

celle du bulbe, au contraire, l'était assez fortement, mais, en outre, si violemment gonflée, qu'elle recouvrait la cornée de toutes parts sous forme d'un épais bourrelet. La sécrétion n'avait pas augmenté. La cornée, ainsi que les parties profondes de l'œil, étaient indemnes et l'acuité visuelle normale; seulement il y avait diplopie, à cause de la gêne de la motilité de l'œil. La maladie était accompagnée de douleurs modérées, notamment d'un sentiment de pression et de tension dans les yeux. — Comme traitement, j'administrai à la patiente une infusion de jaborandi, afin de provoquer par une abondante transpiration la prompte disparition de l'exsudat. Sous l'influence de ce médicament, l'œdème et la protrusion des yeux disparurent peu à peu, et, lorsque la patiente, quatre semaines plus tard, quitta la clinique, l'état de ses yeux était redevenu entièrement normal.

Les causes de la ténionite sont encore obscures; on l'attribue à la goutte, au rhumatisme et au refroidissement. Quelques cas (dont un de ténionite suppurée primitive) ont été observés dans la dernière épidémie d'influenza. L'affection a des tendances à la récurrence, mais n'entraîne aucune suite durable.

La ténionite se manifeste, comme la cellulite orbitaire, par de l'œdème des paupières et de la conjonctive d'une part, par une protrusion de l'œil, d'autre part. Le diagnostic entre ces deux affections se base sur le rapport existant entre la protrusion et le chémosis. Si ce dernier est très développé et l'exophtalmie faible, il faut admettre une ténionite; dans l'inflammation du tissu orbitaire, même quand l'œil est fort saillant, le chémosis est souvent peu considérable, il se peut même qu'il soit limité à la zone interpalpebrale de la conjonctive. Toutefois, il arrive fréquemment qu'on ne peut faire une distinction plus ou moins certaine, comme d'ailleurs les cas ne sont pas si bien délimités au point de vue anatomique. Je pense que bien des cas, qui eussent été considérés auparavant comme ténionite, seraient à présent classés dans les cellulites.

II. — TRAUMATISMES.

§ 133. — Les blessures de l'orbite intéressent tantôt les parties molles seulement, tantôt en même temps les os. Les blessures des *parties molles* sont, en général, le résultat de la pénétration d'un corps étranger dans l'orbite, et il est naturel qu'alors les paupières et le globe soient très souvent atteints en même temps. La suite immédiate de la blessure est la production d'une hémorragie dans le tissu de l'orbite. Lorsqu'elle est abondante, elle occasionne une exophtalmie, et elle s'étend jusque sous la conjonctive et la paupière, où elle apparaît sous forme d'une ecchymose résultant de ce que le sang a fusé jusque-là. La blessure peut encore avoir pour conséquence des paralysies des muscles oculaires, ainsi que des lésions du nerf optique qui entraînent immédiatement après

elles une cécité partielle ou totale. Il arrive aussi que le corps étranger, qui pénètre dans l'orbite, en expulse le globe oculaire, de façon qu'on trouve celui-ci pendant au-devant des paupières — *luxation traumatique du globe*. Cet accident est surtout possible quand le corps vulnérant pénètre du côté externe, qui est l'endroit où le rebord orbitaire est le moins saillant; — celui-ci ne dépasse presque pas le plan de l'équateur oculaire. Il y a des pays où, dans les rixes, on produit volontairement de telles blessures en poussant, du côté externe, le pouce dans l'orbite et en expulsant le globe. Des aliénés se sont quelquefois énucléés ainsi un œil ou même les deux yeux. Le plus souvent l'œil luxé est perdu; cependant on connaît quelques cas où l'œil, après avoir été remis en place, s'est guéri et a conservé son acuité visuelle.

Quant aux blessures des os, elles sont plus souvent dues à un coup de feu (particulièrement un coup de revolver à la tempe dans le cas de suicide) ou à une contusion (coup ou chute) sur le pourtour orbitaire. Le diagnostic en est facile quand la blessure intéresse le rebord orbitaire même. On y reconnaît l'endroit de la fracture par l'existence d'une inégalité, la sensibilité à la pression, quelquefois par la crépitation. Quand, par suite de la fracture, l'orbite est mis en communication avec les cavités voisines, il peut se déclarer un emphysème de l'orbite. Quand l'air est localisé dans les parties antérieures de l'orbite, on le sent à travers les paupières; si l'air a pénétré derrière le globe, on constate une exophtalmie. On distingue que celle-ci est due à de l'emphysème et non à une hémorragie, par ce fait qu'il est possible de refouler, avec la main, l'œil exophtalmique dans l'orbite, parce qu'ainsi on expulse l'air. Par contre, comme l'air rentre dans l'orbite quand on fait des efforts pour tousser, se moucher, etc., l'exophtalmie alors augmente.

