

la théorie qu'ils se font de l'accommodation, ils mettent la *kopiopie* sur le compte d'un affaiblissement du *muscle de Brücke*, chargé d'imprimer des modifications de forme au cristallin (Schauenburg), ou bien sur le compte d'une *compression exagérée du globe par les muscles qui l'entourent* (Bonnet, Pétrequin). Mackenzie incline à croire que l'asthénopie est une maladie à la fois de l'appareil de l'accommodation et de la rétine. Pour Scarpa, Beer, Lawrence, l'asthénopie est *une affection de la rétine, une fatigue de l'action nerveuse*, opinion à laquelle nous nous rattachons. Il ne nous est pas démontré que ce soit une fatigue de l'accommodation, d'abord parce que, comme nous l'avons développé ailleurs (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 554 et suiv.), nous ne pensons pas qu'un œil normal soit organisé de façon à faire sans cesse des efforts d'adaptation pour la vision des objets placés à la distance ordinaire; ensuite, parce que, si l'asthénopie consistait uniquement dans une fatigue de l'appareil d'accommodation, on devrait trouver des *verres convexes* qui, supplant cet appareil, feraient cesser toute fatigue. Or il est d'observation que les verres convexes n'améliorent la vision chez les asthénopes qu'autant que ceux-ci sont en même temps *hyperopes*; et, dans ce cas, les mêmes verres n'évitent nullement la fatigue des yeux. Il y a plus: c'est que certains sujets qui prennent des verres convexes, sans être dirigés dans leur choix par un homme de l'art, deviennent *hyperopes* au bout d'un certain temps, sans que l'asthénopie se soit améliorée.

Quand on songe aux conditions dans lesquelles se développe l'asthénopie, à savoir: qu'elle se montre exclusivement chez ceux qui appliquent sans cesse leurs yeux à des ouvrages minutieux, qui, par conséquent, *dépendent*, pendant des années, une grande somme de *l'influx nerveux* de la rétine; si on réfléchit en outre qu'une portion quelconque du système nerveux n'est apte à fonctionner longtemps qu'autant que l'innervation en est suffisamment ménagée; que, sous ce rapport, l'appareil nerveux de l'œil rentre dans les conditions générales des autres parties du système nerveux, on ne verra dans l'asthénopie qu'un *TROUBLE NERVEUX* de la rétine, trouble qui peut aller jusqu'à l'épuisement véritable de l'influx nerveux.

On se demande néanmoins comment un trouble fonctionnel de ce genre a pu disparaître par la *section du muscle petit oblique* de l'œil, et on est enclin à considérer ce résultat thérapeutique comme une preuve en faveur d'une maladie de l'accommodation. Il est possible que, dans certains cas, l'asthénopie soit le résultat d'une contraction exagérée des muscles qui entourent le globe. C'est un élément dont il importe de tenir compte dans le traitement de la maladie, de même qu'il convient de ne pas négliger la variété d'asthénopie musculaire qui se rattache, d'après de Graefe, à une *insuffisance d'action* du muscle droit interne, et que nous croyons, dans quelques cas, être la conséquence d'une *exagération d'action* des muscles adducteurs.

Diagnostic. Il est facile. On donne à lire au sujet des caractères d'imprimerie de petites dimensions, en plaçant le livre à la distance de la vision ordinaire. La vue de l'asthénope se brouille après quelques lignes de

lecture. Cette première donnée est incomplète; il faut s'assurer si le sujet n'est ni *myope* ni *hypermétrope*. On arrive à ce résultat par des épreuves avec des verres concaves et convexes. Il reste à s'assurer, par l'examen ophthalmoscopique, s'il n'existe aucune altération des membranes profondes de l'œil, c'est-à-dire si l'asthénopie est *essentielle* ou si elle est symptomatique.

Pronostic. L'asthénopie légère, récente, guérit rapidement par le repos de l'organe, une médication appropriée à l'état général du malade. Celle qui est très-marquée, qui existe depuis des années, résiste le plus souvent avec opiniâtreté à toute espèce de médication.

Traitement. La première condition, pour obtenir une guérison, c'est de condamner les yeux au repos. On recommande aux personnes qui appliquent la vue sur de petits objets, de reposer les yeux chaque fois qu'elles se sentent fatiguées; c'est plus particulièrement aux gens de lettres, aux dessinateurs, aux graveurs, aux couturières que ce conseil doit être donné. Il en est de même pour les enfants, quand ils sont arrivés à l'âge où ils s'appliquent longtemps à lire et à écrire. L'asthénopie est-elle arrivée à un degré plus avancé, il faut que le malade renonce aux travaux sur de petits objets; c'est une grande difficulté pour certaines personnes qui sont obligées de gagner leur vie avec une profession à laquelle elles se sont adonnées pendant des années. On recommande de s'abstenir de toute espèce de travail des yeux le soir, à la lumière artificielle; si cela ne se peut, on corrige l'effet produit par la mauvaise couleur de la lumière, au moyen d'un réflecteur opaque, coloré en bleu à l'intérieur, et placé au-dessus et autour de la flamme. C'est dans le même but qu'on prescrit des *lunettes à verres bleus*. Lorsque l'asthénopie est au début, des lotions d'eau froide pratiquées sur les yeux, au moment où la vue se trouble, procurent un grand soulagement. On fait baigner les yeux dans une solution astringente très-faible, s'il existe des phénomènes de congestion du côté des membranes profondes de l'œil. On prévient et on combat la constipation par une médication purgative douce.

