

ARTICLE V

MALADIES DE L'ORBITE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ORBITE

Ces lésions peuvent intéresser les parties molles ou les os qui entrent dans la constitution de la cavité orbitaire. Du côté des parties molles, nous devons étudier les contusions et les plaies; du côté des os, les fractures.

1^o CONTUSIONS ET PLAIES DE L'ORBITE

Ce sont surtout les rebords de la cavité orbitaire, et particulièrement son rebord supéro-externe, qui sont atteints dans les contusions. Elles donnent lieu à des bosses sanguines ou à des ecchymoses qui se diffusent plus ou moins loin dans les paupières. Quand la contusion est très violente, l'apophyse orbitaire externe agit à la manière d'un instrument tranchant et lacère les parties molles, de la profondeur vers la peau; la plaie contuse qui en résulte prend alors, comme la remarque en a été faite depuis longtemps par Velpeau, les caractères d'une plaie par instrument tranchant.

Les contusions et les plaies contuses du rebord orbitaire supérieur s'accompagnent parfois d'une grave complication, l'amaurose signalée déjà par Hippocrate, et observée par un grand nombre de chirurgiens. On l'a attribuée, tantôt à une blessure du nerf frontal, tantôt à une lésion concomitante de l'œil ou du cerveau. Pour donner de ce phénomène une interprétation exacte, il faut distinguer les cas où l'amaurose se produit immédiatement après le traumatisme et ceux où elle ne se montre que secondairement. L'amaurose primitive tient à une lésion intra-oculaire, telle qu'un décollement de la rétine, un épanchement sanguin; aussi comprend-on que, dans ce dernier cas, la perte de la vision soit seulement passagère. L'amaurose consécutive s'explique par l'atrophie du nerf optique, que la lésion de ce nerf soit produite par une fracture s'étant propagée jusqu'au trou optique, ou

par un épanchement sanguin; peut-être aussi faut-il incriminer dans quelques cas des troubles réflexes dus à la lésion du nerf sus-orbitaire, branche de la 5^e paire.

La division la plus intéressante des plaies de l'orbite est celle en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes de la cavité orbitaire. Les instruments tranchants et contondants arrêtés par les rebords de l'orbite ne produisent le plus souvent que des plaies non pénétrantes. Mais les plaies faites par les instruments piquants et surtout par les projectiles lancés par les armes à feu, pénètrent le plus souvent dans l'intérieur même de la cavité orbitaire et intéressent les différents organes, muscles, vaisseaux et nerfs, qui y sont contenus. Le globe de l'œil lui-même peut être atteint; toutefois il est à noter que, vu sa mobilité et sa forme arrondie, il fuit souvent devant l'instrument vulnérant.

Symptômes. — Les symptômes sont extrêmement variables, suivant les organes qui ont été lésés. On peut observer une perte complète de la vision, des douleurs vives, la paralysie de certains muscles de l'œil. Mais il est surtout deux complications importantes à étudier: ce sont les épanchements sanguins ou hématoécèles de l'orbite, et la présence de corps étrangers.

Les épanchements sanguins, appelés aussi hématomes ou hématoécèles de l'orbite, succèdent à la lésion des principaux vaisseaux intra-orbitaires, artère et veine ophthalmique et leurs branches. Le sang épanché repousse en avant le globe de l'œil, en même temps qu'il fait saillie sous la conjonctive; celle-ci forme autour de l'œil un bourrelet rouge ou noirâtre. L'épanchement sanguin peut être assez volumineux pour compromettre la nutrition du globe oculaire, mais le plus souvent il se résorbe graduellement. Quelquefois cependant il passe à la suppuration et détermine un phlegmon de l'orbite.

Une autre complication très fréquente des plaies de l'orbite, c'est la présence de corps étrangers. Leur nature est excessivement variée; ce sont des morceaux de bois, des fragments d'épée, de fleuret, des grains de plomb, des balles. Dans quelques cas, la plaie qui a livré passage au corps étranger se réunit; ce dernier peut passer inaperçu. Il arrive en effet quelquefois que le corps étranger soit toléré par les tissus et ne détermine aucun symptôme. Mais cette tolérance n'est pas indéfinie; à un moment donné, des phénomènes inflammatoires se manifestent; ils peuvent s'apaiser, puis se reproduire un certain

nombre de fois. Cette répétition des mêmes accidents, jointe à la notion d'un traumatisme antérieur, mettra sur la voie du diagnostic. L'inflammation suppurative prépare l'élimination spontanée du corps étranger, qui a lieu parfois au bout d'un temps considérable, soit à travers les parties molles, soit à travers les os et par une voie anormale. Le corps étranger est venu quelquefois se faire jour dans la bouche ou les fosses nasales.