Lorsque des organes importants ne sont pas détruits, la blessure peut se guérir après la résorption de l'hémorragie, et tout rentre dans l'ordre. D'autres fois, il peut persister des troubles de motilité de l'œil, dus à des adhérences de celui-ci avec des tissus voisins ou à des paralysies musculaires. De même, quand le nerf optique a été blessé, il peut se déclarer une cécité permanente de cet œil. Les conséquences sont plus fâcheuses encore lorsque la blessure produit le développement d'un phlegmon dans l'orbite. Dans ce cas, elle peut se terminer par la mort.

Lorsqu'il s'agit d'une blessure récente, le *traitement* consiste avant tout à nettoyer et à désinfecter soigneusement la plaie. Si l'on soupçonne la présence d'un corps étranger dans l'orbite, on tâche de l'extraire. Au contraire, des corps étrangers, tels que des grains de plomb, que l'on sait pouvoir s'enkyster, peuvent y être abandonnés. En outre, on prend des précautions pour que la sécrétion produite par la plaie

puisse librement s'écouler (pour cela on y introduit un drain ou une bandelette de gaze iodoformée), on applique un bandage antiseptique. Lorsque l'exophtalmie est assez prononcée, l'application d'un bandeau facilite la prompte résorption du sang ou de l'air (dans l'emphysème). Dès que les symptômes de la suppuration profonde se déclarent, il faut procéder comme dans le phlegmon rétrobulbaire.

L'emphysème de l'orbite et des paupières se produit après une contusion de l'œil. La pression qui agit sur le globe oculaire enfonce celui-ci dans l'orbite et force la graisse orbitaire à se reporter latéralement. Mais elle rencontre dans les parois orbitaires un obstacle solide, sauf du côté nasal, constitué par la lame papyracée de l'ethmoïde. Celle-ci est enfoncée et les cellules ethmoïdales sont par conséquent mises en communication avec le tissu cellulaire de l'orbite. (Quand la contusion a eu pour conséquence une rupture de la sclérotique, il ne se produit pas d'emphysème, parce que le globe oculaire flasque ne presse plus avec assez de force sur le tissu orbitaire. Emphysème et rupture sclérale, suites d'une contusion de l'œil, s'excluent par conséquent.) Mais il ne suffit pas qu'il y ait communication entre le tissu orbitaire et la cavité aérienne, il faut encore que l'air soit chassé par l'orifice dans le tissu orbitaire. C'est d'habitude en se mouchant que l'on pousse l'air dans les tissus; en effet, on expire violemment, en se bouchant les narines et l'on comprime ainsi l'air renfermé dans les fosses nasales. C'est ainsi que s'explique que l'emphysème survienne parfois brusquement, quelques heures seulement après la blessure, au moment où l'on se mouche. On a vu, très rarement, se produire un emphysème chez une personne qui s'était mouchée très énergiquement; chez cette personne la lame papyracée était très mince à un endroit, et la pression excessive de l'air l'avait brisée.

L'air, qui passe à travers la rupture de l'ethmoïde, pénètre d'abord dans le tissu orbitaire — *emphysème orbitaire*. Le globe oculaire est repoussé en avant, de même que l'aponévrose tarso-orbitaire, qui est pressée contre la peau de la paupière, ce qui fait saillir les paupières. A cause de la pénétration de l'air derrière le septum orbitaire (voir p. 617), les paupières sont pressées l'une contre l'autre et la fente palpébrale rétrécie, alors que, dans les autres cas d'exophtalmie, les paupières sont écartées par l'œil saillant. Si la pression sous laquelle l'air a pénétré dans la cavité orbitaire est particulièrement élevée et que, de plus, l'aponévrose tarso-orbitaire est peu résistante (c'est le cas chez les vieillards), l'air peut déchirer cette aponévrose et pénétrer sous la peau de la paupière : *emphysème orbito-palpébral*. On perçoit maintenant beaucoup mieux l'air sous la peau mince que sous l'aponévrose tendue. Le gonflement s'étend jusqu'au bord libre, tandis qu'il s'arrêtait au bord convexe du tarse où l'apo-

