

## ARTICLE II.

## Blessures de l'œil par armes à feu.

Ces blessures sont produites par la poudre à canon, des grains de plomb, des éclats de capsules fulminantes, des balles ou de gros projectiles.

1<sup>o</sup> BLESSURES PAR LA POUDRE A CANON. La déflagration de la poudre à canon donne lieu parfois à une brûlure de la partie antérieure du globe, lorsque la flamme atteint ce dernier, ce qui arrive lorsque le blessé est très-près de l'endroit de l'explosion. S'il est placé à une plus grande distance, les grains de poudre qui ne se sont pas enflammés sont projetés avec violence, par la déflagration, sur l'œil. Tantôt ils frappent la cornée, et cette action traumatique donne lieu à une inflammation plus ou moins intense. D'autres fois, ils s'implantent dans le tissu de la cornée; là ils peuvent se recouvrir d'une couche de cicatrice et demeurer, pendant toute la vie, sous forme de points noirâtres incrustés dans la membrane, sans provoquer d'inflammation. Dans d'autres cas, les grains de poudre, animés d'une quantité de mouvement plus considérable, traversent la cornée, s'implantent dans le tissu de l'iris, perforent même cette membrane pour arriver jusqu'au cristallin; d'où résultent des inflammations profondes, une cataracte traumatique, la perte de la vision.

2<sup>o</sup> BLESSURES PAR DES GRAINS DE PLOMB. Tantôt les grains de plomb frappent l'œil sans pénétrer dans l'organe; tantôt ils traversent les tuniques du globe et arrivent dans sa cavité.

(a) *Blessures non pénétrantes.* Les effets produits varient suivant la quantité de mouvement dont le petit projectile est animé au moment où il arrive sur l'œil; la direction qu'il a par rapport au globe, au moment où celui-ci est atteint. Si le grain frappe l'œil obliquement, il trace parfois un sillon sur la conjonctive et il enlève même une petite portion de l'épaisseur de la cornée. En même temps, il communique au globe un ébranlement plus ou moins violent, d'où résultent des lésions profondes qui déterminent des troubles plus ou moins graves de la vision, parfois même la perte complète de cette fonction. Il peut se faire qu'un grain de plomb se loge dans l'épaisseur même de la sclérotique.

(b) *Blessures pénétrantes.* Lorsqu'un grand nombre de grains de plomb arrivent dans l'intérieur de l'œil, il se développe des accidents inflammatoires graves, la vision est perdue sans retour; on observe parfois des accidents cérébraux dus à ce que la phlegmasie se propage aux méninges. Si un seul grain pénètre dans le bulbe, les effets varient suivant que le corps étranger se loge dans la chambre antérieure, l'iris, la chambre postérieure, le cristallin ou l'humeur vitrée. Nous avons étudié précédemment ces accidents (p. 49, 60, 95, 161). Il est très-rare qu'un grain de plomb, après avoir traversé l'un des points de la coque fibreuse de l'œil,

sorte par un point opposé, de façon à présenter une ouverture d'entrée et une ouverture de sortie; Butter en a rapporté un exemple.

Il n'est pas toujours facile de déterminer si un grain de plomb a pénétré ou non dans l'œil. La considération du *poids* du projectile, de la *distance* de laquelle il a été tiré, de la *direction* qu'il a suivie, de sa *forme*, constituent des présomptions et non une certitude. Les symptômes d'une ophthalmie interne, notamment les changements de coloration de l'iris, sur lesquels insiste White Cooper, ne sont pas probants, parce qu'ils peuvent se produire aussi bien dans les blessures non pénétrantes.

Le pronostic doit être, dans tous les cas, très-réservé. Dans les blessures les plus superficielles, il peut y avoir des désordres profonds très-graves. C'est surtout quand les grains de plomb ont pénétré dans l'intérieur du globe, qu'il faut redouter des accidents inflammatoires graves, et qu'il y a peu à espérer du retour de la vision.

