

REY
T. 18
V. 2

NOUVEAUX ÉLÉMENTS
D'OPHTALMOLOGIE

SEPTIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE

La pathologie spéciale comprend l'étude particulière des maladies oculaires. Nous suivrons ici l'ordre anatomique comme étant le plus simple et le plus rationnel. Nous envisagerons successivement les affections de l'orbite, des muscles, de l'appareil lacrymal, des paupières, de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique, du cristallin, de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde, du vitré, de la rétine, du nerf optique, enfin les amblyopies toxiques et nerveuses.

D'une manière générale, nous exposerons, en des paragraphes successifs, les traumatismes, les inflammations, les tumeurs, les anomalies.

L'historique comporte un chapitre complet.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

§ 253. Hippocrate. — En son temps, on connaissait surtout les inflammations de la conjonctive, qui étaient classées suivant leur degré d'intensité, et les ulcérations cornéennes

qui pouvaient s'ensuivre. L'hypopyon a peut-être été reconnu, mais le fait est douteux. En maints endroits, il est question, plus ou moins clairement, du ptérygion.

Les anciens admettaient trois genres de troubles visuels : l'*amblyopie*, dont ils ne pouvaient pénétrer les causes; la *nyctalopie*, dans laquelle ils comprenaient l'héméralopie et la photophobie; la *glaucois*, qui désignait les affections caractérisées par un trouble grisâtre de la pupille. Il est vraisemblable que le vrai glaucome, la cataracte et certaines kératites se trouvaient confondues dans cette appellation.

Hippocrate déjà a parlé du *strabisme*. Dans le livre hippocratique, le trichiasis et l'entropion sont traités assez complètement.

La *thérapeutique* se ressentait des tendances humorales de l'époque; pour les inflammations, c'était la diète, le séjour dans la chambre noire, des bains chauds, des saignées locales. On employait même des moyens de révulsion assez violents sur le voisinage des parties affectées, et on allait jusqu'à brûler la peau avec le cautère actuel et même à pratiquer des incisions sur le crâne.

Localement, on utilisait beaucoup de substances : la myrrhe, la sève de peuplier, le fiel. Les préparations de cuivre et de plomb, qui étaient déjà en faveur au temps d'Hippocrate, sont parvenues jusqu'à nous. C'est surtout dans le trachome que ces moyens de traitement étaient mis en œuvre, en même temps que l'on pratiquait le raclage des granulations avec de la laine non cuite ou à l'aide d'une feuille rude de figuier.

Celse. — Celse, qui résume dans sa pratique l'enseignement de l'école d'Alexandrie, suit, en beaucoup de points, les errements de la médecine hippocratique. Il divise les ophtalmies en *lippitudo arida* et *lippitudo scabra* (conjonctivite chronique) et emploie les mêmes moyens de traitement, y compris les barbares incisions du cuir chevelu. On pratiquait alors en effet, dans les cas graves, des incisions multiples (au nombre de neuf) de la peau du crâne, et, au besoin, on cautérisait jusqu'à l'os.

Celse fait mention des *phlyctènes*, des *abcès* de la cornée, et même de l'*hypopyon*, avec sa terminaison par rupture de la cornée. Il décrit le *ptérygion* et son opération. Il conseille, à l'égard des staphylômes, l'excision et la cautérisation. Cet auteur donne pour la première fois une description de la cataracte sous le nom d'*hypochyma* ou de *suffusio*, parfois confondue dans le terme *glaucoma*; Démosthène, contemporain de Celse, affirme que cette « *suffusio* » est un *dessèchement*, une *concrétion* de l'*humeur cristalline*. Celse, pour guérir l'hypochyme, décrit une opération qui ressemble beaucoup à l'abaissement; Pline conseille de se servir pour dilater la pupille du suc de la scille (*Scil. anagallidis*). C'est la première apparition des *mydriatiques*.

Déjà, à cette époque, l'*extraction de la cataracte* faisait songer les auteurs et Pline dit expressément quelque part qu'il serait aussi facile d'extraire que de déplacer la « *suffusio* ».

Les *fistules lacrymales* (*ægilops*) étaient traitées par Celse et Archigène par la cautérisation ignée.

Les anciens connaissaient le *chalazion* et lui avaient déjà donné son nom; ils le traitaient par l'extirpation, et, si la plaie avait été large, on la réunissait par suture (Héliodore).