2° FRACTURES DE L'ORBITE

C'est artificiellement et pour la commodité de l'étude qu'on distrait les fractures de l'orbite des contusions et des plaies de cette cavité, auxquelles elles sont le plus souvent réunies en clinique. Ces fractures, extrêmement nombreuses et variées dans leur siège et leur disposition anatomique, peuvent être divisées, d'après leurs causes, en fractures directes et indirectes. Les fractures par causes directes résultant du choc d'instruments contondants ou de chutes, intéressent habituellement la base de la cavité orbitaire. Fréquemment elles sont produites par les armes à feu, et revêtent la forme de fractures comminutives. Elles peuvent intéresser, soit la paroi inférieure, soit la paroi interne ou externe de l'orbite. Mais les plus intéressantes sont les fractures de la paroi orbitaire supérieure. Le voisinage du cerveau donne en effet aux fractures de ce point particulier un caractère de haute gravité. La fracture intéresse parfois simultanément le rebord orbitaire et une partie de la paroi supérieure qui lui fait suite. Ce sont en général des violences considérables qui produisent de pareils traumatismes : de ce nombre sont des coups de feu, des coups de sabre, des chutes d'un lieu élevé. Bien que ces fractures amènent parfois des pertes de substance considérables, bien qu'elles mettent à nu la substance cérébrale, elles sont suivies fréquemment de guérison. C'est là le trait sans contredit le plus caractéristique de leur histoire, établi par la pratique des chirurgiens militaires.

Quant aux fractures directes de la paroi supérieure de l'orbite, sans participation du rebord orbitaire, leur physionomie est toute différente. D'abord elles sont rarement causées par les armes à feu, ainsi qu'il résulte de la statistique de Berlin. Habituellement elles succèdent à des coups portés à l'aide d'instruments piquants, tels que des épées, des morceaux de bois acérés. Elles se compliquent alors néces-

sairement de l'existence d'une plaie des parties molles. Déjà nous avons cité l'exemple d'une plaie de la paupière supérieure produite par un morceau de bois qui s'était rompu; le corps étranger était resté dans l'orbite et avait déterminé une fracture de sa paroi supérieure. La mort par méningo-encéphalite fut la conséquence de ce traumatisme. Partout on trouve cité le cas de Nélaton, dans lequel l'instrument vulnérant, après avoir fracturé le sommet de l'orbite, avait déterminé la rupture de l'artère carotide dans le sinus caverneux, et la formation d'un anévrysme artérioso-veineux. Nous devons du reste y revenir à propos de l'étude des tumeurs de l'orbite.

A côté des fractures de la voûte orbitaire par causes directes, il existe des fractures indirectes qui sont de deux ordres. Les unes, en effet, et ce sont les plus communes, ne sont que la propagation d'une fissure ou d'une fêlure siégeant dans la fosse antérieure ou dans la fosse moyenne du crâne; les autres, beaucoup plus rares, sont des fractures isolées, ou, par contre-coup, de la voûte orbitaire. Elles coexistent avec d'autres variétés de fractures du crâne. C'est dans les grands traumatismes et, en particulier, dans les fractures par armes à feu qu'on les rencontre. Leur étude rentre dans celle des fractures du crâne; aussi nous n'y insisterons pas ici.

Symptômes. — Deux cas différents peuvent se présenter : ou bien la fracture intéresse la base de l'orbite et peut être appréciée par des signes physiques, ou bien elle siège plus ou moins loin dans la cavité orbitaire, sur ses parois ou à son sommet, et ne traduit son existence que par des phénomènes cérébraux.

Dans les cas de fractures de la base de l'orbite accessibles au chirurgien, on peut rencontrer de la mobilité anormale, une déformation osseuse, de la crépitation. L'existence d'une large plaie peut même mettre à nu les os et la substance cérébrale.