névrose s'attache (Heerfordt). Un emphysème exclusivement *palpébral*, sans participation de l'orbite, est extrêmement rare. Il se montre quand la porte d'entrée de l'air se trouve dans les tissus au-devant de l'aponévrose orbitaire, par exemple dans les blessures du sac lacrymal.

Des fractures profondes de l'orbite, sans fracture du rebord orbitaire, peuvent être produites par des corps étrangers, pénétrant profondément dans cette cavité, mais elles peuvent être occasionnées indirectement (par contre-coup). Tel est le cas, par exemple, après une chute sur la tête ou après la chute d'un corps pesant sur la tête, etc. Quand des fractures de cette espèce se trouvent profondément situées, on ne peut les soupçonner que parce qu'elles sont accompagnées d'une hémorragie intra-orbitaire. Cette hémorragie se trahit par le développement instantané d'une exophtalmie, et plus tard par une ecchymose de la conjonctive et des paupières. Un autre point de repère serait le fait, qu'immédiatement après l'accident, l'œil, tout en conservant son aspect extérieur normal, a été subitement frappé de cécité partielle ou totale. La cécité, dans ce cas, devrait être attribuée à une blessure du nerf optique dans le trajet du canal optique, dont la paroi est fracturée (Hölder et Berlin, voir p. 593). Des symptômes analogues accompagnent aussi quelquefois les fractures de la base du crâne, sauf que, d'un côté, l'exophtalmie fait ici défaut et que, de l'autre, l'ecchymose de la conjonctive et des paupières se manifeste encore plus tard, le sang ayant besoin de plus de temps encore pour arriver jusque-là.

Les hémorragies spontanées de l'orbite sont excessivement rares, on ne les observe qu'à la suite de la coqueluche ou chez les personnes disposées aux hémorragies (scorbut, etc.).

Contusion de l'œil. — Il peut être utile pour le médecin praticien de posséder un tableau résumant brièvement les conséquences que la contusion de l'œil ou des tissus voisins peut entraîner. Le médecin, placé devant un cas semblable, pourra, en consultant ce résumé, connaître les altérations possibles dans l'occurrence. Il examinera s'il trouve une de ces altérations dans le cas qui l'occupe, et ainsi il lui sera possible de découvrir les lésions qui, trop peu manifestes, eussent sans doute passé inaperçues. Les altérations produites par les contusions sont :

Aux *paupières* : des ecchymoses, de l'emphysème, des solutions de continuité;

Au *rebord orbitaire* : des fractures avec ou sans déplacement des fragments;

Au point de vue de la *situation du globe* : l'exophtalmie, qui peut avoir pour cause soit la production d'un épanchement de sang ou d'air (emphysème) dans le tissu rétrobulbaire, soit un anévrysme artério-veineux, provenant d'une rupture de la carotide dans le sinus caverneux (p. 773); déviation par paralysie musculaire.

Dans le cas où les enveloppes de l'œil ont été perforées, la *tension* du globe a considérablement diminué. Mais, même en dehors de toute lésion matérielle considérable, la tension de l'œil peut être abaissée, d'une façon temporaire, par suite de la diminution de volume des liquides de l'œil, surtout du corps vitré (Leplat). Cette hypotonie doit être considérée comme dépendant d'un trouble trophique d'origine nerveuse.

A la *conjonctive* : des ecchymoses, des déchirures (avec ou sans rupture sclérale concomitante);

A la *cornée* : des érosions épithéliales, plus tard une inflammation profonde, non purulente (kératite profonde), rarement des processus suppura-tifs ou une rupture de la cornée;

Dans la *chambre antérieure* et dans le *corps vitré* : des épanchements sanguins (hyphéma, hémophtalmie);

A l'*iris* : de l'iridodialyse partielle ou totale (aniridie traumatique), des déchirures radiaires, renversement de l'iris, en outre de la paralysie de l'iris (mydriase) avec ou sans paralysie de l'accommodation;

Au *cristallin* : par suite de la rupture partielle ou totale de la zonule, on observe de l'astigmatisme, de la luxation ou de la subluxation, enfin la formation d'une cataracte;

A la *sclérotique* : une rupture dans le segment antérieur, éventuellement avec hernie de l'uvée, du cristallin ou du corps vitré;

A la *choroïde* et à la *rétilne* : des épanchements sanguins, du décollement ou des ruptures; un trouble dans la rétilne elle-même (commotion de la rétilne);

Au *nerf optique* : de la compression par hémorragie, des blessures ou des déchirures dues à une fracture du canal optique.