Dans les affections des paupières : trichiasis, entropion, lagophtalmos (Démosthène), on employait des méthodes de traitement où la cautérisation ignée jouait fréquemment le principal rôle.

Enfin, durant la même période, Pline donna une description du *colobome* de l'iris.

Galien. — Avec Galien, la description des affections inflammatoires de l'œil s'étendit encore; il distingue nettement les ophtalmies d'après les caractères de leur sécrétion. Severus, un médecin de l'époque, donne, d'une forme d'ophtalmie des enfants, une description qui rappelle celle de l'ophtalmie phlycténulaire. Au point de vue du traitement, Galien suit en général les données d'Hippocrate, mais il délaisse et Severus surtout condamne les larges incisions du cuir chevelu.

Dans le *trachome*, on employait une pommade qu'on appli-

quait avec des sondes d'os et particulièrement d'os de seiche (Alexander).

C'est Galien qui, le premier, traita les leucomes cornéens par le *tatouage* qu'il exécutait avec une pointe rougie au feu et de la poudre de noix de galle.

Dans l'hypopyon, Galien conseillait d'évacuer le pus à la faveur d'une *ponction* de la cornée.

D'après Aétius, on avait modifié le procédé opératoire de Celse pour la *cure du ptérygion*; il faut passer à sa base une aiguille armée d'un crin de cheval et l'attirer vers l'angle de l'œil pour le sectionner. On croit qu'Anthyllus, chirurgien célèbre de l'époque, fut l'inventeur de cette méthode.

L'*opération du staphylôme* est elle-même modifiée; on passe à sa base des aiguilles en forme de croix avant de le sectionner.

Les affections des milieux de l'œil sont à cette époque à peu près ignorées, et les mots qui semblent les désigner ne donnent que de très vagues indications sur les affections auxquelles elles semblent s'appliquer. Ce sont surtout les affections des parties externes de l'œil, et, entre toutes, les inflammations chroniques de la conjonctive, les maladies des paupières, le ptérygion, qui sont bien connus. On s'explique le fait si l'on songe que les maladies les plus communes en Grèce et en Égypte étaient, en ce temps-là comme aujourd'hui, le trachome et les altérations qui en sont la conséquence.

Galien parle enfin de la *cataracte*; il semble, à certains passages de ses écrits, que l'*extraction* ait été plusieurs fois pratiquée par lui et surtout par Anthyllus.

La cause de l'*amaurose*, suivant Galien, se trouvait dans le nerf optique, et le mécanisme de l'*amblyopie* résidait dans un obstacle à la circulation du fluide visuel, qu'il appelait *pneuma*.

Dans l'*ægilops* ou *anchilops*, c'est-à-dire dans la *fistule lacrymale*, Galien ajoutait à la cautérisation de la région la trépanation de l'os unguis; Anthyllus, dans la tumeur lacrymale, préconise l'extirpation; Severus ouvre l'abcès lacrymal et y porte le feu.

Galien avait reconnu le *strabisme*, qu'il considérait comme un spasme ou une paralysie des muscles oculaires.

Contre le *trichiasis*, qui était une affection fréquente chez les Grecs et chez les Romains, l'époque galénique fut fertile en procédés opératoires; la transplantation et l'abrasion du col ciliaire, la cautérisation des cils, constituent le fond de ces procédés dus à Paulus, Léonidas, Anthyllus.

Dans l'*ectropion*, Anthyllus, qui était décidément un chirurgien avisé, conseille le premier un transport de lambeau destiné à redresser la paupière; toutefois il considère l'*ectropion* cicatriciel comme incurable.

La *thérapeutique* de Galien était assez variée, et le nombre des médicaments que les médecins de cette époque avaient à leur disposition était assez grand pour que nous ne puissions songer à les énumérer. L'opium commençait à entrer dans la pratique, ainsi que l'aconit, l'hyoscyame, l'aloès. Toutefois les substances les plus bizarres trouvaient place dans la pharmacopée: le foie de divers animaux (lion, hyène, crocodile, etc.), le sang de certains oiseaux (pigeons, perdrix) et même leurs excréments. Enfin c'est à ce moment qu'on a parlé pour la première fois (Pline) des eaux minérales et de leurs propriétés curatives.