Lorsque la fracture est plus profondément située et ne donne lieu à aucun signe physique, ce sont les phénomènes cérébraux concomitants qui, joints aux commémoratifs, permettent d'en reconnaître l'existence. On peut, comme dans certaines autres variétés de fractures du crâne, observer une ecchymose qui, siégeant d'abord sous la conjonctive, se diffuse plus tard dans l'épaisseur des paupières.

Outre les phénomènes cérébraux, commotion, méningo-encéphalite

traumatique, les fractures de l'orbite donnent assez souvent lieu à une autre complication grave, l'amaurose. Il résulte en effet des recherches de Holder que l'amaurose immédiate et incurable qui succède aux traumatismes du crâne est habituellement la conséquence d'une fracture de la voûte orbitaire étendue au trou optique. Il peut arriver enfin que la fracture s'accompagne de la lésion du sinus frontal correspondant, et par là se complique d'emphysème.

Traitement des lésions traumatiques de l'orbite. — Dans les cas de contusions et de plaies contuses, le traitement doit être uniquement antiphlogistique. Dans la plupart des cas, on se contentera d'applications résolutives. S'il y a menace de phlegmon, on aura recours à des applications de sangsues et à la glace. Par une compression douce, on favorisera la résorption du sang épanché dans la cavité orbitaire. La suture ne sera de mise que dans les plaies par instruments tranchants; encore faudra-t-il avoir la certitude qu'aucun corps étranger n'est resté dans la plaie, et recourir au drainage, pour éviter la rétention de liquide dans l'intérieur de la cavité orbitaire et la formation de phlegmon.

Lorsqu'au contraire la plaie se complique de l'existence d'un corps étranger, le voisinage de l'œil et du cerveau impose au chirurgien la nécessité d'en pratiquer le plus tôt possible l'extraction. Toutefois les manœuvres d'extraction, les recherches même pour découvrir le corps étranger, doivent être conduites avec une grande prudence, de peur de léser les parties voisines. Quelquefois même on sera obligé d'attendre que la suppuration ait donné au corps étranger un peu de mobilité. D'ailleurs il faut bien savoir que, même le corps étranger enlevé, tout danger n'a pas disparu. Dans les cas de Percy et de Demours, où il s'agissait d'un morceau de fleuret et de la broche d'une machine à filer le coton, la mort ne tarda pas à survenir après l'extraction; de même encore dans le cas de fracture de la voûte orbitaire que nous avons mentionné, l'extraction du fragment de bois qui avait produit la blessure n'empêcha pas le malade de succomber aux progrès de la méningo-encéphalite traumatique.

Quant au traitement des fractures de l'orbite, il se confond avec celui des fractures de la base du crâne. S'il s'agissait d'une fracture esquilleuse avec plaie, on pourrait être conduit à pratiquer l'extraction des esquilles détachées.

II

MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'ORBITE

Comme pour les lésions traumatiques, nous étudierons successivement les maladies inflammatoires de l'orbite dans les parties molles et dans les os. Les maladies inflammatoires des parties molles comprennent les phlegmons et abcès de l'orbite et l'inflammation de la capsule de Ténon ou ténonite. Aux maladies inflammatoires des parois osseuses se rapportent l'ostéo-périostite et ses variétés tuberculeuse et syphilitique.

1^o PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'ORBITE

Le tissu cellulo-graisseux abondant logé dans la cavité orbitaire peut devenir le point de départ d'une inflammation qui constitue le phlegmon de l'orbite.

La plupart des auteurs classiques ont adopté la division en phlegmon aigu et phlegmon chronique. Mais Berlin et, à son exemple, Chauvel, dans l'article ORBITE du *Dictionnaire encyclopédique*, rejettent cette division. Et de fait, l'existence du phlegmon chronique est loin d'être établie sur des preuves suffisantes.

Étiologie. — Bien que le phlegmon de l'orbite soit une affection rare, les causes qui lui donnent naissance ne laissent pas que d'être fort nombreuses. Le phlegmon de l'orbite peut succéder à toutes les lésions traumatiques de cette cavité : plaies contuses, fractures intra-orbitaires, corps étrangers.