III. — GOITRE EXOPHTALMIQUE.

§ 134. — Le goitre exophtalmique ou maladie de Basedow relève du domaine de la médecine interne, et on ne doit en parler ici que parce qu'un de ses symptômes les plus importants est l'*exophtalmie*. Celle-ci est bilatérale. Les yeux sont directement refoulés en avant, tantôt d'une manière à peine sensible, tantôt si considérablement que les paupières ne suffisent plus à les couvrir complètement. Même lorsque l'exophtalmie est très prononcée, la diminution de la motilité de l'œil est légère ou fait entièrement défaut. Dès que l'exophtalmie est considérable, inutile de dire qu'alors la difformité est frappante. Mais, alors même que la protrusion est peu considérable, l'aspect particulier des yeux se remarque immédiatement. Cet aspect dépend du relèvement extraordinairement prononcé des paupières supérieures. Les yeux paraissent largement ouverts et donnent au malade l'expression de l'étonnement ou de la frayeur.

Lorsque le regard se porte en bas, les paupières n'accompagnent pas normalement l'œil, mais restent fixées en haut, de façon qu'une large bande de la sclérotique est mise à découvert au-dessus de la cornée (*symptôme de v. Graefe*). Le clignotement est plus rare (*symptôme de Stellweg*), ce qui favorise le dessèchement de la cornée mal couverte; enfin la convergence des yeux est plus difficile (*symptôme de Mœbius*). Tant que la cornée n'a pas souffert, le bulbe lui-même est normal et l'acuité visuelle intacte.

Les deux autres symptômes principaux de la maladie de Basedow sont le *goitre* et l'accélération des mouvements du cœur, la *tachycardie*. Le gonflement du corps thyroïde se distingue du goitre ordinaire en ce qu'en y appliquant la main, on sent un mouvement pulsatif très appréciable des artères, qui occupe toute la glande. De même, on trouve les carotides fortement dilatées et présentant des battements intenses. La force des pulsations cardiaques est augmentée, le nombre des battements est généralement au delà de cent. Le moindre effort corporel ou l'excitation morale la plus insignifiante augmentent aussitôt considérablement la fréquence du pouls. Dans les cas récents, l'examen du cœur indique qu'il est normal, sauf une dilatation du cœur gauche. Presque toujours ces malades montrent des tremblements, comme des vibrations et des sudations. Quant à l'état général, il est troublé, en ce sens que les patients sont le plus souvent très excitables et souffrent de symptômes d'anémie et de chlorose. Bien que l'appétit soit bon, il n'est cependant pas rare qu'il se manifeste un prompt amaigrissement.

La maladie atteint de préférence les femmes, à partir de l'époque de la puberté jusqu'à celle de la ménopause. Les hommes en souffrent rarement.

Le goitre exophtalmique se développe le plus souvent très lentement. D'ordinaire, le premier symptôme que l'on constate, ce sont les palpitations, auxquelles succèdent plus tard le goitre et finalement l'exophtalmie. Ordinairement, ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de mois ou d'années que tous les symptômes de la maladie sont bien manifestes. Alors, l'affection reste le plus souvent stationnaire pendant des années, pour disparaître ensuite très lentement, laissant subsister une certaine tendance à la récurrence. Cependant, dans un grand nombre de cas, la maladie ne se guérit pas, mais persiste jusqu'à la mort du malade. Elle peut même — par l'épuisement ou par des complications — occasionner la mort. Chez les hommes et chez les vieillards, la maladie affecte, en général, un caractère plus grave que chez les femmes et les jeunes individus. Pour ce qui concerne les yeux, la maladie de Basedow est dangereuse, parce que, lorsque l'exophtalmie devient considérable, l'occlusion palpé-