Moyen âge. — L'influence de Galien se fit sentir encore jusque vers le VII^e siècle; puis, jusqu'au XVI^e, la médecine tout entière, l'ophtalmologie comme les autres branches de l'art de guérir, tomba dans une décadence complète. Les moyens de traitement les plus bizarres et les plus déraisonnables avaient seuls cours. D'ailleurs il ne nous reste que de vagues notions sur les pratiques de cette époque de barbarie.

Pendant la longue période du moyen âge, il faut pourtant enregistrer l'existence des médecins arabes qui, du X^e au XII^e siècle environ, brillèrent d'un certain éclat. Citons, parmi les plus célèbres d'entre eux, Razès, au IX^e siècle, à Bagdad; Abulcasis, au X^e siècle, habitant près de Cordoue et un peu spécialisé pour les maladies des yeux; Avicenne qui vivait à la même époque à Ispahan, et Averrhoès qui exerça près de

Séville un peu plus tard, au XII^e siècle. Abulcasis et Averrhoès s'occupaient des maladies des yeux et le dernier a laissé quelques écrits sur la matière. La pratique de ces médecins ne diffère pas notablement de celle de Galien ou d'Hippocrate dont ils procèdent directement. Abulcasis réséquait le chémosis dans les ophtalmies et il a laissé un traitement du pannus qui est encore aujourd'hui en faveur; c'est la péritomie, ou section circulaire avec des ciseaux.

On discute encore la question de savoir si les Arabes, comme les anciens du temps de Galien, pratiquaient l'*extraction de la cataracte*; ce qui est sûr c'est que Abulcasis a décrit la succion de la cataracte molle. Sichel a même retrouvé, dans un manuscrit de Isa Ben Ali, la description de l'appareil qui lui servait pour cette opération.

Renaissance. — Ambroise Paré fut le premier médecin qui abandonna les errements acceptés aveuglément par tous, pour se livrer à l'observation des maladies et en tirer profit. Il inventa le premier *blépharostat* et le premier *œil artificiel* qu'on faisait alors en or ou en argent. Guillemeau, Franco, Dalechamp, ses élèves, commencèrent à décrire les affections oculaires. Vers la même époque, en Italie, certains médecins se livraient à la pratique des maladies des yeux; Benedetto, Severino, Fabrizio conseillaient la compression continue dans la fistule lacrymale.

En Allemagne, Bartisch délaisse dans le trichiasis la cautérisation et l'excision usitées jusqu'alors; il cherche à redresser les cils par des fils fixés en haut; il est le premier qui exécuta l'*énucléation de l'œil*, dans un cas de tumeur maligne.

Les théories du temps sur la *cataracte* ne constituent pas un progrès sur les époques antérieures; on commençait à connaître l'anatomie de la région et cependant on considérait toujours la cataracte comme une pellicule détachée du cristallin et flottant dans l'humeur aqueuse. C'était ainsi que la définissait de la Charrière, un oculiste qui vivait à la fin du XVII^e siècle.

XVIII^e siècle. — La pathologie oculaire commence bien

véritablement à sortir du chaos. Les *ophtalmies* ne sont plus seulement distinguées en sèches ou humides. Sous l'influence de Boerhaave, de Saint-Yves, de Richter surtout et de Rowley, on les sépare en deux groupes: les ophtalmies *idiopathiques* et celles qui dépendent d'une *altération du sang*. On connaît alors l'ophtalmie catarrhale, menstruelle, hémorrhoidale, syphilitique, gonorrhéique, psorique, scorbutique, scrofuleuse, etc., etc. C'était peut-être un excès, mais la tendance constituait un grand progrès sur le temps passé et c'est par là surtout que le XVIII^e siècle a été remarquable. Certaines affections pourtant sortent de cette étude, bien décrites et bien classées: la blépharite ciliaire (Ware), l'ophtalmie purulente (Ware, Richter, Schaffer). Les tendances humorales de l'époque influençaient quelque peu la thérapeutique et nous voyons des médications instituées dans le but de détourner le cours des humeurs supposées nocives. Toutefois la pharmacopée du XVIII^e siècle s'enrichit de préparations opiacées très en vogue pour les maladies des yeux; on se servait couramment d'eau de Goulard et d'acétate de plomb; Janin employait une pommade au calomel, Saint-Yves inaugura l'usage du nitrate d'argent.

Richter, le premier, reconnut la nature du ptérygion.

