

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 valérianate 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-

ritation constante que les cils exerceraient sur le moignon ; leur agglutination, qui, causée par la sécrétion plus active des glandes de Meibomius, deviendrait une cause incessante de blépharites glandulaires ; l'excoriation des joues par les mucosités et l'écoulement des larmes ; enfin tous les accidents qui sont la suite de l'*entropion* et du *trichiasis*, et qu'amène nécessairement le renversement des paupières.

L'application d'un œil artificiel, en redressant et en maintenant ces voiles mobiles dans leur position normale, forcera les larmes à reprendre leur cours naturel, et fera disparaître les nombreux inconvénients que nous venons de signaler.

Je citerai encore parmi les nombreux avantages de la prothèse oculaire, celui de donner, au moins jusqu'à de certaines limites, un point d'appui aux os qui constituent la cavité orbitaire, et de les empêcher de se rapprocher comme cela arrive dans toutes les cavités osseuses dépourvues de l'organe qu'elles doivent renfermer. Remarquez le visage des individus qui ont perdu un œil depuis longtemps : leur sourcil est déprimé, l'os de la pommette est, au contraire, sur un plan plus élevé que celui du côté sain, l'aile du nez et la commissure des lèvres sont remontées ; en somme, la moitié de la face du côté de l'œil atrophié se trouve rapetissée par le rapprochement des os de l'orbite. Cette difformité est surtout sensible chez les sujets qui ont perdu un œil pendant leur enfance, c'est à dire à une époque où l'orbite n'avait pas encore pris tout son développement.

Je ne décrirai point ici les différents appareils imaginés par les anciens, et qui, au lieu de dissimuler une difformité, ne la rendaient que plus apparente, pour ne pas dire plus hideuse. L'art est arrivé aujourd'hui à une imitation qu'il sera difficile de rendre plus parfaite (1). C'est au point que les médecins mêmes s'y trompent tous les jours, et prennent souvent pour des yeux affectés d'amaurose des yeux sortis de l'atelier de l'artiste, et auxquels sa lampe, comme le feu de Prométhée, semble avoir donné la vie. Le jeu des paupières, et surtout les mouvements du moignon, imprimant à l'œil artificiel une mobilité tout à fait en harmonie avec celle de l'œil sain, contribuent à rendre l'illusion encore plus complète.

(1) M. Boissonneau fils, qui a appris de son père l'art d'exécuter les yeux artificiels d'émail, a obtenu des résultats admirables. Je ne sais personne plus habile que lui à Paris. Il demeure rue de la Ferme-des-Mathurins, 2.

Les yeux artificiels sont ordinairement d'émail, et affectent la forme ovale qu'offre l'organe naturel quand les paupières sont écartées. La face antérieure en est convexe et doit représenter aussi fidèlement que possible la couleur de l'iris dans l'œil sain, la largeur de la pupille, la saillie de la cornée et la teinte légèrement bleuâtre de la conjonctive avec les vaisseaux qui la sillonnent. La face postérieure est concave, pour s'accommoder facilement au moignon ; le bord supérieur et l'inférieur sont mousses, et l'angle externe qui correspond au petit angle de l'œil, est plus large que l'interne.

Avant de procéder à l'application de l'œil artificiel, on a soin de le tremper dans un liquide mucilagineux, ou tout simplement de le plonger dans l'eau. Puis on le saisit entre les trois premiers doigts de la main droite, pour le côté droit, ou de la main gauche, pour le côté gauche. On l'introduit ensuite par sa grosse extrémité sous la paupière supérieure, en le faisant glisser, par un léger mouvement de rotation, du côté de l'angle externe de l'orbite, puis on abaisse avec l'autre main la paupière inférieure, sous laquelle il s'engage aussitôt. L'œil est maintenu en place par le rapprochement simultané des deux paupières.

Lorsqu'on veut l'enlever, il suffit d'abaisser la paupière inférieure et d'introduire entre elle et le bord inférieur de l'œil une tête d'épingle à laquelle on imprime un léger mouvement de bascule en avant.