Les traumatismes chirurgicaux peuvent aussi lui donner naissance; ainsi, l'opération du strabisme, l'ablation de tumeurs, l'énucléation ou l'énervation du globe de l'œil (section du nerf optique et des nerfs ciliaires), l'abaissement de la cataracte, les cautérisations et les injections forcées pratiquées dans les voies lacrymales. A côté de ces causes il faut signaler les cas dans lesquels le phlegmon de l'orbite se montre comme conséquence de la propagation d'une inflammation de voisinage au tissu cellulaire de la cavité orbitaire. Le phlegmon de l'œil ou panophtalmie, la conjonctivite blennorrhagique (Middlemore), des kératites terminées par hypopyon (Berlin),

des phlébites de la veine ophthalmique, peuvent lui donner naissance. Le phlegmon de l'orbite peut encore se montrer comme conséquence de l'érysipèle de la face, d'affections des fosses nasales et des sinus frontaux. Enfin il succède parfois à une méningite ou à une encéphalite suppurée. La propagation de l'inflammation se fait alors le plus souvent par la voie veineuse. Il y a une thrombose des sinus qui gagne la veine ophthalmique.

Un dernier groupe de phlegmons de l'orbite est constitué par ceux qui succèdent à un état général grave, à une infection de l'organisme; de ce nombre sont les phlegmons qu'on observe à la suite des fièvres graves, des fièvres éruptives; dans la morve, la fièvre puerpérale, la pyohémie.

Symptômes. — La maladie peut débiter par un malaise général et des frissons; bientôt s'y joignent des douleurs dans l'orbite, qui peuvent être assez violentes pour causer de l'agitation, des convulsions et du délire. La fièvre est vive; le gonflement ne tarde pas à se produire; il envahit toute la base de l'orbite, repousse en avant les paupières qui sont gonflées et luisantes. Le globe de l'œil lui-même est propulsé en dehors de la cavité orbitaire (exophthalmie); tout autour de lui, la conjonctive forme un bourrelet œdémateux, rougeâtre. L'œil ainsi fixé dans une masse inflammatoire dense et résistante perd complètement sa mobilité. Habituellement il est repoussé directement en avant; mais si l'inflammation prédomine en un point, ou si même elle est limitée à une partie de la cavité orbitaire, l'œil est rejeté du côté opposé, et l'exophthalmie est latérale.

Mais le phlegmon de l'orbite ne se développe pas sans causer des troubles divers de la vision. Tantôt il y a seulement de la photophobie, de la mydriase, de la diplopie; tantôt la compression des nerfs ciliaires détermine l'anesthésie et des troubles de nutrition de la cornée. Après avoir augmenté pendant quelques jours, l'induration fait place à une sensation de mollesse; enfin la tuméfaction et la rougeur augmentent en un point limité, habituellement vers l'angle externe de la paupière inférieure, et l'abcès s'ouvre en dehors ou est ouvert par le chirurgien. Il peut se faire qu'après l'évacuation du pus, tous les symptômes disparaissent; c'est là une terminaison très favorable. Nous en dirons autant de la résolution, qui est tout à fait exceptionnelle en pareil cas.

Trop souvent le phlegmon de l'orbite amène à sa suite les plus

redoutables complications. Il peut tout d'abord causer la mort par propagation de l'inflammation à la veine ophthalmique et aux sinus crâniens, aux méninges et au cerveau. Nous trouvons à cet égard des renseignements intéressants dans le travail de Schwendt sur le phlegmon de l'orbite (thèse de Bâle, 1882). D'après cet auteur, la mortalité est de 20 pour 100 dans le phlegmon unilatéral; lorsque le phlegmon atteint les deux orbites à quelques jours d'intervalle, le pronostic est toujours mortel; en effet, le passage de l'inflammation d'une cavité à l'autre se fait par l'intermédiaire d'une phlébite des sinus.

Lorsque le phlegmon de l'orbite n'amène pas la mort, trop souvent il cause la cécité, soit par perforation de la cornée et phthisie du globe oculaire, soit par atrophie du nerf optique. D'après le même auteur, le phlegmon double entraîne presque toujours une cécité incurable, tandis que celui qui est limité à une des cavités orbitaires permet, dans un quart des cas environ, le rétablissement de la vision.