Jusqu'au XVIII^e siècle, on avait été dans la confusion au point de vue du mode de formation de l'hypopyon et de sa nature exacte; Maître Jean, puis Saint-Yves, montrent la différence qui existe entre l'onix et l'hypopyon; Woolhouse décrit les iritis purulentes et Richter distingue l'hypopyon vrai, provenant d'un ulcère cornéen, de l'épanchement de pus décrit par Woolhouse.

Les *taies de la cornée*, qu'on abandonne souvent à elles-mêmes aujourd'hui, étaient traitées alors de différentes manières. Mead les frottait avec du verre pilé ou les abrasait avec un scalpel; Darwin recommandait de les enlever avec une couronne de trépan; la seule différence avec le procédé actuel de Von Hippel est qu'il laissait se cicatriser la plaie opératoire sans essayer de réparation plastique.

On connaissait depuis longtemps le staphylôme cornéen, mais, à cette époque, Taylor, pour la première fois, décrit le staphylôme pellucide ou *kératocone*; il le nommait *Ochlodes*.

Les affections du fond de l'œil, les maladies des membranes profondes n'étaient et ne pouvaient être que confusion à cette époque où l'examen direct n'était pas réalisé. L'amaurose, comme on le répète toujours en cette occasion, était vraiment la maladie où le malade ne voit pas grand-chose et où le médecin ne voit rien du tout. Cependant, Saint-Yves a publié une étude du décollement de la rétine. Il croyait que c'était la choroïde qui se détachait, mais il avait noté avec exactitude le trouble visuel dans la partie scotomateuse du champ visuel. Saint-Yves a donné encore les signes de l'*asthénopie*, quoiqu'il se méprît sur sa nature et qu'il la considérât comme causée par une atrophie de la rétine. Il traitait cette affection par le repos de l'organe et le port des verres de teinte verte.

La *dyschromatopsie* date de Dalton qui en fit l'observation sur lui-même. La diplopie était alors un symptôme fort mal interprété et qui était mis sur le compte d'états fort divers, tels que la myopie, la luxation du cristallin, etc. Saint-Yves cependant émit quelques idées assez justes sur le *strabisme*; il sut distinguer le strabisme des enfants, qui ne s'accompagnait pas de diplopie, de la déviation oculaire des adultes avec la vision double qui en est la conséquence ordinaire.

Vers la fin du siècle, Buffon démontra que la myopie n'était pour rien dans le strabisme et que celui-ci s'établissait lorsqu'il existait entre les deux yeux une différence de vision. Jurin, de la Hire, du Tour, admettent, pour l'expliquer, un défaut de congruence des axes des deux yeux. Le traitement opératoire n'existait pas encore, mais Buffon recommande la gymnastique des muscles de l'œil malade, l'autre œil étant couvert.

L'étude de la *cataracte* est certainement le point sur lequel le xviii^e siècle s'est montré le plus brillant. On croyait jusqu'alors, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, que la cataracte n'était qu'une pellicule opacifiée, puis détachée du

cristallin. Brisseau, qui avait fait une *autopsie* dans laquelle il avait vu le cristallin tout entier opacifié, présenta sa découverte à l'Académie des sciences qui lui fit la plus vive opposition.

Les médecins de l'époque, en effet, vivaient encore avec l'idée ancienne que le cristallin était, sinon l'organe unique de la perception visuelle, du moins l'intermédiaire nécessaire de la vision. Si la cataracte occupait la totalité du cristallin, l'abaissement de celle-ci aurait dû, d'après leur théorie, entraîner comme conséquence la suppression de la vision. Il fallut pourtant se rendre à l'évidence quand Maître Jean et Méry apportèrent de nouvelles preuves à l'appui de la thèse soutenue par Brisseau. Dans les années qui suivent, on ne s'occupe plus de la nature de la cataracte qui est acceptée par tout le monde, on en établit les diverses variétés : cataracte congénitale (Saint-Yves, Janin, Richter), laiteuse, noire (Maître Jean), etc. Pour l'opération de la cataracte, on sait quel immense progrès lui fit faire Jacques Daviel quand il commença à exécuter l'*extraction* au lieu de l'abaissement, vers l'an 1745.