Pour habituer les parties à la présence de ce corps étranger, on devra, dans les premiers jours, ne le laisser en place qu'une demi-heure d'abord, puis une heure, et ne l'introduire de nouveau qu'après quelques heures de repos. Par la même raison, il est prudent, au commencement, de n'employer qu'un œil de dimension plus petite que celle de l'œil sain, dont au bout de quelque temps on imitera sans inconvénient la grandeur.

Une recommandation qu'il est bon de ne pas oublier, c'est d'enlever l'œil pendant la nuit et de le mettre dans un verre d'eau. Par ce moyen, on conservera plus longtemps le poli de l'émail, et l'on évitera l'ulcération des paupières, qui pourrait être la suite de son contact trop prolongé.

Après l'opération d'un staphylôme ou celle d'un cancer de l'organe, l'introduction prématurée de l'œil artificiel ne serait pas sans danger, et déterminerait infailliblement une irritation sous l'influence de laquelle le mal pourrait ne pas tarder à se reproduire.

Enfin, il arrive quelquefois que des adhérences s'établissent entre les paupières et les parties immédiatement situées derrière elles. Il convient de respecter autant que possible ces adhérences, afin de prévenir les accidents qui surviendraient par suite d'un débridement intempestif. Dans ce cas, il vaut mieux sacrifier l'émail et pratiquer une ou plusieurs échancrures sur les bords de l'œil artificiel, pour embrasser l'obstacle qui en gênerait l'application.

ARTICLE IX.

HELMINTHES ET VÉGÉTAUX PARASITES DE L'ŒIL.

1° *Helminthes.*

De nombreuses observations, dues à des auteurs sérieux, témoignent de la possibilité de la présence des helminthes dans l'œil. On a pu non-seulement les observer, mais déterminer leur espèce. Tantôt on les a trouvés dans le cristallin, d'autres fois dans l'humeur aqueuse ou placés entre la rétine et la choroïde, sous la conjonctive, dans le tissu cellulaire péri-orbitaire. On en a trouvé enfin faisant saillie sous la peau des paupières.

Les helminthes observés jusqu'à présent dans l'œil de l'homme peuvent se rapporter aux sept espèces suivantes :

1° L'*Echinococcus hominis*; ver fort petit, à corps court, non articulé et terminé en avant par un renflement céphalique, muni de quatre suçoirs et d'une couronne de crochets. Les individus de cette espèce peuvent se trouver contenus dans des vésicules hydatiformes, ou nager simplement dans le liquide de la cavité où ils sont renfermés (voy. d'Orbigny, t. V, p. 187).

2° Le *Cysticercus cellulosæ*, helminthe présentant une partie céphalique distincte, munie de quatre suçoirs et surmontée de deux couronnes de crochets. Son corps, fort court, a d'abord une partie aussi étroite que la tête, une sorte de col plissé non articulé, qui plus loin se dilate en vésicule sphérique remplie d'une sérosité transparente (*Id.*, t. VIII, p. 335).

3° Le *Monostoma oculi humani*, petit ver très court, doué, comme son nom l'indique, d'une seule ventouse autour de la bouche, ayant deux orifices génitaux distincts, et quelquefois un orifice postérieur respiratoire ou excrétoire (*Id.*, t. VIII, p. 335).

4° Le *Distoma oculi humani*, ver plat, long de 4 à 5 lignes,

large de 1 ligne environ, obtus aux deux extrémités et de couleur blanc jaunâtre, pourvu de deux ventouses, l'une buccale, l'autre ventrale (t. V, p. 122).

5° Le *Filaria medinensis*.

6° Le *Filaria oculi humani*. Ces deux vers, comparés à un fil, à cause de leurs corps cylindriques grêles, à extrémités alternées, doués d'une bouche ronde et triangulaire à l'une des extrémités, d'un intestin complet et d'un orifice anal situé près de l'autre extrémité, à individus de sexes distincts, ont les femelles souvent vivipares, ce qui motive le soin que l'on doit mettre à les extraire tout entiers et sans les rompre. M. Quadri a extrait l'un de ces vers de la chambre antérieure, et en a montré le dessin au congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.

