

favoriser la cessation de l'écoulement sanguin. Alors il rapproche les paupières et les maintient dans cet état avec des bandelettes agglutinatives. Par-dessus les voiles, on applique quelques plumasseaux de charpie, des compresses longuettes, et on maintient le tout avec le bandage monocle. Si on a divisé la commissure externe des paupières, on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture simple ou entortillée.

Accidents. Le plus fréquent de tous est l'hémorragie. En général, elle est facile à arrêter, en introduisant dans la cavité de l'orbite des réfrigérants ou des styptiques. Si ce moyen est insuffisant, on peut chercher à lier les vaisseaux accessibles à la vue. Comme, en définitive, la principale source de l'hémorragie est l'artère ophthalmique, rien n'empêcherait, dans les cas rebelles, d'embrasser avec une ligature tout le pédicule musculo-vasculaire du fond de l'orbite. On trouverait d'ailleurs une autre ressource non moins efficace dans le tamponnement de l'orbite, surtout avec des boulettes de charpie imbibées d'une solution de perchlorure de fer.

CHAPITRE IX.

NÉVRALGIES DE L'ŒIL ET DES ANNEXES DE L'ORGANE.

Les diverses branches de la portion sensitive du trijumeau qui se distribuent au globe de l'œil et aux paupières deviennent parfois le siège d'une névralgie. Le plus souvent c'est la branche ophthalmique de Willis qui est douloureuse; d'autres fois, la douleur est circonscrite aux filets ciliaires qui rampent entre la sclérotique et la choroïde. Plus communément, la névralgie se montre simultanément sur les divers rameaux nerveux à la fois.

Causes. La névralgie est idiopathique ou symptomatique. Elle est fréquente, mais non constante, dans la période prodromique du glaucome (p. 241); on l'observe presque toujours dans l'iritis aiguë (p. 62) ou chronique, dans l'irido-choroïdite, dans les ophthalmies internes qui succèdent aux opérations de cataracte à l'aiguille. Dans quelques cas, la névralgie sus-orbitaire paraît occasionnée par la présence d'un corps étranger, soit dans la région sourcilière (Allan), soit sur la cornée (Magne). On l'a observée à la suite d'une chute sur l'arcade sourcilière (Saint-Amand).

Les sujets atteints d'*hyperopsie*, ceux qui se servent de verres d'un mauvais numéro, accusent des douleurs autour de l'orbite lorsqu'ils exercent les yeux sur un ouvrage fin, probablement parce qu'ils font instinctivement des efforts d'accommodation qui, en changeant la forme de l'œil, compriment les filets ciliaires. Il a été question, à la page 47 de ce volume, des accès névralgiques parfois très-rebelles qu'on observe chez certains sujets affectés de kéraïte. Bader a observé des attaques névralgiques occasionnées par l'existence, sur l'un des nerfs ciliaires, d'un petit nodule dur, d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, formant un *névrome*.

La névralgie *idiopathique* reconnaît les mêmes causes que les névralgies des autres parties du corps; un état général chloro-anémique y prédispose. E.-L. Bertherand a observé une névralgie oculaire *épidémique* à Teniet-el-Haad, dans la province d'Alger. Il en rapporte le développement aux conditions hygiéniques déplorable des habitants, à leurs habitudes sédentaires, et à la présence d'une grande quantité d'électricité dans l'air.

Symptômes. Ils varient, en raison du siège de la névralgie. Dans la *sus-orbitaire*, on observe rarement une douleur circonscrite à une très-petite étendue de la région. Bien plus souvent les douleurs se propagent le long du nerf frontal, et elles vont parfois jusqu'au sinciput; je les ai observées plus vives, ou réveillées, lorsqu'on exerçait, avec la main, une pression sur les parties affectées. Dans quelques cas, elles sont accompagnées, pendant la crise, d'un larmolement abondant et d'un léger gonflement de la région sus orbitaire; la vision est elle-même un peu troublée, la conjonctive un peu injectée. Le nerf auriculo-temporal est parfois aussi affecté.

