

Le *conduit auditif interne* est le siège de lésions variées : ostéite, ostéo-périostite, tumeurs diverses, etc., dont le diagnostic est assez obscur. On peut cependant les reconnaître, et je suis certain d'avoir observé un cas d'ostéo-périostite syphilitique du conduit auditif interne sur un jeune homme qui était en puissance d'accidents secondaires. Il fut pris un jour de douleurs violentes dans la tête et peu après survinrent de la surdité et une paralysie faciale du même côté. Je rappellerai que le nerf facial affecte en deux points des connexions intimes avec l'organe de l'ouïe : dans le conduit auditif interne qu'il occupe en commun avec le nerf acoustique, dans la caisse du tympan, dont il n'est séparé que par une lamelle osseuse très mince et parfois perforée. La coïncidence de la surdité avec la paralysie faciale, sans aucun trouble cérébral indique évidemment une affection de l'oreille. La douleur et la rapidité avec laquelle se produisent les accidents sont de plus la preuve d'une affection inflammatoire. Or, si l'examen vous montre que la caisse est saine, il en faut bien conclure que le siège de l'affection est dans le conduit auditif interne.

C'est par un raisonnement analogue, et en tenant compte de la marche des accidents, que l'on diagnostiquerait les néoplasmes développés au niveau de ce conduit.

3° *Maladies de l'appareil de perception des ondes sonores.*

D'après les recherches physiologiques modernes, le centre moteur de l'appareil de l'audition siège dans la partie antérieure de la première circonvolution temporale (voy. fig. 5); en conséquence toute lésion portant en ce point altérera plus ou moins profondément la fonction. Il est vraisemblable que bon nombre de surdités reconnaissent pour cause une atrophie ou un arrêt de développement de cette portion de la couche corticale du cerveau. Il n'est cependant pas possible d'affirmer que cette infirmité ne dépend pas d'une affection primitive du labyrinthe, bien que l'absence complète de bourdonnements puisse le faire supposer. D'ailleurs cette distinction entre la surdité d'origine labyrinthique et la surdité d'origine cérébrale ne présente qu'un intérêt purement théorique; elle ne mériterait quelque importance que si la question de la trépanation se trouvait posée à la suite d'un traumatisme ayant directement porté sur la région temporale, et je ne pense pas que le cas se soit présenté jusqu'à ce jour.

CHAPITRE II

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'APPAREIL DE LA VISION.

L'appareil de la vision comprend les quatre régions suivantes : la région orbitaire; la région palpébrale; la région sourcilière; la région lacrymale. Nous étudierons successivement la pathologie de chacune d'elles.

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Les maladies de l'orbite sont tellement nombreuses et leur étude si vaste, qu'elles demanderaient des volumes entiers pour être décrites dans leur intégralité. N'en est-il pas de même d'ailleurs de toutes les parties de la chirurgie quand on en fait l'objet d'une étude spéciale et détaillée? Il n'était pas rationnel, dans un livre de la nature de celui-ci, de suivre les errements des auteurs, c'est-à-dire de présenter la description successive de toutes les maladies de l'orbite, sans établir le lien clinique qui les rattache entre elles. J'ai pensé qu'il serait utile de les grouper dans un ordre tel que le praticien puisse arriver plus facilement au diagnostic, et pour cela j'ai suivi dans ma description la marche qu'il convient d'adopter dans l'examen des malades. Voici celle que je crois la meilleure :

1° L'affection est-elle de nature traumatique? si elle est traumatique, porte-t-elle sur l'orbite ou sur le globe de l'œil?

2° L'affection est-elle de nature inflammatoire? si elle est inflammatoire, porte-t-elle sur l'orbite ou sur le globe de l'œil?

3° Si elle n'est pas inflammatoire, elle peut encore intéresser le globe de l'œil ou l'orbite. Consiste-t-elle alors :

A. En une lésion apparente, visible sans le secours de l'ophtalmoscope, occupant le segment antérieur du globe?

B. En une lésion profonde, appréciable seulement à l'ophtalmoscope (groupe des maladies du fond de l'œil)?

C. En une lésion organique (groupe des tumeurs de l'orbite)?

D. En un simple trouble de la vision avec intégrité des membranes et des milieux (maladies de la réfraction et de l'accommodation)?