7° Le *Trichina spiralis*, petit ver blanc, découvert par R. Owen; il est long de 1 millimètre environ, cylindrique, épais de 1/3 de millimètre, un peu plus obtus à l'une de ses extrémités qu'à l'autre. Cette dernière extrémité présente une très petite papille perforée, et origine d'un conduit digestif rectiligne, à parois distinctes, terminé en cul-de-sac ou peut-être ouvert dans une dépression de cette extrémité. Pas de traces d'organes reproducteurs. On trouve ce ver dans les muscles de la vie animale, chez les individus amaigris par de longues privations. Les muscles superficiels en contiennent plus que les muscles profonds. (NYSTEN, de Littré et Robin.)

Helminthes logés dans le cristallin. — Les espèces *Filaria oculi humani*, *Monostoma* et *lentis Distoma oculi humani* ont été trouvées dans des cristallins cataractés, extraits par l'opération de la kératotomie par divers observateurs; mais jamais le diagnostic n'en a été fait avant l'extraction du cristallin. Il est probable que la présence de ces vers a été pour beaucoup dans la formation de la cataracte, et si, par un traitement convenable, on avait pu les détruire, on se serait peut-être opposé à la formation de l'opacité du cristallin. Maintenant que le diagnostic des maladies internes de l'œil a fait de si grands progrès, on peut espérer arriver à reconnaître de bonne heure la présence de ces parasites dans la lentille. Ce serait alors le cas d'essayer le traitement indiqué par le docteur Alessi, qui, au lieu de l'extraire, dit avoir obtenu la mort et la destruction d'un cysticerque situé dans l'humeur aqueuse au moyen de vésicatoires placés autour de l'orbite et pansés avec le calomel et la santoline.

Helminthes nageant dans l'humeur aqueuse. — Le *Cysticercus cellulosa* a été vu dans l'œil de l'homme par un grand nombre d'observateurs ; il s'y présente sous la forme d'une bulle diaphane de forme sphérique, accompagnée d'une sorte de pédicule qui n'est autre chose que la tête du cysticerque ; il passe quelquefois de la chambre antérieure dans la postérieure, et l'on peut lui voir faire des mouvements. Sa forme sphérique s'oppose à ce qu'il repose sur la partie inférieure du sillon formé entre l'iris et la cornée ; la tête du cysticerque peut seule y atteindre, et sa vésicule voile ordinairement une partie plus ou moins grande de la pupille. Cette position élevée que les cysticerques occupent dans la chambre antérieure diffère de celle que vient y prendre le cristallin luxé et tombé dans cette chambre ; en effet, sa forme lenticulaire lui permettant de se loger beaucoup plus bas entre l'iris et la cornée, son bord vient remplir le sillon que forment entre elles ces deux membranes.

C'est dans le cas de la présence d'un cysticerque dans l'humeur aqueuse, que le docteur Alessi dit avoir employé avec succès la santoline et le calomel par la méthode endermique. On peut essayer ce moyen, mais s'il ne réussit pas et que le ver cause de l'inflammation ou gêne considérablement la vue, on devra, comme le docteur de Graefe (voy. *Deutsche Klinik*), l'extraire avec une pince à pupille artificielle, après avoir ponctionné la cornée avec un couteau lancéolaire.

Helminthes logés entre la choroïde et la rétine. — Gescheidt, en faisant l'autopsie de l'œil droit d'un aveugle qui avait présenté les symptômes d'une irido-choroïdite chronique, a trouvé un échinocoque logé entre la rétine et la choroïde, qui n'avait pas été soupçonné pendant la vie. Nul doute qu'avec l'ophthalmoscope on n'eût constaté le soulèvement de la rétine.

Voici une observation accompagnée d'un dessin que j'ai exécuté d'après nature sur un malade qui m'a présenté un cas de ce genre. La vue, après avoir été presque détruite pendant un certain temps, s'est améliorée plus tard d'une manière inattendue.

Cysticerque de la rétine. — Louis Coquerel, âgé de trente-deux ans, forgeron à Grenelle, rue Saint-Louis, n° 27, d'une bonne santé, mais petit et grêle, vient me trouver à ma clinique en novembre 1856.

