suivant, semblable quant au résultat, diffère de ce premier par la cause bizarre de la lésion: un jeune homme de quinze ans se tenait au bord d'une rivière, qui limitait le jardin de la pension où ses parents l'avaient placé; un corbeau apprivoisé était sur la rive opposée; appelé par quelqu'un, l'oiseau franchit la rivière avec rapidité, et vient en volant implanter son bec dans l'œil du jeune homme. Des désordres très graves sont constatés par M. le docteur Kirwan et moi, cependant la plaie se réunit. Deux mois après, l'œil avait perdu la moitié de son volume, et la cécité était complète.

Lorsque l'atrophie est le résultat d'une névrose de l'œil, elle marche quelquefois au contraire avec une excessive lenteur, et s'arrête même assez souvent tout à fait. Il en est de même après certaines ophthalmies internes, surtout après les irido-choroïdites spontanées ou consécutives aux opérations de cataracte à l'aiguille.

Une complication grave, c'est une inflammation rebelle des yeux atrophiés et qui s'accompagne d'une excavation du nerf optique dans l'œil sain, avec diminution progressive du champ visuel de la périphérie vers le centre (voy. *Traitement*).

TERMINAISONS. — On peut admettre en principe que l'atrophie ne se guérit point. La terminaison la plus fréquente, c'est l'état stationnaire après une progression plus ou moins grande. J'ai pratiqué avec succès la pupille artificielle sur des yeux atrophiés à demi; ce résultat prouve que les causes du mal avaient disparu, autrement l'opération les aurait certainement réveillées. Il f^{au}

compter encore l'amaurose comme une des terminaisons ordinaires de l'atrophie du globe.

ÉTILOGIE. — Les causes de l'atrophie sont très nombreuses : les blessures de toutes sortes, telles que les piqûres, les contusions, etc., doivent figurer en première ligne. Viennent ensuite les ophthalmies internes à marche très lente. On doit noter encore quelques causes générales.

TRAITEMENT. — Il est à faire en entier, car dans l'état actuel de nos connaissances il demeure impuissant dans cette maladie ; c'est donc sur les causes présumées du mal qu'en attendant le praticien doit diriger toute son attention. Lorsque la vue est complètement éteinte et que l'œil a considérablement diminué de volume, le malade peut cacher sa difformité sous un œil artificiel ; cependant il ne recourra pas trop tôt à ce moyen, autrement la présence de ce corps étranger sous les paupières amènerait une diminution beaucoup plus rapide dans le volume de l'organe.

Les yeux atrophiés demeurent ordinairement exempts d'inflammation ; cependant on ne voit que trop souvent encore des exceptions sous ce rapport. Alors les malades accusent de vives souffrances que rien, dans bien des cas, ne peut abattre. La rougeur s'accompagne de vifs élancements dans le fond de l'orbite, s'irradiant au front, à la tempe, dans les mâchoires ; quelquefois ils disparaissent tout à coup pour revenir après quelques heures, le lendemain, ou après quelques jours. Les antiphlogistiques, les narcotiques, les antipériodiques, le valériane d'ammoniaque, rien ne peut arrêter le mal définitivement. La rougeur n'est pas toujours extrême, il n'y a pas de gonflement excessif ; la forme est souvent celle d'une névralgie des plus rebelles.

Ce mal, qui peut durer plusieurs mois, épuise les malades et, comme l'*irido-choroïdite chronique* dans les yeux entièrement perdus, exige l'extraction du globe.

Une autre raison détermine le chirurgien à recourir à cette ressource extrême, et avant même que la constitution n'ait souffert par le traitement, la perte de l'appétit, la diète, les saignées nécessaires ; c'est l'affaiblissement de l'œil sain qui paraît être la conséquence, ici comme dans les *irido-choroïdites* rebelles, de l'inflammation et des douleurs qui l'accompagnent. On s'assure, en effet, que cet état produit dans l'œil qui reste au malade une diminution progressive, considérable quelquefois, du champ de la

vision, que cette diminution marche de la périphérie vers le centre et qu'elle s'accompagne de l'excavation centrale du nerf optique visible à l'ophthalmoscope (voyez *Glaucome*, p. 732).

Quelquefois cette diminution de la vue s'observe alors que l'œil perdu n'offre pas les signes d'une inflammation sérieuse et qu'il ne présente qu'une congestion chronique plus ou moins active ; je l'ai notée dans la plupart des cas d'inflammations persistantes dans les yeux perdus, qu'ils soient ou non atrophiés : cet été (1857), j'ai pratiqué six extractions de l'œil dans de telles circonstances ; deux fois je me suis borné à glisser des ciseaux entre l'œil et le fascia et à couper le nerf optique. Dans l'un des yeux extraits, il y avait une plaque osseuse à angles très aigus siégeant dans la rétine et que M. Ch. Robin a examinée ; un autre contenait un éclat de capsule qui pendant onze ans, après avoir occasionné l'atrophie, avait laissé le malade parfaitement calme ; les quatre autres n'offraient rien de particulier. Tous ces malades commençaient à perdre une partie notable dans le champ de la vision de l'œil sain et chez quatre, après l'extraction, l'excavation du nerf a diminué puis disparu et la vue s'est rétablie ; deux n'ont pas éprouvé d'amélioration mais leur état est demeuré jusqu'ici stationnaire. Il n'y a eu aucun changement dans l'une des deux sections du nerf optique, mais la vue est devenue meilleure dans l'autre. M. de Graefe m'a appris qu'il obtient des résultats semblables.

ARTICLE VIII.

ŒIL ARTIFICIEL.

Lorsque, par suite de la désorganisation du globe de l'œil, son extirpation, ou tout au moins l'ablation de quelques unes des parties qui le composent, est devenue nécessaire, on corrige avec succès la difformité qui résulte d'une pareille opération, au moyen de la prothèse oculaire.

Après l'extirpation du globe, les paupières, privées de l'appui naturel qu'il leur offrait, se renversent en dedans de l'orbite, et présentent un enfoncement qui donne quelquefois un aspect repoussant au visage, dont l'œil artificiel ne tarde pas à rétablir l'harmonie et la régularité.

Mais ce moyen n'a pas seulement l'avantage de remédier à une difformité toujours fâcheuse, il a encore pour but de prévenir l'ir-