

dans l'eau; on l'engage sous la paupière supérieure soulevée avec les doigts de la main gauche; cette paupière est abandonnée et l'inférieure abaissée, jusqu'à ce que le bord de l'émail soit engagé sous celle-ci. Les paupières en se rapprochant maintiennent l'œil.

On doit l'ôter chaque soir et le mettre dans un verre d'eau. On prévient par là l'ulcération des paupières, et l'œil artificiel conserve lui-même plus longtemps son poli. Pour l'enlever, on abaisse la paupière inférieure et l'on insinue entre elle et le contour de l'émail une grosse tête d'épingle avec laquelle on le pousse en avant.

Lorsque le globe de l'œil n'a pas été détruit complètement, et qu'il reste un moignon, celui-ci communique à l'œil artificiel des mouvements quelquefois tellement en harmonie avec ceux de l'autre œil, que l'illusion est complète.

Il est bon d'avoir plusieurs émaux. Cette précaution est surtout nécessaire aux personnes qui vivent à la campagne, et à celles qui voyagent.

ARTICLE XV.

Maladies de l'orbite. (P. B.)

Si le traité des maladies des yeux écrit par Boyer ne faisait pas partie d'un ouvrage sur toute la chirurgie, j'aurais beaucoup de choses à ajouter à ce traité relativement aux maladies des divers tissus qui entrent dans la formation de la cavité orbitaire; mais si j'agissais ainsi, je serais obligé de faire beaucoup de répétitions, et de présenter l'analyse ou la copie d'un grand nombre de maladies et de faits que l'on trouve dans l'ouvrage de Boyer. Aussi je me contenterai d'ajouter quelques notes sur les maladies qui ont déjà été décrites, et de donner la description de celles dont il n'a pas été fait mention.

Je parlerai des plaies de l'orbite; des fractures du rebord de l'orbite; de l'inflammation des os qui forment l'orbite, de celle du périoste de cette cavité et de leurs conséquences; de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite et des abcès de l'orbite; des tumeurs de l'orbite.

§ 1. — Des plaies de l'orbite.

Les plaies de l'orbite comprennent les lésions traumatiques des parties qui forment cette cavité; elles intéressent les parties molles et les parties osseuses: je parlerai de celles-ci dans le paragraphe suivant.

Les plaies des parties molles de l'orbite ont été indiquées par Boyer dans les plaies des paupières, mais il en dit peu de chose. Ces plaies peuvent être faites à travers les paupières, ou à travers la conjonctive lorsque l'instrument vulnérant passe entre les paupières. Si elles n'intéressent aucune des parties importantes contenues dans l'orbite, elles sont elles-mêmes sans aucune importance, à moins que le corps étranger qui les a produites ne soit resté dans la cavité orbitaire. Il suffit de combattre l'inflammation qui peut les accompagner; mais si elles intéressent les muscles de l'œil ou les nerfs que renferme l'orbite, il peut survenir des accidents plus ou moins graves. La lésion des muscles peut donner lieu à un strabisme temporaire ou permanent: le premier guérit par la cicatrisation du muscle; le second exige l'opération du strabisme. La lésion des nerfs est beaucoup plus grave. Si la section du nerf est incomplète, elle peut faire naître tous les accidents concomitants de ce genre de lésion; si elle est complète, elle produit la paralysie des parties où se rendent les nerfs, et elle peut avoir une grande influence sur la vision.

Il peut, par suite des plaies du tissu cellulaire de l'orbite, surtout quand le corps vulnérant est demeuré dans la plaie, survenir une inflammation de ce tissu qui donne naissance à la formation d'abcès, dont le pus se porte vers la partie antérieure de l'orbite, et se montre soit sous la peau des paupières, soit sous la conjonctive. Il faut ouvrir ces abcès d'après les règles ordinaires. Quand le corps vulnérant est resté, il faut l'extraire, autrement il entretient les accidents. Si on soupçonne sa présence, il faut faire les recherches convenables pour le trouver, en apportant toutefois de grands ménagements dans la manœuvre opératoire.

Je ferai observer, relativement aux plaies de l'orbite, que dans beaucoup d'ouvrages on trouve rangées dans cette catégorie de lésions un grand nombre de plaies qui appartiennent aux lésions du cerveau, et non aux plaies des parties seulement contenues dans

l'orbite : aussi je ne crois pas devoir rapporter ici quelques observations excessivement curieuses, mais tout à fait en dehors de notre sujet. J'ai déjà fait la même remarque relativement à ce que dit Boyer sur les plaies des paupières.