Le *glaucome*, au xviii^e siècle, était une affection fort mal connue et qui était considérée principalement comme une affection du cristallin d'une nature spéciale. C'était l'opinion de Saint-Yves qui avait donné cependant de la maladie une description fort fidèle; c'était aussi celle de Maître Jean, Rathlauw, Taylor, etc. Morgagni considère que, dans le glaucome, l'affection atteint à la fois le cristallin et le corps vitré, et Brisseau, mieux inspiré, place le siège de la lésion dans le corps vitré seul. Heister, plus tard, confirma l'hypothèse de Brisseau ainsi que Fontana, Guérin, Gendron, Rowley. Au siècle suivant, Beer adopta l'hypothèse de Brisseau qui semblait confirmée par les autopsies qui démontrèrent, en cas de glaucome, l'existence d'un trouble des milieux.

Les affections des *voies lacrymales*, avant le xviii^e siècle, étaient toutes comme englobées sous la seule étiquette de la fistule lacrymale. C'est qu'en effet on ne se préoccupait de

ces sortes d'affections que lorsqu'elles arrivaient au moment où les abcès se forment, où la peau se perfore, où les os sont envahis. Alors on attaquait la région du sac avec des caustiques ou avec le feu.

Le grand progrès, qui fut accompli au XVIII^e siècle, a été que les chirurgiens se sont préoccupés des affections lacrymales à tous leurs degrés; de plus la connaissance anatomique précise des voies lacrymales a conduit les chirurgiens à l'idée qu'il était nécessaire de maintenir l'intégrité de ces parties. De là est venue la méthode d'Anel et de J.-L. Petit. Anel, chirurgien de Paris, eut l'idée, dans une obstruction du canal nasal, de passer dans les voies lacrymales un fin stylet d'or et ensuite de pousser une injection par ce même chemin. Le succès dépassa ses espérances et dès lors il appliqua ce traitement à tous les cas d'affection des voies lacrymales, même lorsqu'il existait une fistule; ceci était un excès. Cabanis, Pallucci, modifièrent le stylet d'Anel de diverses façons; Blizand injectait avec la seringue d'Anel du mercure pour élargir le canal nasal.

La modification principale de la méthode d'Anel est due à Stahl et surtout à J.-L. Petit. Anel pratiquait le *cathétérisme* sans inciser aucune des parties des voies lacrymales; Stahl et J.-L. Petit pratiquèrent des débridements divers pour permettre d'introduire la sonde. Stahl entra dans le sac lacrymal par l'angle interne de l'œil, directement; J.-L. Petit ouvrait le sac par la peau, au moyen d'un couteau étroit, et introduisait par cette plaie des bougies coniques de grosseur croissante. Monro pratiquait la même opération après avoir introduit une sonde dans le sac et s'en être servi comme d'un conducteur, etc. Toutes les façons de pénétrer dans le sac par la peau, par la muqueuse, furent imaginées alors, sauf le procédé dont on se sert aujourd'hui et qui est dû à Bowman. Toutefois le mérite de la canalisation était dès lors établi, et aussi la nécessité de s'ouvrir un chemin par un débridement des voies naturelles.

La chirurgie des paupières est la partie de l'art ophtalmo-

logique qui fit le moins de progrès au XVIII^e siècle; on ajouta peu à la pratique des anciens et surtout des médecins arabes.

XIX^e siècle. — Dès le XIX^e siècle, les *états inflammatoires* de l'œil, qui s'étaient quelque peu individualisés dans le siècle précédent, devinrent l'objet de prédilection des travailleurs. C'est l'époque où divers classements et différents systèmes d'interprétation se trouvèrent en présence. Les uns, avec Beer, reconnaissaient autant de variétés d'ophtalmies que de genres de tissus; les autres faisaient rentrer les affections oculaires inflammatoires dans le système de Broussais. Ces théories, aujourd'hui tombées en désuétude, ne méritent que d'être citées.

Bien plus importante a été la connaissance de l'*ophtalmie des armées* ou égyptienne, qui date de l'expédition de Bonaparte en Égypte; elle est due à Larrey qui publia en 1813 un mémoire sur ce sujet. Les armées de Napoléon rapportèrent en Europe cette maladie, qui s'étendit bientôt à toutes les armées du continent où elle causa de très grands ravages. Les marins furent, plus que les autres encore, éprouvés, étant ordinairement mal nourris, plus soumis à l'encombrement et à la contagion.