Le 16 de ce mois, je note les renseignements suivants :

Il n'a jamais eu mal aux yeux ; il y a environ trois ans, il a reçu

un coup de marteau sur l'orbite droite et a perdu beaucoup de sang. Sa vue est demeurée faible à partir de ce moment, cependant il pouvait lire aisément à grande distance ; il voyait seulement un peu moins bien que de l'autre œil.

Depuis quelques mois il voyait une mouche volante, et la vue baissait dans cet œil sans qu'il y fit grande attention, lorsqu'il y a environ six semaines, elle disparut tout à coup au point qu'il fut dans la nécessité d'interrompre son travail. Au même moment il mit sa main sur son œil sain, et reconnut qu'il ne pouvait plus reconnaître que le jour de la nuit, mais qu'il ne voyait plus aucun objet. Depuis ce moment il est absolument dans le même état. Le matin il peut encore, dit-il, voir les barreaux de la fenêtre, mais dans la journée il ne peut pas les reconnaître.

Cependant c'est là évidemment une exagération, car il compte les doigts et distingue bien le pouce des autres doigts.

La pupille est mobile, l'œil en apparence parfaitement sain.

Avec l'ophthalmoscope on reconnaît l'état suivant :

Le cristallin est parfaitement transparent.

Le corps vitré est trouble, jumentoux, rempli de filaments et de flocons flottants, fins comme des toiles d'araignée. Il contient en dehors, en haut et en dedans, de larges fausses membranes flottantes qui forment pour la plupart des cercles mal dessinés, déchiquetés sur leurs bords, ou de petits triangles à sommets dirigés en sens inverse à l'iris. Toutes ces fausses membranes ont une teinte qui varie du gris au noir le plus foncé ; elles tremblotent dans les mouvements de l'œil, et sont plus épaisses et plus abondantes en haut et en dedans qu'en dehors. Non loin de l'*ora serrata*, elles ressemblent à une guipure épaisse, puis elles disparaissent tout à coup presque brusquement. En bas il n'y en a aucune, et l'on reconnaît aisément que là où elles existent elles ont un point d'appui auquel elles adhèrent. En dedans, derrière l'iris, il y a un espace vers l'*ora serrata*, où l'on en voit une plus fine, plus transparente, qui s'éclaire en blanc et s'arrête vers la moitié supérieure de l'œil.

Impossible de voir la rétine ailleurs qu'en bas vers l'*ora serrata* et un peu en bas et en dehors. La papille du nerf optique est entièrement cachée.

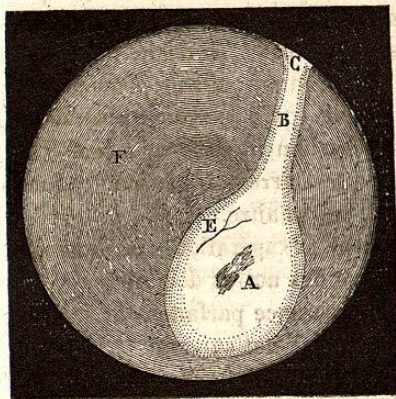
Si l'on fait regarder le malade un peu en bas et en dedans, on y découvre un cysticerque que l'on peut décrire ainsi :

Le col est blanc bleuâtre, évidemment agité de petits mouve-

ments; une seule fois je l'ai vu se raccourcir et la tête se cacher presque tout entière dans le corps de la tumeur.

Le corps est blanc jaune éclatant, sept ou huit fois plus grand que la papille du nerf optique.

Fig. 72.



A. Tache noire placée sur le corps du cysticerque et ressemblant à un amas de pigmentum vu par transparence.

E. Vaisseau paraissant vu aussi par transparence.

B. Col du cysticerque.

C. Extrémité supérieure du col.

F. Fond de l'œil.

Le 4 décembre, le trouble de l'humeur vitrée a encore augmenté, mais le cysticerque est toujours bien clair. La vue est la même; par moments, le malade croit voir un peu mieux que dans d'autres, je constate le même état sous ce rapport.