§ 2. — **Fractures du rebord de l'orbite.**

Je ne veux parler ici que des fractures du rebord orbitaire, parce que ce qui a rapport aux fractures des parois de l'orbite, et surtout aux fractures de sa paroi supérieure, appartient autant aux lésions des organes voisins de cette cavité qu'à ses propres lésions; au contraire, les fractures du rebord orbitaire sont tout à fait propres à l'orbite, quoique quelquefois elles retentissent jusque dans les organes voisins. J'ai vu deux de ces fractures.

Le premier cas que j'ai observé était sur une dame âgée de cinquante-deux ans, petite et très-grasse, qui marchant sur un trottoir tomba en avant pendant qu'elle avait ses mains dans ses poches. Elle se fit une contusion assez forte à la joue gauche. Comme elle se plaignait souvent d'étourdissements pour lesquels on avait l'habitude de lui ôter du sang, on lui pratiqua une saignée immédiatement après l'accident, et on appliqua des révulsifs sur la joue. L'engorgement de la contusion et la douleur locale subsistant encore au bout de quelques jours, on m'appela auprès de la malade. L'examen attentif de la partie me fit reconnaître une fracture dans la moitié inférieure du rebord orbitaire. Il existait sur ce rebord, vers son tiers interne, un enfoncement semblable à celui que l'on produit par un coup violemment porté sur l'angle d'un morceau de bois. Cette partie était très-sensible au toucher. L'engorgement et la douleur se dissipèrent au bout d'une quinzaine de jours; mais l'enfoncement est resté.

En cette année 1847, il est entré à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de trente-deux ans, qui avait reçu, disait-il, un coup de bâton porté avec beaucoup de force sur la tempe, depuis le bord externe de l'œil jusqu'à l'oreille. Il se plaignait de souffrir beaucoup, et surtout dans la tête. Il y avait à peine trace de contusion. Je fis saigner le blessé deux jours de suite, je lui donnai un purgatif actif, et je le tins à la diète, pensant, je dois l'avouer, que cet homme se plaignait plus qu'il ne souffrait, afin de se faire donner un certificat pour intenter un procès à l'individu qui l'avait frappé. Ce qui me portait à avoir

cette opinion était l'absence de toute lésion apparente ou sensible dans le lieu où le blessé rapportait sa douleur. Mais voyant vers le quatrième jour que la douleur persistait aussi intense, et que le malade avait la figure très-altérée et le pouls fréquent, je portai mon attention tout entière sur lui, et je demandai à la religieuse hospitalière de la salle quelle était la conduite du malade pendant la journée. Elle me répondit qu'il restait très-tranquille dans son lit, et qu'il paraissait assoupi. Examinant de nouveau le blessé avec l'attention la plus scrupuleuse, et ne trouvant aucune lésion malgré mes recherches, j'en conclus que cette homme avait éprouvé une légère commotion du cerveau. Je revins donc à mon premier traitement, et je surveillai exactement le malade, qui, sentant sa position, était assez raisonnable pour se soumettre à tout ce que je lui ordonnais. Vers le dixième jour, il se trouva mieux; mais il avait encore de la douleur, et surtout de la gêne dans les mouvements de la mâchoire, d'où je conclus que l'articulation temporo-maxillaire avait été contuse. Le douzième jour, cet homme, qui était beaucoup mieux et pour lequel je m'étais relâché de la rigueur du traitement, me pria de toucher le milieu de la moitié inférieure du rebord de l'orbite gauche sur lequel il avait remarqué quelque chose d'extraordinaire. J'examinai ce rebord, et je trouvai à sa partie moyenne une fracture avec un enfoncement semblable à celui que j'avais vu chez la malade de l'observation précédente. Cet endroit n'était presque plus douloureux, mais la tempe, entre l'orbite et l'articulation de la mâchoire, avait conservé sa sensibilité. Le malade allant de mieux en mieux voulut sortir le vingt-troisième jour après son accident, quoique je l'engageasse à rester. A ce moment, le lieu de la fracture n'était plus douloureux.

M. Mackenzie dit avoir vu deux fractures du rebord orbitaire. L'une était située dans la moitié inférieure de ce bord : elle avait été produite par le choc de l'extrémité d'une longue pièce de bois qui frappa le bord inférieur de l'orbite et sépara un fragment que ce chirurgien crut être l'angle antérieur de l'os malaire. Le fragment, d'abord mobile sous le doigt dans différentes directions, se réunit au reste de l'os en quelques semaines sans qu'aucun bandage ait été appliqué. L'autre fracture avait été occasionnée par un crochet, qui saisit le milieu de l'arcade orbitaire gauche et emporta complètement la portion osseuse, en déchirant la peau et le sourcil. Il y eut, dans ce cas, une perte de substance de l'os, et la plaie de la paupière se ci-

catrisa vicieusement : c'était pour cette difformité et l'ophthalmie qui en résultait que le malade consultait.