Dans certaines armées, notamment dans l'armée belge, l'ophtalmie égyptienne, avec ses caractères aigus, se montra tenace et persista pendant de longues années. L'affection y était endémique à ce point que plusieurs auteurs révoquèrent en doute sa contagiosité, pourtant prouvée par une multitude d'exemples; ils admirent que cette ophtalmie était due, pour une grande part, à des influences extérieures, courants d'air, poussières, etc., mais surtout à la tenue propre aux soldats de cette époque, qui avaient le cou très serré dans une cravate rigide et portaient de lourds shakos (Vleming).

Parmi les meilleurs mémoires spéciaux publiés au commencement du XIX^e siècle sur la nature de l'ophtalmie d'Égypte, il faut compter celui de Müller qui en faisait une affection caractérisée par l'inflammation des glandes de la

conjonctive. Plus tard Fallot reconnut qu'il s'agissait de néoplasies en forme de nodules et de tubercules. Enfin, vers le milieu du siècle, Piringer établit les rapports respectifs de l'ophtalmie aiguë et du trachome proprement dit.

Les autres affections inflammatoires de la conjonctive ont été élucidées également au commencement ou vers le milieu de notre siècle. La *conjonctivite pseudo-membraneuse*, entrevue par Jaeger et Babor, a été décrite par Chassaignac. La *xérophtalmie* a occupé les auteurs depuis Travers ; Arlt la considérait comme une atrophie de la conjonctive et aujourd'hui on tend à en faire une maladie microbienne, peut-être due à un germe spécial.

Le *ptérygion*, pour être une affection de minime envergure, n'en a pas moins fait couler des flots d'encre, et les procédés mis en œuvre pour lutter contre son envahissement ne le cèdent en rien, pour la complication, aux procédés de blépharoplastie les plus minutieux. On a imaginé l'enroulement du ptérygion, son déplacement vers une autre partie de la conjonctive, sans compter sa résection, sa cautérisation, etc.

Il y a peu de chose à dire des maladies de la cornée, des taies cornéennes et de leur traitement au commencement du XIX^e siècle ; la situation ne se modifie pas notablement. Toutefois il ne faut pas oublier la première tentative de *kératoplastie* qui date de cette époque. Au siècle précédent, on se contentait de trépaner les taies de la cornée ; Reisinger (1824), Himly et Riecke réussirent à démontrer expérimentalement, sur les animaux, la possibilité de la transplantation d'une partie vivante de la cornée.

Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, toutes les inflammations qui se produisaient derrière la cornée étaient confondues sous la dénomination d'*ophtalmia interna*.

Schmidt fut le premier, en 1801, qui distingua l'*iritis* consécutive à l'extraction de la cataracte. Simeons décrit ensuite l'*iritis séreuse*, Beer l'*iritis syphilitique*. Sous l'influence des idées de ce dernier, d'ailleurs, on voit se créer, pour l'*iritis*, autant de variétés qu'il y avait de diathèses alors reconnues.

La connaissance de l'*iritis* devait conduire à celle de l'*iridocyclite* et c'est Ammon qui le premier a donné les signes de cette maladie sous le nom d'*ophtalmodermatitis* (1829). Romberg, Rau, Taignot décrivent la névralgie ciliaire.

En ce temps, malgré l'ignorance où l'on était de l'état du fond de l'œil, les auteurs décrivaient la *choroïdite* et s'efforçaient d'en classer les signes subjectifs. Ces descriptions ont forcément perdu tout intérêt depuis que l'image ophtalmoscopique est devenue à peu près le seul élément qui ait de l'importance pour le diagnostic. On ne peut en dire autant de l'ophtalmie sympathique que Wardrop et Lawrence avaient connue et que Mackensie a décrite comme pouvant provenir de la rétine ou de l'iris. On voit que sa conception se rapproche singulièrement de ce qu'on croit être aujourd'hui la vérité.

Il est inutile d'insister sur les nombreuses hypothèses qui ont été tour à tour émises au commencement du XIX^e siècle, touchant le glaucome, les maladies de la rétine ; l'examen ophtalmoscopique, lorsqu'il a pu être réalisé, après la découverte de l'ophtalmoscope par Helmholtz, a fait disparaître de ces théories ce qu'elles avaient d'incompatible avec la réalité des faits. Il faut toutefois faire une exception en faveur du *gliôme de la rétine* que Wardrop, le premier, a décrit complètement et qui peut se voir à l'œil nu. C'est le chatolement du gliôme à travers les milieux transparents qui donnait la physionomie de ce que Beer appelait « l'œil de chat amaurotique ».

