

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 suppuratifs 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-

brale n'est plus complète, et il se développe une kératite par lagophtalmie. Cette dernière affection peut occasionner la cécité d'un des yeux ou de tous les deux à la fois.

Quant au traitement, il est malheureusement peu efficace contre la maladie de Basedow. L'anémie est combattue par un régime réconfortant, par le fer, le quinquina et l'arsenic. Contre la tachycardie, on prescrit la digitale, tandis qu'en considération des symptômes nerveux généraux on administre le bromure de potassium et les douches d'eau froide. L'application longtemps prolongée du courant constant sur le sympathique cervical constitue d'ordinaire le traitement le plus efficace. Dans les derniers temps, on a pratiqué l'extirpation du corps thyroïde. — Du traitement, nous n'avons à considérer ici que ce qui regarde les yeux. On ne traite l'exophtalmie que pour autant qu'elle empêche l'occlusion parfaite des paupières et menace ainsi l'intégrité de la cornée. Dans ce cas, il faut couvrir l'œil, à l'aide d'un bandeau, pendant le sommeil. Si le bandeau était insuffisant pour tenir les paupières fermées sur l'œil exophtalmique, il faudrait avoir recours à la tarsorrhaphie, par laquelle on réunit la partie externe de la fente palpébrale.

La maladie de Basedow a été décrite comme entité morbide, tout d'abord par les médecins anglais, notamment par Parry et plus tard par Graves, et c'est pourquoi, aujourd'hui encore, les Anglais la désignent sous le nom de *Grave's disease*. Cependant, ces auteurs n'avaient pas encore reconnu l'exophtalmie comme un des symptômes essentiels de la maladie. C'est Basedow qui, le premier, en 1840, a établi la trinité symptomatique complète de la maladie.

Lorsque le cas est bien prononcé, il n'y a pas d'affection que l'on diagnostique plus facilement; à distance, déjà on reconnaît le mal dont le patient souffre. D'autre part, il se rencontre nombre de cas dans lesquels certains symptômes sont peu prononcés ou font entièrement défaut, et alors le diagnostic devient difficile. Si nous ne considérons ici que l'exophtalmie, elle peut être légère, faire entièrement défaut, ou n'atteindre que l'un des yeux. En cas d'absence de l'exophtalmie, le symptôme de v. Graefe n'en existe quelquefois pas moins, ce qui démontre qu'il ne dépend pas uniquement de l'exophtalmie. Cependant le symptôme de v. Graefe n'est pas constant non plus, et, dans le même cas, on peut tantôt en constater la présence, tantôt l'absence.

De même que, au point de vue de leurs manifestations, les symptômes de la maladie de Basedow montrent beaucoup de variations, de même la marche de la maladie elle-même peut présenter de grandes diversités. Ainsi, tandis que, en règle générale, la marche en est très chronique, on connaît néanmoins des cas où le mal a éclaté d'une manière très aiguë. Trousseau cite une femme chez laquelle les symptômes de la maladie s'étaient développés

dans le courant d'une seule nuit qu'elle avait passée à pleurer la mort de son père. D'ailleurs, il se peut que la marche ultérieure de la maladie soit tellement rapide, qu'elle se termine en quelques semaines, par la guérison ou par la mort.

Comme cause de l'affection, on admet une intoxication de l'organisme par la sécrétion de la glande thyroïde, d'où résulte un trouble d'innervation. Les symptômes oculaires paraissent dus à un trouble fonctionnel du grand sympathique. C'est pourquoi l'on observe une dilatation des vaisseaux dans le domaine des carotides, dilatation qui se trahit déjà extérieurement par les pulsations dont ces vaisseaux sont le siège. L'engorgement des vaisseaux artériels de la glande thyroïde et de l'orbite produisent respectivement le goitre et l'exophtalmie, deux symptômes qui disparaissent avec la mort. Le symptôme de v. Graefe doit être également attribué à un trouble d'innervation du grand sympathique, qui anime le releveur à fibres lisses des paupières (muscle palpébral supérieur). Ce dernier se trouve en spasme tonique, ce dont on peut se convaincre en saisissant la paupière supérieure par les cils et en essayant de l'abaisser. On rencontre une bien plus grande résistance que chez les personnes saines.

IV. — TUMEURS DE L'ORBITE.

§ 135. — Le symptôme commun le plus important des tumeurs de l'orbite — dans le sens le plus large du mot — est l'exophtalmie. Pour fixer le siège de la tumeur, il faut considérer la nature de la protrusion : le bulbe est-il refoulé directement en avant, ou bien y a-t-il en même temps un déplacement latéral ? Dans le même but, on examine encore la motilité de l'œil dans toutes les directions. Ensuite on tâche de sentir la tumeur elle-même, pour se rendre compte de sa grosseur, de sa forme, de sa consistance, de sa mobilité, etc. La tumeur siège-t-elle profondément dans l'orbite, on cherche à pénétrer, avec le petit doigt, aussi loin que possible entre le globe et le rebord orbitaire (au besoin dans la narcose), afin d'atteindre la tumeur. Enfin l'examen se complétera par la détermination de l'acuité visuelle et l'examen ophtalmoscopique, qui nous renseigneront sur l'existence et la nature des troubles du nerf optique provoqués par la tumeur.

o) *Kystes*. — Les plus fréquents dentre eux sont les kystes dermoïdes, qui, bien que congénitaux, se développent néanmoins souvent plus tard au point de devenir très considérables. Ils siègent d'habitude dans les parties antérieures de l'orbite et ordinairement au niveau de l'angle supéro-externe ou supéro-interne. Grâce à leur siège superficiel, ils ne refoulent pas le globe oculaire, mais ils font proéminer la peau des paupières, et