C'est à la solution de ces diverses questions que doit s'attacher le praticien, et je grouperai autour d'elles les maladies de la région orbitaire.

1° AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Les traumatismes de la région orbitaire sont fréquents et offrent un grand intérêt en raison de leur gravité et souvent de la difficulté de préciser le diagnostic. On rencontre dans cette région des contusions, des plaies et des corps étrangers.

A. Contusions de la région orbitaire. — La contusion peut porter sur les parois osseuses ou sur le globe de l'œil. La contusion des parois atteint en général les rebords de l'orbite et principalement le rebord supérieur, qui est le plus saillant. Elle détermine des accidents multiples : une section de la peau faite de dedans en dehors, comme par un instrument tranchant ; une commotion cérébrale à des degrés divers ; une contusion du nerf sus-orbitaire ; une cécité immédiate d'après un mécanisme qui n'est pas encore suffisamment connu ; une fracture irradiant plus ou moins loin sur la paroi correspondante ; des déchirures vasculaires, et comme conséquence un épanchement sanguin derrière le globe de l'œil, dans l'intérieur de la capsule de Tenon.

La contusion du globe s'accompagne de désordres nombreux qui varient d'ailleurs depuis un léger épanchement sous-conjonctival jusqu'à la destruction complète de l'organe. Ils se produisent presque tous dans l'intérieur de l'enveloppe sclérotico-cornéenne, ce qu'explique suffisamment la structure du globe. C'est ainsi que dans une contusion violente on observe : un décollement plus ou moins complet de l'iris et, comme conséquence, un épanchement sanguin remplissant les deux chambres ; un déplacement du cristallin, qui peut se porter dans la chambre antérieure ou s'enfoncer dans le corps vitré ; un épanchement sanguin dans ce même corps vitré ; un décollement de la choroïde, de la rétine, etc.

Ces diverses lésions ne peuvent être que soupçonnées, car elles sont masquées par le sang qui remplit la chambre antérieure. Une ecchymose sous-conjonctivale, véritable chémosis sanguin ; une opacité noire, complète, derrière la cornée restée elle-même transparente et la perte totale de la vision, voilà ce qu'on observe sur un blessé atteint d'une forte contusion du globe de l'œil.

Il se produit parfois une lésion bien curieuse à la suite de ces violentes contusions, lorsque l'agent contondant présente une large surface, telle que le poing, l'angle d'un bois de lit, etc.,

c'est une *luxation sous-conjonctivale du cristallin*. Voici ce qui se passe : l'œil étant beaucoup moins bien protégé en dehors qu'en dedans, c'est sur la partie externe que porte principalement le choc ; la sclérotique fortement repoussée en ce point réagit sur les milieux incompressibles de l'œil, qui viennent faire effort sur la face interne de cette membrane et dans le point opposé à la pression. Or cette pression est parfois telle que la sclérotique cède de dedans en dehors, et l'expérience a démontré que la déchirure se produit constamment à la partie interne, entre le bord de la cornée et la caroncule lacrymale au niveau de l'attache du droit interne. Le cristallin détaché de la zone de Zinn est projeté par cette ouverture et sort de l'œil. Mais, si la sclérotique, membrane absolument inextensible, a dû céder sous l'influence de la pression excentrique des milieux de l'œil, il n'en est pas de même de la conjonctive, membrane très élastique : celle-ci résiste, et le cristallin va se loger dans la couche celluleuse lâche qui l'unit à la sclérotique. La lentille fait alors relief dans le point que je viens d'indiquer, et le diagnostic d'aphakie peut être établi. J'ai ajouté autrefois à ce signe (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1867) les caractères suivants : la paupière supérieure a perdu de sa convexité ; elle présente un aspect ridé et plissé ; la dépression orbito-palpébrale est moins profonde que celle du côté opposé.