C'est de cette époque que datent les premiers *yeux artificiels* scientifiquement appliqués ; ils sont construits par Hazard-Mirault (1818).

Vis-à-vis de l'*amaurose* due à des atrophies optiques, ainsi que nous le savons aujourd'hui, les oculistes du commencement de ce siècle étaient aussi dépourvus qu'en face d'une affection de la choroïde ou de la rétine. Ils qualifiaient la maladie de *goutte seréine*, d'*anesthésie de la rétine*, d'après des signes extérieurs ou subjectifs plus qu'incertains, et, comme pathogénie, ils rattachaient volontiers cette amaurose à un

acte réflexe parti du trijumeau et aboutissant au centre d'origine du nerf optique. C'est Hey qui a introduit l'électricité dans le traitement des amauroses (1776) et Shortt (1830) qui a le premier employé la *strychnine*, pour les mêmes cas, par la méthode endermique.

Les affections du vitréum sont surtout connues depuis peu de temps grâce aux recherches anatomiques dont elles ont été l'objet; toutefois Desmarres, dès 1843, donnait du *synchisis étincelant* une description très satisfaisante.

Au commencement du XIX^e siècle, on a cherché à se rendre un compte plus précis de la *nature de la cataracte* et de son mode de formation. Walther croyait qu'il s'agissait d'un processus d'inflammation puis de nécrose; Delpech et Demours repoussaient l'idée d'une inflammation dans un organe privé de vaisseaux; et pensaient à une nécrose primitive; c'est Pauli qui a créé les termes de phacosclérose, phacomalacie. Vint ensuite la polémique célèbre entre Sichel et Malgaigne au sujet du mode de début de l'opacification cristallinienne. Malgaigne soutenait que l'opacité de la cataracte était due à une sécrétion de la capsule, celle-ci gardant elle-même sa transparence; Sichel répliquait par des observations où il affirmait avoir constaté l'opacification de la capsule, disant que c'était là le fait d'un processus inflammatoire. A cette époque on se préoccupait beaucoup de trouver un moyen de guérir, ou au moins d'enrayer la cataracte dans sa marche. On s'est servi de l'électricité galvanique (Knox, 1785).

Des charlatans, Lattier de la Roche et Gondret (celui-là diplômé), exploitaient la crédulité publique et prétendaient guérir la cataracte au moyen de préparations à base d'ammoniaque.

La question du *strabisme* commença d'entrer dans sa véritable voie quand Buffon eut reconnu que la déviation oculaire dépendait d'une inégalité *dans la force* des yeux. Müller créa le terme de *strabisme concomitant*, et, pour un autre cas qu'il dénomme *strabisme incongruent*, imagine la théorie des points identiques et incongruents de la rétine. Ruete étudia

le strabisme au point de vue des muscles et conclut que l'affection est toujours, primitivement, une maladie idiopathique des muscles oculaires. Donders enfin (1860), dans un travail qui fait époque, fixa son étiologie. On commence seulement aujourd'hui à reviser la théorie du maître, et la tendance actuelle porte à considérer le strabisme comme étant d'origine centrale, cérébrale, plutôt que comme un dérivé *direct* de l'état de réfraction des yeux.

Au début du siècle, le traitement en vogue du strabisme consistait à faire porter des louchettes, c'est-à-dire des coques opaques, percées d'un trou au centre. La première *opération de strabisme* fut pratiquée, par Dieffenbach dit Stromeyer, par Jules Guérin soutient Cunier. En tout cas c'est Stromeyer qui la décrit. D'ailleurs certains auteurs du XVIII^e siècle, Taylor, Aswell, Ingall, l'avaient déjà pratiquée exceptionnellement; Gensoul (de Lyon), en 1836, en avait eu l'idée s'il ne l'avait pas mise à exécution. Cette opération était la *myotomie* et consistait en une section transversale du muscle droit interne. Plus tard cette section musculaire se transforme heureusement en une section du tendon (de Graefe). De nos jours on a ajouté à l'action de cette *ténotomie*, au reculement du muscle contracté, l'*avancement* de la partie opposée: suture de Knapp, avancement du muscle (Guérin), de la capsule (de Wecker).