13 décembre. État stationnaire; le malade compte les doigts, reconnaît le côté de la montre qu'on lui présente; il voit mieux en haut qu'en bas; il pourrait se conduire de cet œil, mais avec une certaine difficulté; il mesure mal les distances. Collyre au sublimé.

18 janvier. Le corps vitré reprend sa transparence, et, pour la première fois, je vois distinctement la papille du nerf optique. La vue est presque normale, au dire du malade, cependant je constate qu'il peut seulement se conduire, mais que les petits objets ne peuvent être aperçus.

10 février. La vue, qui s'était améliorée, est redevenue mauvaise; le corps vitré est encore rempli d'exsudations: impossible d'éclairer la papille.

Le malade continue de venir de temps en temps, et, jusqu'à ce jour (12 novembre 1857), il offre l'exemple d'améliorations suivies de rechutes marquées, sans que le cysticerque change de place ou d'aspect. Il est probable qu'il finira par perdre entièrement la vue.

M. de Graefe a publié dans ses *Archives* des faits semblables; c'est lui, je crois, qui a observé le premier avec l'ophthalmoscope des cas de cysticerque du fond de l'œil.

Helminthes logés sous la conjonctive. — Le *Filaria medinensis* et le *Cysticercus cellulosæ*, ont été l'un et l'autre observés sous la conjonctive, ce dernier avec sa forme sphérique, ne bougeant pas de place, simulant une tumeur enkystée, et n'en différant essentiellement ni pour le diagnostic, ni pour le traitement, qui doit toujours être chirurgical; rien de plus facile ordinairement que cette petite ablation. Quant au *Filaria medinensis*, il a surtout été observé sur les nègres. Ce qu'il présente de particulier, c'est la grande rapidité de ses mouvements, ce qui fait qu'il est très difficile de le saisir, et l'opiniâtreté avec laquelle il se cache en arrière du bulbe après une tentative infructueuse; ce n'est souvent que plusieurs semaines après que l'on peut recommencer.

Helminthes logés sous la peau des paupières. — C'est encore le cysticerque qui a été trouvé sous la peau des paupières. Sa forme sphérique peut le faire confondre avec certaines petites tumeurs enkystées; mais, au point de vue du traitement, l'erreur serait de médiocre importance, l'ablation étant nécessaire dans l'un et l'autre cas.

Helminthes logés dans le tissu cellulaire de l'orbite. — On a trouvé l'échinocoque et le *Cysticercus cellulosæ*, au milieu de tumeurs développées dans le tissu cellulaire de l'orbite et ayant chassé l'œil fortement en avant. La ponction de ces tumeurs ayant donné lieu à un écoulement de lymphe transparente, on a pu en reconnaître la nature, et la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre, une fois que par des injections convenablement dirigées à travers une ouverture suffisamment large faite à la tumeur on eut procuré l'expulsion des parasites qui y étaient contenus. (Voy. *Traité pratique des maladies de l'œil*, par W. Mackenzie, traduction de MM. Warlomont et Testelin, t. II, p. 861.)

Helminthes logés dans l'épaisseur de la cornée. — Le docteur Appia dit avoir observé un cysticerque qui s'était logé entre les lames de la cornée (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, page 58). Ce fait, auquel sont jointes deux figures, ne paraît rien laisser à désirer, sinon l'extraction que l'auteur aurait dû pratiquer.

Helminthes logés dans les muscles de l'œil. — Le *Trichina spiralis* a été rencontré, comme nous l'avons dit, dans tous les muscles de la vie animale, et en particulier dans les muscles de l'œil, chez des sujets amaigris et débilités. Chez un homme de soixante et onze ans, en démence, Bischoff (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 505) trouva dans les muscles de l'œil un grand nombre de granulations vésiculeuses renfermant des *trichina spiralis*.

M. Farre (*London medical Gazette*, 1835, p. 386) avait déjà observé ce ver dans les muscles de l'œil (1).

2° Végétaux parasites.