La contusion du globe peut aussi retentir sur le nerf optique et déterminer un épanchement sanguin dans la double gaine de ce nerf. Il est également possible que, par suite de la déchirure de quelques branches de l'artère ophthalmique, un foyer sanguin se soit produit derrière le globe autour des muscles dans la capsule de Tenon.

Le diagnostic de ces diverses variétés de contusion de l'œil est le plus souvent impossible au moment même de l'accident, privés que nous sommes de la ressource de l'ophthalmoscope.

Si la vision était abolie et les milieux de l'œil restés transparents, on conclurait à une contusion du nerf optique, ou bien à une compression de ce nerf déterminée par un foyer sanguin périphérique.

Si le foyer acquiert un volume tellement considérable qu'il repousse fortement le globe en avant et produise une exophtalmie intense, le diagnostic devient facile, car le volume de l'œil lui-même n'est pas augmenté et les milieux sont transparents.

Dans ces diverses contusions, le pronostic doit être très réservé,

car, s'il est possible que la vision revienne, elle peut être à jamais perdue. Quelquefois des inflammations graves, un phlegmon de l'orbite, par exemple, en sont la conséquence immédiate.

Quel traitement opposer aux contusions de l'orbite? S'il existe une violente douleur, quelques sangsues ou ventouses à la tempe sont indiquées; instillez de l'atropine entre les paupières, et recouvrez la région de compresses glacées. Il faut éviter autant que possible d'ouvrir les foyers sanguins soit dans l'œil, soit dans l'orbite. S'il survenait cependant une distension extrême avec des douleurs intolérables, pratiquez un débridement sur la cornée ou bien au niveau de l'un des culs-de-sac oculo-palpébraux.

Dans le cas de luxation sous-conjonctivale du cristallin, on extraira cet organe par une incision conjonctivale quelques jours après l'accident, lorsque la plaie scléroticale sera cicatrisée.

B. Plaies de la région orbitaire. — Les plaies de cette région sont produites par des instruments piquants, tranchants, contondants, par les armes à feu de toute espèce, et revêtent, suivant la cause qui les a produites, un aspect différent qu'il est facile de comprendre.

Il convient de rechercher tout d'abord si la plaie intéresse le globe de l'œil, et le plus simple examen le fera en général reconnaître; l'œil sera intact si les milieux sont transparents et si la vision est conservée. Ces deux conditions sont indispensables, car la vision pourrait être totalement perdue et le globe absolument sain, à la suite, par exemple, de la section du nerf optique, ainsi que j'en ai vu un exemple. L'examen ophtalmoscopique démontrerait dans ce cas l'intégrité du fond de l'œil et fixerait le diagnostic. Il en serait de même toutefois, si, au lieu d'être coupé, le nerf optique était seulement comprimé par un épanchement sanguin.

Vous avez constaté que les milieux sont transparents et que la vision est conservée, c'est donc que la plaie est extra-oculaire. Il s'agit alors de savoir jusqu'où pénètre la plaie et quels organes sont intéressés: la paralysie de quelques-uns des muscles, l'immobilité de la pupille dilatée ou resserrée, des troubles dans l'accommodation, feront prévoir que certains muscles ou certains nerfs ont été atteints. De même une hémorrhagie abondante soit externe, soit interne, indiquera une blessure de l'artère ophtalmique, surtout si le globe de l'œil est repoussé en avant et agité de battements.

L'agent vulnérant peut avoir dépassé les limites de la région, traversé la paroi supérieure, par exemple; touché le cerveau et amené des accidents cérébraux; déchiré le sinus caverneux et la carotide interne et déterminé la production d'un anévrysme artérioso-veineux. Dans ce cas, une hémorrhagie abondante pourrait se produire par les fosses nasales à travers le sinus sphénoïdal défoncé; une hémorrhagie nasale surviendrait également à la suite de la perforation de la paroi interne.

Il en pourrait être de même à la suite d'une perforation de la paroi inférieure, le sang pénétrant d'abord dans le sinus maxillaire et dans la fosse nasale correspondante.