Du côté des voies lacrymales et du traitement des *dacryocystites*, il restait peu de progrès à faire après l'invention d'Anel modifiée par J.-L. Petit. On inventa beaucoup de sondes, les unes en métal, les autres en diverses substances. Scarpa employait un clou gros et plein, Dupuytren se servait d'une canule creuse; tous deux laissaient leur instrument à demeure et les larmes devaient passer autour du clou ou dans l'intérieur de la canule. Les résultats ne devaient toutefois pas être constamment bons, puisque Laugier proposa la perforation de l'antra d'Highmore et Kerst, celle de la branche montante du maxillaire supérieur, pour donner passage aux larmes. Nannoni enfin, plus radical encore, détrui-

sait le sac de façon à supprimer tout à fait les voies lacrymales; Desmarres, qui avait adopté cette manière de faire, employa, pour la réaliser, la pâte de Vienne et ensuite le fer rouge. La situation, on le voit, n'était pas très heureuse, et la découverte d'Anel n'avait pas encore porté tous ses fruits. Aussi accueillit-on comme elle le méritait la pratique de Bowmann, lequel exécutait la canalisation par les voies naturelles, au moyen de sondes petites qui ne restaient pas en place. Il faut noter encore la dilatation forcée de Weber, la stricturotomie de Stilling, à une époque rapprochée de nous. Enfin, actuellement et en certains cas, on s'attaque directement au sac pour le modifier avant de pratiquer la canalisation.

La *chirurgie plastique* des paupières fit de très grands progrès au commencement du XIX^e siècle. Les traités classiques enregistrent tous, avec détails, les nombreux procédés proposés dans l'ectropion cicatriciel, par Adams, Warton Jones, Denonvilliers, Fricke, Dieffenbach. Certains ne sont que des modifications heureuses des procédés antiques d'Anthyllus et des chirurgiens arabes. Par-dessus tout, lorsqu'il est question de blépharoplastie, il faut citer Mirault (d'Angers) qui a fait connaître la suture palpébrale provisoire sans laquelle aucun procédé de blépharoplastie ne saurait réussir complètement.

Dans le trichiasis, il y a à enregistrer le procédé de Gaillard (1844) connu sous le nom de « sutures de Gaillard » et encore en usage aujourd'hui. Enfin c'est vers la même époque que Jæsche fit connaître sa célèbre opération de la « transplantation du sol ciliaire », qu'on retrouve dans Aëtius.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup préoccupé de l'étiologie et de la pathogénie des affections oculaires, et on a cherché à déterminer notamment les relations existant entre les maladies des yeux et les maladies générales, nerveuses, viscérales, diathésiques ou infectieuses et les intoxications.

Bouchut recherche des symptômes oculaires dans les ma-

ladies cérébrales et son ouvrage sur la *cérébroscopie* (1862) renferme, sinon des résultats importants, du moins des tendances significatives. L'école de la Salpêtrière, avec Charcot et Parinaud, donne toute son importance diagnostique et pronostique à l'examen de l'œil dans la pathologie nerveuse. Jæger, Arlt, Færster, dans le traité de Græfe et Sæmisch; de Wecker, Gayet, Panas, les auteurs contemporains, dans leur enseignement et leurs publications; tous les ophtalmologistes, sur de multiples points de détails, s'appliquent à montrer que l'œil n'est point un organe isolé, mais que, comme tous les autres, il se rattache étroitement à l'organisme entier, subissant ses troubles de nutrition, ses infections, ses intoxications. Un grand nombre de thèses en France ou à l'étranger mettent en relief la parenté morbide de l'œil avec les autres organes. Cette question se trouve très complètement exposée dans l'excellent livre de E. Berger (1892).

CHAPITRE II

MALADIES DE L'ORBITE

I. — Blessures.

§ 254. — Les blessures de l'orbite sont produites par des instruments contondants, piquants, tranchants ou des armes à feu qui frappent les os, les parties molles ou le globe oculaire; il peut s'y ajouter la présence de corps étrangers.

Lorsque le *rebord orbitaire* est fracturé à la suite d'une chute ou d'un coup quelconque, on constate une douleur localisée, de la mobilité, parfois de la crépitation. Si les cavités voisines, sinus, fosses nasales, sont ouvertes, de l'emphyème se manifeste. L'hémorrhagie, des ecchymoses profuses sont habituelles.