M. Mackenzie rapporte encore, d'après Biermayer, l'observation d'une fracture de la portion de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur qui contribue à la formation du rebord de l'orbite ; elle fut suivie de mort, parce que la lésion du nerf sous-orbitaire qui l'accompagnait donna lieu au tétanos.

§ 3. — De l'inflammation des os qui forment l'orbite, de celle du périoste de cette cavité, et de leurs conséquences.

Les os qui forment l'orbite, et le périoste qui les recouvre, peuvent être dans cette partie, comme dans toute autre partie du corps, le siège d'une inflammation dont les conséquences sont la nécrose de l'os, ou la maladie désignée sous le nom de carie, et que je regarde comme la nécrose. Ces maladies ne présentent aucune différence avec celles que l'on observe dans les autres os du corps ; seulement ici le voisinage du cerveau et de ses enveloppes est la cause de la propagation de cette inflammation à ces tissus.

J'ai déjà fait observer, en parlant de l'inflammation de la glande lacrymale, qu'on avait rapporté à ces affections une altération des os de l'orbite dont la maladie de la glande lacrymale n'était que le résultat, et qu'il y avait à cet égard une confusion qu'il était bon de faire connaître. Je dois maintenant faire remarquer que la nécrose ou carie des os de l'orbite présente les mêmes phénomènes que ceux qu'on voit dans les autres parties du corps, et qu'il en est de même de la périostite. Des douleurs sourdes, profondes et continues, sont le signe de la nécrose ; des douleurs vives, profondes et avec exacerbation, sont le signe de l'ostéite et de la périostite. Au bout d'un temps plus ou moins long, des abcès se forment et viennent s'ouvrir à travers les paupières, comme Saint-Yves en a vu à la paupière inférieure et comme d'autres chirurgiens en ont observé, soit à la même paupière, soit à la supérieure ; ou bien ils s'ouvrent à travers la conjonctive, comme on le voit dans les cas où la maladie a été rapportée à la glande lacrymale.

Ces affections, en général au-dessus des ressources de l'art, comme elles le sont dans les autres parties du corps, finissent par produire l'inflammation de la dure-mère, la formation du pus entre elle

et les os, quelquefois entre elle et le cerveau, et la mort des malades. Dans ces cas, c'est la maladie de l'os qui seule est dangereuse, et ce n'est nullement l'abcès qu'elle occasionne. Il faut chercher les moyens de guérir cette maladie en ayant recours à l'emploi des remèdes propres à combattre sa cause. Si la maladie de l'os ou du périoste dépend du vice scrofuleux, on tâchera de le modifier par l'usage de tous les antiscrofuleux et par des injections excitantes faites sur l'os affecté. Si elle vient du virus vénérien, un traitement antisiphilitique général sera le seul remède ; et alors on peut avoir plus d'espoir que dans le cas précédent, parce que le mercure a plus de spécificité contre la syphilis que les antiscrofuleux n'en ont contre la scrofule. Enfin, si la cause de la maladie de l'os n'est pas connue, il faudra avoir principalement recours aux moyens locaux que l'on jugera convenable pour guérir cette affection.

§ 4. — De l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite et des abcès de l'orbite.

Quoique j'aie parlé, dans le paragraphe précédent, du pus qui peut se former dans l'orbite à la suite des maladies des os, et des voies qu'il se fraye ou qu'on doit lui ouvrir pour sortir de la cavité orbitaire, je crois cependant convenable de m'occuper encore de ces abcès en traitant de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.

L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite reconnaît un grand nombre de causes dont je n'ai pas à m'occuper ici : ainsi elle succède aux altérations des os dont j'ai parlé dans le paragraphe précédent ; elle accompagne le développement des divers tissus morbides qui se forment dans l'orbite. Celle qui fait le sujet de notre étude survient par des causes traumatiques ou spontanément : c'est le phlegmon simple du tissu cellulaire de l'orbite.

Ce phlegmon, bien différent de celui des paupières, est toujours une maladie très-grave, parce que, quelle que soit sa cause traumatique ou morbide interne, il est toujours accompagné d'une inflammation du globe de l'œil et de la perte de cet organe. Au moins c'est ce que je dois conclure des observations que les praticiens recommandables et exacts ont données, et de celles que j'ai faites.