On conçoit d'ailleurs toutes les obscurités que présente un pareil diagnostic, qui ne repose souvent que sur des présomptions, d'autant plus que l'exploration de la plaie avec un stylet ne doit être faite qu'avec la plus grande prudence; abstenez-vous-en même, si la plaie est trop profonde.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que la gravité des plaies extra-oculaires varie avec leur profondeur, leurs complications, leurs conséquences ultérieures, etc.

Le traitement chirurgical est à peu près nul et n'a de raison d'être que dans les cas de séjour d'un corps étranger, complication dont je parlerai dans un instant.

Lorsque la plaie intéresse le globe de l'œil, elle est pénétrante ou non pénétrante. C'est ainsi que fréquemment on observe des plaies qui n'intéressent que les couches superficielles de la cornée, et qui sont produites par des paillettes d'acier, des grains de plomb, etc. Un instrument tranchant pourra ouvrir largement l'œil et déterminer la sortie du cristallin et du corps vitré; un instrument piquant très étroit, comme une épingle par exemple, traversera la cornée, piquera l'iris, le cristallin, pénétrera jusqu'à la papille et laissera à peine les traces de son passage sur la cornée; il dilacérera les parties s'il est plus volumineux, et fera des plaies contuses. La déformation de l'iris, un épanchement de sang dans les chambres ou dans le corps vitré, la perte immédiate de la vision, une douleur plus ou moins violente, des vomissements, sont les signes habituels de ces plaies pénétrantes.

Lorsque le cristallin a été touché, même légèrement, il survient rapidement une cataracte traumatique, et très fréquemment apparaissent des accidents inflammatoires sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Les plaies pénétrantes de l'œil, quel que soit l'instrument qui les produit, compromettent gravement la vision, et souvent nécessitent plus tard l'énucléation du globe.

Les antiphlogistiques locaux, les applications froides, l'instillation d'un collyre à l'atropine, constituent à peu près nos seules ressources thérapeutiques.

Nous pouvons rapprocher des plaies les *brûlures*, qui atteignent assez souvent le globe de l'œil, la cornée en particulier. Elles peuvent être très légères, se traduire par une exfoliation de la couche épidermique, ou bien être assez profondes pour détruire immédiatement toute la membrane. Il est inutile d'énumérer les causes très multiples qui les peuvent produire, car elles ne fournissent aucune indication thérapeutique. Le traitement n'est autre que celui des plaies de l'œil en général.

C. Corps étrangers de la région orbitaire. — L'histoire clinique des corps étrangers de la région orbitaire est des plus intéressantes. Ces corps présentent des variétés infinies dans leur nature, leur volume. Presque toujours ils viennent du dehors; cependant un séquestre, une esquille, peuvent jouer le rôle de corps étrangers. Il semblerait *a priori* qu'il n'est rien de plus simple que de savoir s'il existe ou s'il n'existe pas de corps étranger dans l'orbite: or c'est une erreur. La présence d'un corps étranger peut être ignorée non seulement du médecin, mais même du malade; elle peut être ignorée au moment même de l'accident et à plus forte raison plus tard, lorsque la blessure qu'il a produite en pénétrant est cicatrisée.

Les corps étrangers siègent en dehors de l'œil, dans l'intérieur de l'œil ou dans l'épaisseur de ses enveloppes.

Supposons d'abord un corps étranger situé en dehors du globe de l'œil, il occupe nécessairement l'espace qu'en anatomie nous désignons sous le nom de loge postérieure de l'orbite, dans laquelle sont contenus muscles, vaisseaux et nerfs. Cette loge mesure environ 2 centimètres en profondeur, et à peu près autant en largeur au niveau de l'entrée du nerf optique dans l'œil. Si l'on considère qu'elle est en grande partie remplie par une couche cellulo-graisseuse très lâche, on conçoit que des corps étrangers très volumineux, tels qu'une balle, un éclat d'obus, un tuyau de pipe, un fragment de bois, etc., y trouvent place et y séjournent; par contre, le globe de l'œil est presque contigu aux parois

orbitaires, et l'on a peine à comprendre qu'un bout de parapluie, par exemple (observation de Nélaton), soit introduit dans l'orbite sans vider l'œil. La raison anatomique en est que si l'œil est absolument immobilisé dans le sens antéro-postérieur, il est mobile dans le sens latéral et se laisse reporter du côté opposé à celui où pénètre le corps étranger; de plus, la surface convexe et lisse de la sclérotique facilite le glissement.