Une dernière terminaison, c'est l'induration et le passage à l'état chronique. C'est sur ce dernier fait qu'on s'est basé pour admettre un phlegmon chronique de l'orbite. On a pu voir, en effet, le gonflement et l'exophthalmie se prolonger pendant des mois, et en imposer pour une tumeur maligne de l'orbite. Le cas le plus célèbre de cette nature est celui du maréchal Radetzky. Jæger, qui le vit, fit le diagnostic de tumeur maligne. Mais, peu de temps après, le gonflement et les douleurs augmentèrent; la suppuration se fit jour; et l'homœopathie put se faire honneur d'une guérison qui n'était due qu'à la marche naturelle de la maladie.

Pronostic et traitement. — Après ce que nous venons de dire, il n'est pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic. Le phlegmon de l'orbite pouvant entraîner la perte de la vision, et même la mort, demande un traitement énergique. Au début, si le malade est vigoureux, on aura recours à des applications de sangsues à la tempe; on y joindra l'emploi de la glace. A ce traitement local on ajoutera la révulsion sur le tube digestif à l'aide des purgatifs, et l'emploi du calomel à doses fractionnées.

Si, au contraire, l'état général du malade est mauvais, on doit laisser de côté les émissions sanguines, pour recourir aux onctions mercurielles belladonnées ou aux applications de compresses chaudes imbibées d'un liquide antiseptique. Les injections de morphine sont

indiquées pour combattre les violentes douleurs du phlegmon. Si ces différents moyens demeurent impuissants, on n'attendra pas pour intervenir chirurgicalement que le pus soit nettement collecté, d'autant qu'on doit toujours craindre la propagation de l'inflammation à l'intérieur du crâne. De bonne heure on pratiquera une ou plusieurs ponctions qui, en débridant les tissus, atténueront les douleurs et donneront passage au pus, s'il est déjà formé. Ces ponctions seront faites à l'aide d'un bistouri étroit, tel qu'un couteau de de Graefe, dans le cul-de-sac oculo-palpébral inférieur. La paupière sera portée fortement en bas et en dehors, et le tranchant du bistouri dirigé vers le plancher de l'orbite, de façon à éviter la blessure du globe de l'œil. Ces ponctions hâtives auront encore, dans les cas douteux, comme celui du maréchal Radetzky, l'avantage de servir à fixer le diagnostic. *A fortiori*, lorsque le pus sera nettement collecté, l'incision et le drainage des parois de l'abcès s'imposeront au chirurgien comme un traitement urgent. Ce n'est que dans les cas où l'inflammation s'est propagée au globe de l'œil lui-même, et où il existe une perte absolue de la vision par suite de la panophtalmite concomitante, qu'on sera autorisé à pratiquer l'énucléation du globe de l'œil. Toutefois, dans ces cas spéciaux, l'énucléation pourra être utile pour hâter la résorption du phlegmon orbitaire. Des cas de cette nature ont été publiés, empruntés à la pratique des professeurs Panas et Trélat.

2° INFLAMMATION DE LA CAPSULE DE TÉNON

On sait que la capsule de Ténon représente un plan fibreux séparant en deux parties la cavité orbitaire. En avant d'elle se trouve le globe de l'œil; dans la loge postérieure sont contenus les vaisseaux, les nerfs, les muscles et le tissu cellulaire dont l'inflammation constitue le phlegmon de l'orbite. On a admis que cette capsule fibreuse était elle-même susceptible de s'enflammer, en donnant naissance à un épanchement situé entre sa face antérieure et le globe de l'œil. C'est O'Ferrall qui a signalé le premier cette affection. Depuis lors, elle a été décrite par un grand nombre d'auteurs. Mais elle est si rare, les descriptions qu'on en a données présentent de telles divergences, que son existence même a été mise en doute. L'étude de l'inflammation de la capsule de Ténon a été reprise par le professeur

Panas, dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1885, et dans la thèse de M. Puéchagut, son élève.

Symptômes et nature de la maladie. — Wecker attribue à la maladie trois caractères principaux, savoir : une violente injection conjonctivale, un léger degré d'exophtalmie, toujours moins marqué que dans le phlegmon de l'orbite, et une gêne des mouvements de l'œil, qui limite dans tous les sens ses excursions, et produit à la périphérie du champ visuel de la diplopie.