Avant de quitter les parasites de l'œil, nous croyons intéressant de rapporter un fait cité par M. Ch. Robin dans son bel ouvrage sur les *végétaux parasites* (2), et relatif, non pas à un helminthe, mais à un végétal de la famille des algues (classe des *isocarpées*, tribu des *psorospermées*). Voici ce fait :

« *Leptomitus de l'œil.* — Un prédicateur de quarante-deux ans, dit Helmbrecht, avait eu, plusieurs années auparavant, une inflammation rhumatismale des deux yeux, avec épiphora, etc., lorsque subitement il observa dans son œil gauche un trouble en forme de fleur, avec des stries rayonnées. Des douches chaudes et des bains de pieds firent disparaître ces symptômes ; mais l'épiphora et les scintillations dans l'œil revinrent. Débarrassé de cela en se ménageant les yeux, il se regardait comme guéri, lorsque tout à coup il aperçut, sans cause apparente, des figures de formes constantes dans l'œil gauche, et devant l'œil droit des mouches volantes irrégulières. Ces dernières se perdaient peu à peu pendant que dans l'œil gauche, à gauche du champ visuel, il restait une image constante qui se mouvait en diverses directions, de telle sorte que le malade pouvait indiquer d'une manière déterminée le changement de direction de l'image suivant la direction donnée à l'axe visuel. Helmbrecht pensa avec Klencke, auquel il demanda conseil, que la forme vue par le patient se trouvait au-devant du cristallin, dans la chambre postérieure, comme un produit mor-

(1) Pour trouver des détails plus circonstanciés sur les *helminthes de l'œil*, consultez un mémoire de MM. Nordmann et Rayet dans les *Archives de médecine comparée*, p. 67, et dans les *Annales d'oculistique*, t. IX, p. 136 et suiv.

(2) *Hist. nat. des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants*, par Ch. Robin, 1 vol. in-8 avec atlas. Paris, 1853.

bide baigné dans l'humeur aqueuse. Plus tard, le malade fit une chute de voiture après laquelle il remarqua que l'image faisait dans l'œil des mouvements plus libres, et suivant son expression, nageait déchirée en deux parties, et cela sans être attachée, car auparavant la figure flottante paraissait fixée par un point d'attache au côté interne du champ de la vision.

« Helmbrecht et Klencke pensèrent que ce produit morbide pouvait avoir été arraché par la secousse pendant la chute. D'après cela, Helmbrecht imagina de faire la paracentèse et de vider l'humeur aqueuse, pour entraîner ainsi le parasite devenu libre. L'opération fut pratiquée par ponction au bord inférieur de la cornée ; l'humeur aqueuse fut reçue dans un verre convenable et examinée au microscope. On reconnut, à 250 diamètres, une forme végétale ramifiée et déchirée en quatre parties dont les portions consistaient en *cylindres confervoïdes* et en *séries de spores disposées en chapelet*. Après l'opération, le malade se trouva bien et continua ses occupations sans gêne.

« Neuber fait, au sujet de cette opération, les remarques suivantes : Cette observation confirme ce qu'il a écrit en traitant de la cause des taches ou mouches volantes dans son mémoire sur ce sujet de pathologie oculaire. Il dit qu'elles reconnaissent pour cause une végétation parasite qui doit avoir quelque ressemblance avec les conferves ou les algues microscopiques. Il indique en même temps, comme moyen de les enlever, la paracentèse de la chambre antérieure de l'œil. »

ARTICLE X.

CHOLESTÉRITIS DE L'ŒIL (SYNCHYSIS ÉTINCELANT, SCINTILLATION DE L'ŒIL, ETC.)

La cholestérine se forme dans l'œil comme dans d'autres organes, mais là elle produit quelquefois, pendant la vie, le curieux phénomène de la scintillation que j'ai signalé dans une observation datant du 22 septembre 1845, et que j'ai publiée à cette époque sous le nom de *synchysis étincelant* (voy. p. 301).

Le 24 août 1849, j'observai un malade nommé Mazillier qui, au lieu de présenter la scintillation dans la chambre postérieure, l'offrait dans l'antérieure, bien que la pupille fût fermée par des exsudations. Curieux de savoir ce qui la produisait, je fis l'extrac-