Dès que le corps étranger a pénétré derrière l'œil, et c'est ordinairement par l'angle interne qu'il pénètre, les bords de la plaie conjonctivale se rapprochent aussitôt, du sang s'infiltré au-dessous de cette membrane, de telle sorte qu'au premier examen rien n'indique la pénétration d'un corps étranger, à moins que l'extrémité n'en soit visible. Les signes que détermine sa présence ne se distinguent pas au premier abord de ceux que produit une plaie, de telle sorte que, si le malade ou les assistants ne fournissent pas de renseignements spéciaux, le diagnostic est le plus souvent impossible. L'introduction d'un stylet fournirait sans doute des données précieuses, mais il faut être extrêmement réservé sur ce genre d'exploration, s'il n'existe pas de symptômes alarmants. De même que les plaies, le corps étranger peut avoir dépassé les limites de la cavité orbitaire, s'être logé dans le cerveau, dans la fosse temporale, etc. On conçoit combien les symptômes doivent varier suivant le siège qu'il occupe, suivant sa forme, son volume, son action sur le nerf optique, etc. Pendant ce temps le globe lui-même peut rester parfaitement intact et la vision est conservée.

Les accidents disparaissent successivement, la plaie se cicatrise et des corps étrangers volumineux séjournent en ce lieu pendant de longues années sans que l'on en puisse soupçonner la présence. D'autres fois, au contraire, des douleurs violentes persistent, un phlegmon de l'orbite se déclare et ensuite un abcès. La perte de l'œil et aussi la mort du malade en peuvent être la conséquence.

Il survient de temps en temps des poussées inflammatoires qui éveillent l'attention. Quelquefois un trajet fistuleux s'est établi, comme dans la remarquable observation de Nélaton. L'exploration du trajet permet alors de reconnaître un corps dur; mais ne serait-ce point un séquestre? c'est dans ce cas que vous aurez recours aux divers explorateurs électriques, au stylet en biscuit de sèvres de Nélaton, pour reconnaître un corps métallique; mais si c'est un morceau de bois, un caillou, etc., vous

serez très perplexe, surtout si la vision est conservée, car il n'est pas indifférent de faire des recherches de cette nature au fond de l'orbite. Si l'œil était depuis longtemps perdu, les recherches n'auraient plus d'inconvénient et seraient singulièrement facilitées : eh bien, même dans ce cas, la recherche peut être vaine. Je sais que pendant plusieurs années de Graefe explora inutilement à plusieurs reprises un personnage célèbre en proie à de vives douleurs et dont l'orbite contenait un éclat d'obus qui finit par sortir spontanément.

L'existence d'un trajet fistuleux, des poussées inflammatoires à répétition, la persistance des douleurs, quelquefois la déviation du globe de l'œil, certains troubles de la vision produits par des paralysies musculaires, le myosis, la mydriase, doivent faire songer à la présence d'un corps étranger, mais tous ces signes ne fournissent pas une preuve certaine.

Le traitement consiste à combattre énergiquement les premiers accidents par les antiphlogistiques, la glace, la compression, et à extraire le corps étranger aussitôt que possible.

Je suppose que le corps étranger intéresse le globe de l'œil.