M. Panas admet les deux derniers symptômes : gêne des mouvements de l'œil et exophtalmie. Quant au premier, la violente injection conjonctivale, il lui semble ne pas appartenir en propre à la maladie, mais en constituer une complication. C'est seulement, dit-il, lorsque le gonflement est considérable, et que le chémosis, exposé sans cesse au contact de l'air, est étranglé par les paupières, qu'on voit se produire cette violente injection conjonctivale. Mais le chémosis peut rester transparent et incolore pendant toute la durée de la maladie. Pour M. Panas, en effet, il s'agit d'une véritable hydropisie de la capsule de Ténon, bien plutôt que d'une inflammation phlegmoneuse. Cette opinion s'accorde avec celle de Linhart, qui pense qu'il s'agit d'un exsudat séreux de la capsule de Ténon, et avec celle de Mooren, qui donne comme l'un des caractères de la maladie le soulèvement chémotique *transparent* de la conjonctive. Elle concorde aussi avec les faits cités par Carron du Villards, qui a pu observer un épanchement séreux entre le globe de l'œil et la capsule de Ténon.

D'après cela, voici comment M. Panas décrit la maladie : Le premier symptôme de la ténonite consiste en des douleurs péri-orbitaires intenses, revenant par accès comme celles de la névralgie. A ces douleurs lancinantes se joint une douleur gravative, fixe, siégeant au fond de l'orbite. En même temps, dès le début de la maladie, les mouvements du globe de l'œil deviennent difficiles et douloureux. Puis, dès le second ou le troisième jour, apparaît le dernier symptôme, le chémosis, qui se montre d'abord dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

C'est la douleur accompagnant la contraction des muscles qui rend difficiles les mouvements de l'œil. Le chémosis amène un certain degré d'exophtalmie. M. Panas a constaté à l'ophtalmoscope une gêne de la circulation rétinienne, se traduisant par un engorgement des veines, et même du poulx veineux. Bien que les nerfs ciliaires

doivent être comprimés, il n'a pas observé de modifications du côté de la pupille, qui répond, comme à l'état normal, à l'action des mydriatiques.

La durée de la ténonite est de deux à trois semaines. Sa terminaison est la résolution. M. Panas admet, en effet, avec Wecker, que la suppuration ne doit pas être regardée comme un des modes de terminaison de l'affection. Si elle vient à se produire, son histoire se confond alors avec celle du phlegmon de l'orbite.

Étiologie. — Les causes de la ténonite sont générales ou locales. Carron du Villards signale les fièvres éruptives, scarlatine et rougeole; M. Panas y joint les oreillons. Ce dernier auteur revient à l'opinion anciennement exprimée par O'Ferral, qui fait de la ténonite une des manifestations de l'arthritisme.

Comme causes locales, il faut signaler tous les traumatismes portant sur la capsule de Ténon, et surtout l'opération du strabisme.

Traitement. — Partant de cette donnée étiologique, M. Panas conseille l'emploi du salicylate de soude à l'intérieur pour calmer les douleurs, et, comme traitement local, les instillations d'atropine et la compression. Si le chémosis était trop volumineux, on pourrait y pratiquer quelques scarifications.

5° OSTÉO-PÉRIOSTITE DE L'ORBITE.

L'inflammation des parois osseuses de l'orbite est beaucoup plus fréquente que le phlegmon de cette cavité.

Étiologie. — Les traumatismes de la région orbitaire peuvent lui donner naissance; on a incriminé également l'influence du froid, ou la propagation d'une inflammation des cavités voisines, sinus frontaux, sinus maxillaires, parois crâniennes. Mais, au-dessus des causes locales, il faut placer les causes générales, c'est-à-dire l'influence des diathèses scrofuleuse et syphilitique. La fréquence des manifestations scrofuleuses dans l'enfance et dans l'adolescence rend compte du grand nombre de périostites de l'orbite observées à cet âge.