Nous avons indiqué précédemment la conduite à tenir lorsque des corps étrangers ont pénétré dans les chambres antérieure et postérieure, l'iris, le cristallin, le corps vitré. Nous n'avons rien à ajouter à ces préceptes pour les grains de plomb. Notons seulement ici que, lorsqu'un projectile de ce genre est *perdu* dans l'œil, c'est-à-dire qu'on n'en découvre pas le siège, il serait irrationnel de faire des tentatives d'extraction. On recommande au blessé le repos absolu, pendant longtemps, pour éviter qu'une secousse ne déplace le corps étranger, pour en favoriser l'*enkystement*. De cette manière, on prévient de nouvelles phlegmasies et les douleurs qui sont la conséquence de celles-ci. Si elles se développent, on les combat par un traitement antiphlogistique sévère, en même temps qu'on établit une révulsion à la tempe avec des vésicatoires, un cautère ou un séton. La persistance de ces douleurs force quelquefois à pratiquer l'extirpation de l'œil.

3<sup>o</sup> BLESSURES PAR CAPSULES FULMINANTES. Les accidents auxquels ces blessures donnent lieu ont été décrits suffisamment pages 49, 95, 161.

4<sup>o</sup> BALLE DE FUSIL. Le plus souvent, l'œil atteint par une balle est désorganisé; parfois il échappe à l'action du projectile, qui se loge entre lui et l'orbite. L'œil peut être chassé de l'orbite. Les lésions concomitantes des os de l'orbite et même du cerveau rendent ces blessures très-graves et souvent mortelles (voy. *Plaies de l'orbite par armes à feu*, t. I, p. 767).

## ARTICLE III.

## Exophthalmos traumatique.

On dit qu'il y a exophthalmos traumatique, lorsque l'œil a été chassé hors de l'orbite par une violence extérieure. Cet état pathologique a été également désigné sous les noms de *chute* ou de *procidence* de l'œil.

**Causes.** Elles sont directes ou indirectes; les premières agissent sur l'œil même, qu'elles tendent à faire sortir de l'orbite. Ainsi une tige plus ou moins aiguë et résistante, comme un fleuret, un tuyau de pipe, un coin de fer, une clef, sont introduits dans l'orbite, soit par la partie externe, soit

par la partie inférieure ou supérieure de cette cavité, de manière à glisser entre la paroi osseuse et l'œil, et à porter celui-ci en dehors, en agissant comme un levier. Ou bien encore un instrument recourbé, tel qu'un crochet de fer, ou même un doigt, pénètre dans l'orbite, circonscrit l'œil et le ramène de force en avant.

Les causes indirectes agissent sur le pourtour de l'orbite, ou même à une distance plus éloignée encore du globe. Elles déterminent l'exophtalmos, en provoquant la rupture de vaisseaux de l'orbite, un épanchement de sang intraorbitaire qui refoule l'œil en avant. Ce qui démontre que c'est bien par ce mécanisme que l'œil sort de l'orbite, c'est qu'il s'écoule parfois un certain temps, court à la vérité, entre le moment où la violence extérieure est exercée et celui où l'exophtalmos se produit. C'est encore au même mécanisme qu'il convient d'attribuer l'exophtalmos observé parfois sur des nouveau-nés auxquels on a appliqué le forceps.

**Symptômes.** L'œil est projeté en dehors de l'orbite dans divers sens, le plus souvent c'est en avant et en bas, de façon qu'il pend sur la paupière inférieure et jusque sur la joue; quelquefois il est appuyé sur le nez et la paupière supérieure. Les deux voiles, situés en arrière du globe, tendent à se rapprocher, sans pouvoir arriver au contact; autour de l'œil, la conjonctive est distendue, injectée, ecchymosée, parfois déchirée. Le nerf optique, les muscles et les vaisseaux de l'orbite sont plus ou moins tirillés et allongés; ils peuvent être déchirés, lorsque le corps vulnérant a été porté dans la cavité orbitaire. L'état du globe lui-même est variable: cet organe est le plus souvent sain; quelquefois contus, rompu et en partie vidé. L'état de la vision est subordonné à celui de l'œil. Dans un cas rapporté par de Heers, le blessé voyait à se conduire avec l'œil déplacé; seulement les objets semblaient agités de mouvements ondulatoires.