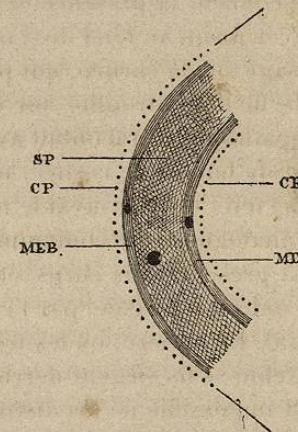
Rien de plus commun que les corps étrangers de la conjonctive : poussières, insectes, paillettes métalliques, coques de millet, etc., qui déterminent une sensation très pénible que chacun a éprouvée. Le diagnostic en est généralement facile et fourni par le malade lui-même ; pas toujours cependant : un homme avait été envoyé de bien loin à Paris par son médecin pour le faire soigner d'une conjonctivite rebelle et de plus en plus douloureuse. Je renversai la paupière supérieure et détachai une coque de millet qui y était implantée depuis un mois ; il repartait le soir même. Si le corps n'est pas implanté dans la membrane, les larmes et quelques légères pressions sur la paupière suffisent à le chasser. S'il est implanté, il sera utile de parcourir le cul-de-sac conjonctival avec un stylet moussé, afin de le détacher. Au besoin on renverserait la paupière. Ces manœuvres sont aujourd'hui rendues extrêmement simples par l'emploi du chlorhydrate de cocaïne, qui insensibilise momentanément la muqueuse.

Les corps étrangers de la cornée également très communs sont presque toujours des petites paillettes d'acier incrustées dans l'épaisseur de la membrane. Le diagnostic en est des plus faciles,

puisqu'on les voit à l'œil nu. Mais il faut savoir à quelle profondeur ils se trouvent, ce qui est plus délicat et nécessite parfois l'emploi de l'éclairage latéral.

Disons rapidement en quoi consiste ce mode d'exploration.

L'éclairage latéral ou oblique de l'œil est un très précieux moyen de diagnostic pour les lésions qui siègent entre la zone ciliaire et la cornée. On ne peut guère explorer autrement le cristallin opacifié, l'iris, la chambre antérieure et la cornée. On reconnaîtra, par exemple, de cette façon, la profondeur à laquelle siègent une taie ou un corps étranger, la présence des vaisseaux les plus fins dans la substance propre de la cornée, etc. Le procédé est des plus simples : placez une lampe ou au besoin une bougie sur les côtés de l'œil à examiner à la hauteur et un peu en avant de cet œil, à une distance de 15 à 20 centimètres environ. A l'aide d'une lentille biconvexe tenue entre la lampe et l'œil du malade, projetez obliquement les rayons lumineux à la surface du globe, et examinez en variant l'inclinaison de votre tête et l'incidence de la lumière suivant le point que vous voudrez explorer.



Pour se faire une idée exacte du siège qu'occupent les corps étrangers dans la cornée, il faut se rappeler que cette membrane se compose de cinq couches qui sont, d'avant en arrière : 1° une couche épithéliale ; 2° la lame élastique antérieure (membrane de Bowman) ; 3° le tissu propre de la cornée ; 4° la lame élastique postérieure (membrane de Descemet ou de Demours) ; 5° une couche épithéliale (fig. 9).

Le plus ordinairement les corps étrangers s'implantent dans la membrane de Bowman. Ils sont alors faciles à découvrir et à détacher. Je me sers toujours du bec d'une plume d'oie, qui me paraît le meilleur des instruments pour cet objet.

Si le corps est fixé dans le tissu propre de la cornée, il se trouve alors complètement recouvert par la lame élastique, qu'il faut détruire par un léger grattage au bistouri avant de l'atteindre.

Fig. 9. — Schéma représentant les diverses couches dont se compose la cornée. — Les points noirs indiquent le siège que peuvent occuper les corps étrangers.

Lorsqu'il a pénétré dans la lame élastique postérieure, la difficulté est plus grande encore, car l'incision doit être plus profonde et il est à craindre que le corps ne soit repoussé dans la chambre antérieure. Pour éviter cet accident, Desmarres conseille d'introduire une aiguille à paracentèse derrière la cornée, afin de donner un point d'appui au corps étranger et en empêcher la chute. Je répète que toutes ces petites manœuvres, parfois très délicates et fort douloureuses, sont devenues infiniment plus simples depuis l'emploi de la cocaïne en chirurgie.