Dans la névralgie *sous-orbitaire*, moins commune que la précédente, la douleur s'irradie du trou sous-orbitaire à la paupière inférieure, l'aile du nez, la joue et la lèvre supérieure.

On constate parfois, dans la névralgie sus-orbitaire, des phénomènes insolites. Pendant l'accès, la lumière ne peut être supportée; les muscles des paupières et du front sont le siège d'une forte contraction; le pouls est accéléré; le dernier jour de l'accès, il survient un état tétanique général qui dure une heure (Barbosa). Pétrequin a noté, chez un jeune homme de seize ans, la coïncidence d'une mydriase et d'une névralgie du nerf frontal.

La *névralgie ciliaire* est caractérisée par des élancements douloureux dans l'œil. Une malade qui en était atteinte, et qui m'a consulté, disait qu'il lui semblait qu'on *disséquait* son œil. Une autre éprouvait une sensation comparable à celle qu'on aurait produite en arrachant l'œil avec des tenailles.

Chez quelques sujets, la névralgie atteint simultanément les filets ciliaires et les divisions de la branche ophthalmique de Willis. De là des phénomènes complexes.

Marche. La névralgie affecte le plus souvent un type intermittent; elle procède par accès d'une certaine durée, généralement de quelques heures. Ces accès présentent parfois une certaine régularité dans leur apparition, ils se montrent aux mêmes heures et ont la même durée chaque fois.

Traitement. On cherche d'abord à déterminer si la névralgie est symptomatique ou idiopathique. Dans le premier cas, il faut s'adresser à la cause, combattre en conséquence le glaucome naissant, l'iritis, l'irido-choroïdite, etc., par les moyens appropriés.

Dans la névralgie *idiopathique*, la médication qui réussit le plus communément est le vésicatoire volant promené sur les points douloureux. Si cette simple révulsion n'est pas suffisante, on panse le vésicatoire avec le *chlorhydrate de morphine*. Lorsque les douleurs ont un type intermittent, le *sulfate de quinine* réussit bien. On a associé l'*extrait de valériane* au sulfate de quinine. Le docteur Villaret a employé avec succès, dans un cas

rebelle, le *valérianate de quinine*; Deval préconise des pilules de *valérianate de zinc* et de *sulfate de morphine*. Les pilules de *Méglin* m'ont rendu service dans un grand nombre de cas.

Dans la névralgie ciliaire, je prescris ordinairement un collyre au *cyanure de potassium* (10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée); ou une pommade, formulée par des doses un peu plus fortes de *cyanure de potassium*; on peut y ajouter du *chloroforme*. Dans les névralgies sus-orbitaires, on peut prescrire des liniments calmants. Les injections sous-cutanées avec une solution de sulfate d'atropine, recommandées par quelques praticiens, exigent de grandes précautions. Les *douches* d'eau chaude de *Plombières*, les *bains de mer* en même temps que des *douches sur le front* ont réussi à quelques praticiens. L'*électrisation* a procuré aussi du soulagement à quelques malades. Dans les cas rebelles, on a pratiqué la résection d'une portion du nerf affecté. Schuk a enlevé une portion du nerf sus-orbitaire; le malade a guéri, en conservant bien entendu une insensibilité de la région sus-orbitaire.

Dans tous les cas de névralgie oculaire ou frontale, on examinera l'état général du sujet, qui fournit parfois des indications pour le traitement. En cas de chloro-anémie, les amers, les ferrugineux, les reconstituants seront employés avec succès. Découvre-t-on actuellement, ou dans les antécédents, des symptômes de syphilis, on administre le sublimé et l'iodure de potassium. S'agit-il d'une constitution rhumatismale, les bains de vapeur, les sudorifiques, les sources minérales d'Aix, de Wiesbaden, etc., seront d'une grande utilité.

SECTION XX.

MALADIES OU TROUBLES DE LA RÉFRACTION.