Symptômes. — La marche de l'ostéo-périostite de l'orbite peut être aiguë ou chronique. Mais, dans chacune de ces deux formes, les symptômes se présentent avec des caractères différents, suivant que

la maladie siège sur les rebords de la cavité orbitaire, ou bien plus profondément dans la continuité de ses parois.

a. Forme aiguë. — Lorsque la maladie est limitée à une partie du rebord orbitaire, elle se caractérise tout d'abord par une douleur localisée que la pression exaspère, par des céphalées, de légers étourdissements. Puis, au bout de quelque temps, se produit le gonflement d'une des paupières, la supérieure le plus souvent. Enfin, le signe caractéristique est l'apparition d'une *tumeur circonscrite*, tellement dure au début qu'on pourrait la prendre pour une tumeur osseuse. Au fur et à mesure que cette tumeur augmente de volume, elle comprime les parties voisines, détermine du chémosis, refoule l'œil du côté opposé à celui qu'elle occupe, produit de la diplopie et de la gêne des mouvements oculaires. D'après Sichel père, qui nous a donné une excellente description de cette affection, la tumeur siège le plus souvent en haut, sous la paupière supérieure; pour Mackenzie, on la rencontrerait plus souvent à la partie externe et inférieure.

Après être restée plus ou moins longtemps ferme et résistante, la tumeur se ramollit et donne naissance à un abcès. La peau à son niveau s'amincit graduellement, et l'abcès s'ouvre, le plus souvent, au niveau du rebord orbitaire. Si l'os n'est pas dénudé, la tumeur s'affaisse, les parties voisines reprennent leur place, et l'évacuation du pus marque la guérison. Mais lorsque l'os est mis à nu, lorsqu'il existe de la nécrose, la suppuration continue; le gonflement persiste, produit par l'épaississement du périoste et l'infiltration du tissu cellulaire voisin. Un stylet introduit par l'orifice de l'abcès arrive sur l'os, dénudé et rugueux. Des fongosités se développent, un trajet fistuleux s'organise, et la guérison ne se produit qu'après l'élimination de parcelles osseuses. Dans un grand nombre de cas, la cicatrice contracte des adhérences avec le rebord orbitaire, et, par sa rétraction, produit le renversement de la paupière en dehors et une difformité persistante (ectropion).

Lorsque l'inflammation envahit non plus seulement le rebord orbitaire, mais les parois de l'orbite et son sommet, les symptômes sont moins nets. La tumeur circonscrite peut manquer, ou du moins ne se montrer qu'à une période avancée de l'affection. Les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux du phlegmon de l'orbite. Au début, il y a des douleurs péri-orbitaires intenses, bientôt suivies du gon-

flement des paupières. Le globe de l'œil est propulsé, tantôt directement en avant, tantôt latéralement. La pression exercée sur l'œil pour le refouler en arrière est douloureuse; parfois aussi un point particulier du rebord orbitaire offre une grande sensibilité. Plus tard surviennent un gonflement limité, la fluctuation et l'évacuation du pus.

C'est surtout dans cette forme, étendue à une grande partie des parois de l'orbite, qu'on observe des phénomènes généraux graves : fièvre intense, délire, accès convulsifs. Telle est la minceur de la paroi orbitaire supérieure, qu'on comprend la propagation de l'inflammation à la dure-mère et au cerveau, qui, trop souvent en pareil cas, amène une terminaison funeste. Mackenzie rapporte le fait d'un jeune garçon de quinze ans, chez lequel une périostite étendue à la face, au frontal et à la voûte orbitaire, avec gonflement considérable, amena des phénomènes cérébraux, et la mort par méningite suppurée le dixième jour.

b. Forme chronique. — Qu'elle soit limitée au rebord orbitaire ou étendue à une grande partie des parois de l'orbite, l'ostéo-périostite affecte beaucoup plus souvent la forme chronique. C'est surtout dans la scrofule et la syphilis que la maladie évolue d'une manière froide et lente. Pour Berlin, la tuberculose des parois orbitaires ne saurait être mise en doute.