Le corps étranger ne s'arrête pas toujours dans la cornée, il pénètre dans l'intérieur du globe et peut occuper des situations diverses : la chambre antérieure, l'iris, le cristallin, le corps vitré, la papille. Il est possible que ni le malade ni le chirurgien n'en soupçonnent la présence. Un grain de plomb, par exemple, peut arriver jusqu'au fond de l'œil, en laissant à peine la trace de son passage sur la cornée, qui paraît seulement contuse. J'énucléai le globe de l'œil atrophié sur un jeune homme atteint d'ophtalmie sympathique. Il racontait avoir reçu quelque temps auparavant un éclat de fer sur la cornée, mais affirmait que rien n'avait pénétré dans l'œil : or je trouvai le morceau de fer dans le corps vitré. Les cas analogues sont communs.

La présence des corps étrangers situés en avant de l'équateur de l'œil sera décelée par l'examen direct et aussi par l'éclairage latéral. En arrière, on les trouverait à l'aide de l'ophtalmoscope. Toutefois, s'ils siègent derrière l'iris, au niveau du muscle ciliaire, il est impossible de les distinguer par un éclairage quelconque, et c'est en cet endroit que leur séjour est le plus funeste, en raison de l'irritation des nerfs ciliaires, de laquelle résulte souvent une ophtalmie sympathique.

L'introduction et surtout le séjour d'un corps étranger dans l'œil compromettent presque fatalement l'organe : ou bien il s'enflamme, se perforé et s'atrophie; ou le cristallin reste opaque; ou bien surviennent des synéchies qui anéantissent le champ pupillaire.

Le seul traitement rationnel est l'extraction du corps étranger, malheureusement impossible dans beaucoup de cas. Si le corps siège dans la chambre antérieure, enlevez-le aussitôt que possible avec une curette ou une pince après incision linéaire de la cornée. S'il est attaché à l'iris, excisez la portion d'iris adhérente.

Lorsque le globe est détruit, il est peut-être préférable d'en pratiquer tout de suite l'énucléation.

2° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

L'inflammation peut porter sur les parois orbitaires elles-mêmes et leur revêtement périostique : c'est l'*ostéo-périostite de l'orbite*; elle peut s'emparer du tissu cellulo-graisseux qui remplit la loge postérieure : c'est le *phlegmon de l'orbite*; enfin les inflammations de beaucoup les plus communes sont celles qui atteignent le *globe lui-même* totalement ou partiellement.

A. Inflammations portant sur l'orbite. — a. *Ostéo-périostite.* — Une ostéo-périostite aiguë peut se développer sur les rebords de l'orbite ou bien dans le fond de la cavité; dans ce dernier cas, elle se confond avec le phlegmon de l'orbite, dont il est difficile de la distinguer. Sur les rebords de l'orbite elle est la conséquence d'un coup, d'un choc, qui le plus souvent ont décollé le périoste. Un gonflement douloureux d'abord, puis un abcès, et la guérison s'opère; rien de spécial à la région.

Il n'en est pas de même de l'*ostéo-périostite chronique*, qui succède en général à la scrofule ou à la syphilis. Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle existent du gonflement et de la douleur sur l'une des parois de l'orbite avec déviation du globe dans le sens opposé et diplopie, un abcès apparaît sur un point du pourtour de l'orbite, s'ouvre et reste fistuleux; la peau se rétracte, l'orifice s'enfoncé vers l'orbite, et il en résulte à la longue un renversement en dehors de la paupière ou ectropion.

Peu grave par elle-même, l'ostéo-périostite chronique tire son importance du voisinage avec le cerveau et le globe de l'œil. On y opposera le traitement habituel à ces sortes d'affections : d'abord des injections, et, lorsque le stylet aura démontré l'existence d'un séquestre, on en fera l'extraction. Le traitement général joue un rôle important en raison de la cause qui produit le plus souvent la maladie.

b. *Phlegmon de l'orbite.* — Le phlegmon de l'orbite présente une gravité extrême tant au point de vue de la vie du malade que de la conservation de l'œil. Les sujets atteints de cette affection présentent un aspect tout particulier : le globe de l'œil, non distendu lui-même, est fortement projeté en avant; il est fixe, immobile, et un peu plus dur; un chémosis volumineux entoure la