Les symptômes de cette maladie ont une grande analogie avec ceux de l'ophthalmie interne, ce qui est facile à concevoir puisque

L'œil participe à l'inflammation. Celle-ci s'annonce par une douleur profonde dans l'orbite, douleur qui devient bientôt violente et s'étend à la tempe et au front. L'œil est plus saillant, la vision s'altère; l'humeur aqueuse est troublée; l'iris change de couleur comme dans son inflammation; la pupille est contractée, et le malade éprouve dans l'œil la sensation d'éclairs. La conjonctive est tuméfiée, œdématisée sans changement de couleur, et d'autres fois rouge. Les paupières sont gonflées, œdématisées et rouges, comme si elles étaient atteintes d'érysipèle. A ces symptômes locaux se joignent les symptômes généraux d'une fièvre intense : le pouls est dur, fort et fréquent; la face est rouge et injectée, la peau est sèche et brûlante. A mesure que le pus se forme, l'œil est poussé en avant, soit du côté externe, soit du côté interne, selon que le pus se porte vers l'un ou l'autre côté. Une tumeur fluctuante se fait sentir sous la conjonctive, et quelquefois sous la peau des paupières; dans quelques cas on la trouve dans les deux endroits à la fois. La formation du pus du tissu cellulaire n'améliore pas l'état de l'œil; celui-ci revient quelquefois à son état normal ou à peu près, mais la vue est perdue. Le plus souvent l'œil suppure, la cornée ou la sclérotique s'ouvrent, et l'organe s'atrophie. Dans d'autres cas la phlegmasie s'étend au cerveau et à ses membranes, et la mort devient la conséquence de cette inflammation.

Le diagnostic de ce phlegmon n'est pas toujours facile, comme je l'ai fait observer déjà, à cause de la coexistence de la maladie de l'œil; mais comme le traitement est le même, une erreur a peu d'importance. Le pronostic est toujours très-grave.

Le traitement est celui de toute phlegmasie intense. Des saignées abondantes, des dérivatifs sur le tube intestinal, et une diète absolue, constituent la base de ce traitement. Des fomentations émollientes, des cataplasmes émollients et des frictions mercurielles sur les paupières serviront à modérer l'inflammation et à favoriser la formation du pus. Dès que la fluctuation est sensible, il faut ouvrir l'abcès soit par la conjonctive, soit par les paupières. Il faut que l'incision soit transversale pour faciliter sa guérison et éviter la difformité; il faut qu'elle soit grande pour favoriser l'écoulement du pus.

Les abcès de l'orbite ne doivent mériter notre attention que pour établir leur nature. Ils se rapportent aux trois espèces d'abcès admises par Boyer : abcès phlegmoneux, abcès froids, abcès par congestion. Les abcès phlegmoneux sont ceux qui se forment à la suite

de l'inflammation aiguë du tissu cellulaire de l'œil : ce sont ceux dont je viens de parler. Les abcès froids sont rares : ce sont ceux qui se forment à la suite d'une inflammation lente du tissu cellulaire de l'orbite. Les abcès par congestion sont les plus fréquents : ce sont ceux qu'on observe après les altérations des os; j'en ai parlé dans le paragraphe précédent. Toutes les fois que ces abcès se prononcent à l'extérieur, il faut les ouvrir par une grande incision, même ceux qui sont par congestion, afin que le pus ne séjourne pas dans l'orbite.

§ 5. — Des tumeurs de l'orbite.

Des tumeurs de nature très-diverse peuvent se développer dans l'orbite. Je les réunis dans un même paragraphe, parce que la science n'est pas positivement fixée sur la nature de chacune de ces espèces de tumeurs; quelques-unes appartiennent à des genres d'altérations morbides bien connues; les autres, au contraire, ne sont pas classées. La première catégorie comprend les exostoses et les périostoses des parois de l'orbite, les dégénération encéphaloïde, mélanique et sanguine du tissu cellulaire de cette cavité, et l'anévrysme de l'artère ophthalmique; la seconde renferme les tumeurs enkystées et les tumeurs dites sarcomateuses. Je vais les examiner successivement dans cet ordre.

1° Des exostoses et des périostoses de l'orbite.

Les exostoses de l'orbite dont je veux m'occuper ici sont celles qui, appartenant aux os qui forment les parois de cette cavité, font dans son intérieur une saillie qui nuit aux fonctions de l'œil ou le chassent de sa place. Je n'ai nullement intention de traiter de celles qui, nées des os voisins de la cavité orbitaire, finissent par y pénétrer et agir sur l'œil.

Ces exostoses sont de deux sortes, les exostoses laminées et les exostoses éburnées. Je ne crois pas qu'on puisse admettre des exostoses cellulaires; elles sont, ainsi que je l'ai dit en parlant des maladies des os, un degré de l'exostose laminée.

Elles peuvent avoir leur siège dans tous les points de l'étendue de l'orbite. Le plus ordinairement elles sont situées sur les faces de ses parois; quelquefois on les trouve sur le rebord orbitaire ou près de ce rebord.