

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.