

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*

l'homme (*monostomum lentis*) et le *distome ophthalmobie* (*distomum ophthalmobium*) appartenant au type des *trématodes*; la *filaire de l'œil humain* (*filaria oculi humani*) appartenant au type des *hématoïdes*. Dans les annexes de l'œil, on a trouvé : le *trichina spiralis*, la *filaire de Médine*, un *ver nématode indéterminé*, le *cysticerque ladrique*, des *hydatides*.

Les *cysticerques* ont été observés sous la conjonctive, dans la chambre antérieure, le corps vitré, la rétine et dans l'épaisseur de la paupière supérieure. Les observations d'*échinocoques* sont moins nombreuses que celles de *cysticerques*. Gescheidt a rapporté un fait d'*échinocoque* sous-rétinien constaté par la dissection de l'œil enlevé. La *filaire* a été rencontrée dans le cristallin, le corps vitré et sous la conjonctive. Les *monostomes* et les *distomes* ont été trouvés dans l'appareil cristallinien; le *trichina spiralis* dans les muscles de l'œil. Les limites imposées à un traité élémentaire de chirurgie me forcent de renvoyer le lecteur au chapitre que j'ai consacré à la description de ces diverses espèces d'entozoaires dans mon *Traité des maladies des yeux* (t. II, p. 498 à 512).

CHAPITRE IV.

INFLAMMATION DE LA TOTALITÉ DU GLOBE.

On désigne sous ce nom l'inflammation de toutes les parties internes et externes de l'œil, à laquelle participent le plus souvent les parties molles intraorbitaires. On l'appelle aussi *phlegmon de l'œil*, *ophthalmite*.

Anatomie pathologique. Le tissu cellulaire de l'orbite est infiltré de sérum et renferme parfois une collection de matière purulente qui fait saillie sous la conjonctive, et peut communiquer avec l'intérieur de l'œil par une ouverture de la sclérotique. Celle-ci est épaissie et adhère fortement autour de l'entrée du nerf optique par du tissu cellulaire induré. La choroïde est fortement adhérente par sa face externe; la face interne de cette membrane présente des traces d'épanchement plastique, et est dans quelques cas complètement séparée de la rétine par une collection de matière purulente qui s'étend jusque dans le corps vitré. La rétine et la membrane hyaloïde sont adhérentes et forment une masse blanchâtre épaisse. Le cristallin est transparent ou altéré; l'iris adhère à la capsule. Dans la chambre antérieure est épanché du sang avec des traces de lymphé plastique. D'autres fois, la rétine, la membrane hyaloïde et le corps vitré, fortement unis ensemble, forment une masse dure et jaunâtre, ayant les apparences de la lymphé coagulable et sans traces de pus.

Causes. Le phlegmon de l'œil se développe communément sous l'influence de blessures volontaires ou involontaires de l'œil. Ainsi on l'observe après les opérations de cataracte, d'iridectomie. Des lésions traumatiques légères sont parfois suivies de cette affection. Je l'ai vue aussi

se développer chez des sujets qui étaient atteints, depuis des années, de kératite chronique ou d'une cicatrice de la cornée avec synéchie antérieure. L'exposition de l'œil au froid avait donné lieu à l'explosion du mal. Les coups violents sur l'œil, les brûlures profondes de l'organe par déflagration de la poudre à canon, les corps étrangers, l'emploi de caustiques sont encore des causes à mentionner. D'autres fois, le phlegmon de l'œil a pour point de départ un état général grave de l'économie. Ainsi on l'a observé dans la dernière période de la variole. Hall et Higginbottom l'ont mentionné à la suite de la fièvre puerpérale; Middlemore, après la ligature de la carotide et d'autres opérations chirurgicales, pendant la convalescence ou la période ascendante du choléra.

Symptômes. L'affection débute quelquefois d'une façon lente et insidieuse; subitement et avec intensité, dans d'autres cas. Les malades accusent des douleurs dans l'œil et au pourtour de l'orbite. La paupière supérieure est légèrement tuméfiée, la cornée encadrée d'un chémosis séreux. Bientôt l'œil devient plus tendu et plus volumineux, le chémosis augmente, l'iris prend une teinte terne. Il y a de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie. Les paupières augmentent de volume, la conjonctive oculo-palpébrale s'injecte et forme un chémosis dur autour de la cornée. Le globe est projeté en avant, ce qui a pour effet de renverser en dehors la paupière inférieure et de maintenir la supérieure fortement tendue. Il est dans un état de fixité, c'est-à-dire qu'il ne peut être porté ni en haut, ni en bas, ni latéralement. Les douleurs deviennent plus fortes; parfois elles sont intolérables; elles occupent la région susorbitaire, le sinciput et quelquefois même l'occiput. Elles sont continues et empêchent le sommeil, parfois on observe du délire ou des convulsions. Ces douleurs sont attribuées à la distention du globe par les liquides pathologiques sécrétés en grande abondance sous l'influence de l'inflammation; la sclérotique formant une membrane inextensible, les nerfs qui rampent entre elle et la choroïde sont comprimés.

L'œil arrive à un degré aussi élevé que possible de tension; le chémosis augmente lui-même pendant plusieurs jours, et les douleurs persistent avec opiniâtreté, jusqu'à ce que les produits pathologiques sécrétés dans l'intérieur du globe aient trouvé une issue au dehors. Cette évacuation se fait le plus communément à travers une ouverture de la cornée, moins souvent à travers une ouverture de la sclérotique.

L'exophthalmos, qui est un des symptômes constants du phlegmon de l'œil, a été attribué non-seulement à une augmentation réelle dans le volume de l'organe, par suite de l'hypersécrétion des liquides, mais encore, et surtout, d'après quelques auteurs, à une phlegmasie concomitante du tissu cellulaire de l'orbite. L'extensibilité de la coque fibreuse de l'œil ayant, en effet, des limites restreintes, on comprend difficilement que la seule phlegmasie du globe en détermine une procidence aussi prononcée que celle que l'on voit dans quelques cas.

Marche. Terminaisons. Le phlegmon de l'œil se termine presque constamment par l'atrophie de l'organe. Dans quelques cas, la phlegmasie, propagée aux méninges, a déterminé la mort.