L'asthénopie cède, chez un certain nombre de sujets, à un traitement tonique et stimulant. Le vin de quinquina, les préparations ferrugineuses, les douches d'eau froide sur la région orbitaire, des onctions sur la même région avec des *liniments spiritueux*, ou avec une pommade au *sulfate de strychnine*, rendent de grands services. On se trouve bien aussi d'une nourriture animalisée, de l'usage de vins généreux à dose modérée, de bains de rivière ou d'un traitement hydrothérapique régulier, du séjour et de l'exercice à la campagne. L'instillation de l'*extrait de fève de Calabar* m'a procuré une amélioration passagère, dans quelques cas d'asthénopie invétérée: L'électrisation de l'œil ne m'a donné aucun résultat. Les verres convexes, conseillés par Frommüller et Tavignot, ne conviennent, dans l'asthénopie, que lorsque celle-ci est accompagnée d'*hyperopsie*.

Quelques ophthalmologues, considérant l'asthénopie comme une *maladie de l'accommodation*, et admettant que celle-ci est sous l'influence seule du muscle ciliaire, qui cesse alors de remplir normalement ses fonctions, ont

proposé, dans l'asthénopie, l'emploi des mydriatiques. Ceux-ci aggravent le mal au lieu de l'améliorer.

La *section des muscles de l'œil* a donné de bons résultats, dans certaines asthénopies, non-seulement à Bonnet et à Pétrequin, mais encore à Adams. Les deux premiers coupent le *muscle oblique inférieur*; le second préfère les *muscles droits*. Rappelons aussi que, dans certaines asthénopies par *insuffisance* de contraction du muscle droit interne de l'œil, de Græfe a pratiqué la section du muscle droit externe. J'ai pratiqué avec succès la section de l'adducteur, dans les asthénopies par *excès d'action* de ce muscle.

SECTION XIX.

MALADIES DE LA TOTALITÉ DU GLOBE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA TOTALITÉ DU GLOBE.

Elles sont relatives au volume des yeux, au nombre de ces organes, à leur situation, etc. : On appelle MÉGALOPHTHALMOS ou BUPHTHALMOS un accroissement notable de volume du globe. Le MICROPHTHALMOS consiste dans une diminution plus ou moins considérable du volume du globe. Lorsque l'œil est trop enfoncé dans l'orbite, il y a ENOPHTHALMOS; l'organe présente-t-il, au contraire, une saillie exagérée, il y a EXOPHTHALMOS. Lorsque les yeux n'occupent pas leur place habituelle, on les dit atteints d'ECTOPIE. Si le nombre de ces organes dépasse deux, il y a POLYOPIE. On appelle CYCLOPIE la réunion plus ou moins complète des deux yeux en un seul. Le MONOPHTHALMOS se distingue de la cyclopie en ce que, dans le premier cas, l'œil occupe la place normale, tandis que, dans le second, il est sur la ligne médiane. L'ANOPHTHALMOS est l'absence congénitale des yeux. (Pour plus de détails sur ces diverses anomalies, consultez mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 487 et suiv.)

CHAPITRE II.

BLESSURES DU GLOBE.

Les blessures du globe ont été étudiées avec les maladies de la *cornée*, de la *scélérotique*, de l'*iris*, du *cristallin*, du *corps vitré*, de la *choroïde*. Il

nous reste, pour en compléter l'histoire, à décrire quelques lésions qui n'ont pu trouver place dans les précédents chapitres.

ARTICLE I.

Commotion de l'œil.

Le mot *commotion* est pris en deux sens : ou bien il signifie l'ébranlement communiqué à l'œil par une violence extérieure qui agit tantôt directement sur l'organe, tantôt indirectement, c'est-à-dire sur un point du corps plus ou moins éloigné; ou bien il s'applique aux *effets* produits par cet ébranlement sur les divers tissus de l'organe.

Ces effets varient d'après la nature du corps contondant, son volume, le lieu de sa rencontre avec l'œil ou les parties voisines. Ce sont communément des déchirures des portions les plus vasculaires, et des extravasations sanguines plus ou moins étendues. C'est ainsi que se produisent les lésions que nous avons étudiées dans les sections précédentes.

En dehors de ces lésions matérielles reconnaissables par les moyens d'investigation que nous possédons, il faut admettre qu'un violent ébranlement de l'œil peut déterminer des troubles fonctionnels graves, c'est-à-dire la perte absolue de la vision, sans qu'il soit possible de trouver aucune altération matérielle appréciable. Ce sont ces cas qui méritent de conserver le nom de *commotion*, dénomination à laquelle on pourrait ajouter *sine materia*, pour rendre compte de la nature du mal.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope, on désignait sous ce nom tous les cas dans lesquels un ébranlement de l'œil était suivi d'une perte de la faculté visuelle, sans qu'il fût possible de reconnaître une lésion apparente à l'œil nu. Les moyens d'exploration étant bornés, dans de pareilles conditions, on rangeait dans la classe des commotions *sine materia* beaucoup de cas accompagnés de lésions matérielles, notamment d'hémorragies du corps vitré, de la choroïde et de la rétine.

Aujourd'hui que l'examen à l'ophthalmoscope permet de reconnaître sûrement de pareilles lésions, on est obligé d'avouer qu'il est des cas d'ébranlement violent de l'œil suivi de perte absolue de la vision, dans lesquels il est impossible de trouver aucune lésion matérielle appréciable, bien que dans la majorité des cas on constate le contraire. Quelles sont alors les modifications moléculaires subies par la substance nerveuse rétinienne? L'examen de la rétine au microscope résoudre-t-il le problème?

Dans des cas pareils, il y a peu à espérer des résultats de la thérapeutique. Une médication excitante locale donnerait peut-être quelques bons résultats. On conseille des frictions sur les paupières avec un liniment stimulant, avec la pommade au sulfate de strychnine; on peut essayer l'administration à l'intérieur de la noix vomique, du phosphore; on se comporte comme nous l'avons indiqué pour le traitement de l'amaurose.