L'exophtalmos traumatique peut être compliqué de lésions plus ou moins graves: corps étranger dans l'orbite ou les parties environnantes, déchirure des paupières, fracture du rebord de l'orbite, lésion du cerveau.

**Marche. Terminaisons.** Dans quelques cas, l'œil déplacé rentre dans l'orbite *spontanément*, au bout d'un temps généralement court, ainsi que je l'ai observé moi-même. D'autres fois, l'œil est remis en place par le chirurgien; les mouvements de l'organe et la vision recouvrent leur intégrité. Dans des cas moins heureux, l'œil reste au dehors, malgré les efforts de réduction; il s'enflamme, et la vision est perdue. On a observé aussi le développement d'un phlegmon de l'œil et la destruction de l'organe, alors que celui-ci a été ramené dans l'orbite par les efforts du chirurgien.

On juge, d'après les faits précédents, quelle réserve il convient d'apporter dans le pronostic de la lésion.

**Traitement.** Il comporte deux indications: réduire l'œil, et le maintenir réduit; prévenir ou combattre les accidents inflammatoires.

La plupart des chirurgiens recommandent de ramener l'œil dans l'orbite le plus tôt possible, c'est-à-dire immédiatement après l'accident, si on est appelé dans ces conditions. Ils oublient que la réduction est parfois très-difficile ou impossible; dans tous les cas, que les manœuvres en sont

très-douloureuses. Comment ramener l'œil dans l'orbite, alors que celui-ci est rempli d'un épanchement sanguin qui apporte un obstacle matériel à la rentrée du globe? Pour nous, il semble préférable de confier la réduction à la nature. Les manipulations faites sur l'œil sont dangereuses; elles peuvent produire une rupture des membranes profondes, et, dans tous les cas, doivent augmenter les chances d'inflammation consécutive. Soumettre le blessé au repos absolu, à un traitement antiphlogistique sévère, appliquer sur la région orbitaire des topiques réfrigérants, telle nous paraît devoir être la conduite à suivre dans les cas d'exophtalmos traumatique; s'il existe un corps étranger dans l'orbite et qu'il soit accessible, on en fait l'extraction; les autres complications sont combattues par les moyens appropriés. L'inflammation consécutive de l'œil réclame un traitement antiphlogistique.

#### ARTICLE IV.

##### Arrachement de l'œil.

Cette lésion diffère de celle qui a été décrite dans l'article précédent, en ce que le globe est complètement séparé de toutes ses attaches. Communément, il est projeté au loin, ou bien il n'est retenu que par quelques liens cellulaires incapables de ramener la vitalité dans l'organe.

Pour qu'un pareil accident se produise, il faut qu'un corps étranger soit introduit profondément dans l'orbite, et coupe tous les organes en connexion avec le globe. Les balles de fusil produisent quelquefois cet effet. D'autres fois, c'est un instrument contondant ordinaire, tel qu'un anneau de clef fixée à une serrure (Verhaege). La même mutilation a été vue par Hofmann, chez deux enfants nouveau-nés, dans deux accouchements successifs, chez la même femme, atteinte d'une étroitesse du bassin. La bosse frontale avait été soumise à une violente dépression contre le promontoire; la paroi de l'orbite était fracturée. Les muscles de l'œil, les vaisseaux et les nerfs étaient hachés; le globe, arraché à toutes ses attaches, avait été lancé hors de la cavité orbitaire.

Dans les cas de ce genre, le rôle du chirurgien se borne à arrêter l'hémorragie, à séparer le globe, s'il tient encore par quelques liens cellulaires, et à prévenir ou combattre l'inflammation consécutive.

### CHAPITRE III.

#### ENTOZOAIRES DE L'ŒIL ET DES ANNEXES DE CET ORGANE.

Les espèces d'entozoaires rencontrées dans le globe proprement dit sont au nombre de cinq: le *cysticerque ladrique* (*cysticercus cellulosæ*) et l'*échinocoque* (*echinococcus*) appartenant au type des *cestoïdes*; le *monostome de*