L'étude des maladies ou troubles de la réfraction exige la connaissance, non-seulement du mécanisme de la vision, mais encore des diverses opinions qui rendent compte de la vision aux *diverses distances*. Nous ne pouvons, dans un *Traité élémentaire de chirurgie*, aborder ces questions, que l'on trouvera discutées dans notre *Traité des maladies des yeux* (t. II, p. 565 et suiv.). Nous reproduisons seulement ici les conclusions auxquelles nous avons été conduit par l'étude du mécanisme de la vision :

Dans un œil normal ou *emmétrope*, les objets ne sont vus nettement qu'à une distance déterminée qu'on appelle *DISTANCE DE LA VISION DISTINCTE*. Cette distance est telle, qu'alors l'image des objets se fait sur la couche des bâtonnets de la rétine. En deçà et au delà de cette distance, les objets sont encore vus, mais d'autant moins nettement qu'ils s'en éloignent davantage, parce qu'alors l'i-

mage de ces objets forme sur la rétine des cercles de diffusion. Plus la sensibilité de la rétine est développée, plus grandes sont les limites de la vision distincte, parce que le *sensorium* fait abstraction des cercles de diffusion, et ne tient compte que de la partie nette de l'image. Les muscles de l'œil maintiennent l'organe à un degré d'allongement compatible avec l'exercice de la vision à des distances moyennes. En se contractant, dans certaines conditions, ils allongent l'œil et favorisent la vision des objets rapprochés. En se relâchant, ils raccourcissent l'organe et favorisent la vision des objets éloignés.

ARTICLE I.

Myopie ou vue courte.

Le mot *myopie* vient de $\mu\epsilon\iota\nu$, cligner, $\omega\psi$, œil, parce que les myopes rapprochent les paupières pour distinguer les objets éloignés.

Dans un œil normal ou *emmétrope*, les objets qui sont placés à la distance de 30 centimètres environ, forment leur image sur la couche des bâtonnets de la rétine. Il est des yeux organisés de façon à ce que l'image de ces objets, placés à la même distance, se forme *au-devant* de la rétine : la vision est alors confuse ou même impossible à cette distance. Si on *rapproche* l'objet de l'œil, l'image se forme plus en arrière, c'est-à-dire sur la rétine, et la vision est nette : telles sont les conditions dans lesquelles se trouvent les yeux *myopes*.

Etat de l'œil chez les myopes. On a expliqué la myopie par un état anormal des milieux réfringents de l'œil, ou par une exagération dans le diamètre antéro-postérieur de l'organe. Ainsi, on a admis une convexité exagérée de la cornée, une épaisseur trop considérable de cette membrane, un excès de densité d'un seul ou de tous les milieux transparents de l'œil, une convexité trop prononcée du cristallin. L'axe optique peut être trop allongé, soit *primitivement*, soit *consécutivement* à l'action incessante des muscles de l'œil, que celui-ci soit normal, ou que le segment postérieur ait subi un amincissement qui ait diminué la résistance de cette portion de l'organe à l'action des cordes motrices qui l'entourent. D'après Van Roosbroeck, on trouve chez presque tous les myopes, neuf fois sur dix, un *staphylôme postérieur*; parfois, sur la rétine, au niveau du staphylôme, des exsudations sous forme de petites taches grisâtres. Chez la plupart des myopes que j'ai examinés à l'ophthalmoscope, j'ai trouvé le pigment choroidien disposé sous forme de lignes ou de taches irrégulières bien accentuées. Cela prouve que la myopie *essentielle* est rare; qu'il existe, chez les myopes, d'autres conditions anatomiques qu'un simple trouble de la réfraction, ou que du moins celui-ci accompagne une altération de la membrane sentante de l'œil. Effectivement, on s'assure que, chez la plupart des myopes, l'*acuité de la vision* a diminué plus ou moins notablement.

Causes. La myopie peut être congénitale et héréditaire. D'autres fois, la myopie se développe à l'âge de la puberté; elle succède alors communément à l'application suivie des yeux sur des objets petits et rapprochés; soit