Ici tous les symptômes évoluent beaucoup plus lentement, et l'inflammation donne naissance à un véritable abcès froid qui, après son ouverture, reste longtemps fistuleux. Des parcelles osseuses sont éliminées, et ces perforations donnent naissance à des complications de voisinage. Le pus peut pénétrer dans le sinus maxillaire, dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux, la fosse temporale; parfois aussi il pénètre dans la cavité crânienne, où il peut déterminer des accidents promptement mortels. Toutefois les complications cérébrales se montrent beaucoup plus rarement dans la forme chronique que dans la forme aiguë. En même temps qu'elle cause de la suppuration et la formation d'esquilles, l'ostéo-périostite donne aussi naissance à des périostoses persistantes. Enfin le globe oculaire reste intact dans un grand nombre de cas; mais, dans d'autres, la vision est compromise, soit par le fait de lésions intra-crâniennes, soit par suite d'altérations du nerf optique dans l'intérieur de la cavité orbitaire.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéo-périostite doit être fait avec les autres maladies inflammatoires de l'orbite, savoir : le phlegmon orbitaire et l'inflammation de la capsule de Ténon. Dans le phlegmon, l'exophthalmie, dit-on, est directe; mais il faut se rappeler que, dans les cas de périostite du sommet de l'orbite, l'exophthalmie peut être également directe. En revanche, dans les cas de phlegmon partiel de l'orbite, nous avons noté déjà que le globe de l'œil pouvait être dévié latéralement, comme il arrive dans la périostite. Un autre signe différentiel est tiré de ce fait que, dans l'ostéo-périostite, la pression sur le rebord orbitaire à l'aide des doigts insinués entre les parois de l'orbite et la paupière, est très douloureuse, particularité qui ne se remarque pas dans le phlegmon. Ajoutons toutefois que, dans quelques cas, les deux affections, périostite et phlegmon, coexistent, et qu'il est impossible de faire la part des symptômes qui appartiennent à chacune d'elles.

Quant au diagnostic avec l'inflammation de la capsule de Ténon, il est basé surtout sur ce fait que, dans cette dernière affection, le gonflement n'atteint pas le rebord orbitaire; il est limité à la paupière, et circonscrit par une ligne qui reste toujours distante de 1 centimètre environ des parois de l'orbite.

Rappelons que, dans la forme chronique, la dureté de la tumeur, la lenteur de son évolution, peuvent en imposer pour un néoplasme. Aussi, en cas de doute, faudra-t-il toujours pratiquer une ponction exploratrice avant que d'entreprendre aucune opération.

Pronostic. — La possibilité d'accidents du côté du globe de l'œil et du cerveau rend grave, d'une manière générale, le pronostic. Mais la gravité diffère suivant la forme de l'inflammation et suivant le siège qu'elle occupe. Déjà nous avons dit que, dans la forme chronique, les complications cérébrales étaient moins à redouter. Quant au siège, l'ostéo-périostite du rebord orbitaire est infiniment moins grave que celle des parois de l'orbite. Elle a seulement comme conséquence fâcheuse les difformités qu'elle entraîne du côté des paupières. La périostite suppurée des parois orbitaires est beaucoup plus grave, à cause de la transmission possible de l'inflammation au cerveau et aux méninges. Mais c'est surtout dans l'ostéo-périostite de la voûte qu'on doit craindre cette redoutable complication.

Traitement. — En présence de l'ostéo-périostite aiguë, le traitement doit être actif. Au début, on emploiera les émissions san-

guines, les onctions mercurielles, la révulsion sur le tube digestif. Si l'inflammation fait des progrès, il ne faut pas attendre que le pus soit collecté, et compromette par son voisinage le cerveau et le globe de l'œil. Il faut, au contraire, pratiquer le plus tôt possible une ponction, à l'aide d'un bistouri étroit, dans le point où le gonflement est le plus marqué, et en suivant la paroi orbitaire pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs. Lorsque l'abcès siège au voisinage du rebord orbitaire, le danger est de voir la cicatrice entraîner à sa suite l'ectropion. Pour l'éviter, Sichel conseille d'inciser le plus loin possible du rebord orbitaire, et de tirailler fréquemment en tous sens la paupière menacée de difformité, pour s'opposer à la formation d'adhérences anormales. Toutefois lorsque la marche de l'affection est chronique, lorsqu'il existe une fistule persistante qui doit livrer passage à des esquilles, il est bien difficile de s'opposer à la formation d'ectropion. Dans ces cas, en effet, l'orifice fistuleux doit être maintenu longtemps ouvert, il doit même être dilaté, drainé, de façon à assurer l'issue facile du pus et des parcelles osseuses. C'est ici que le traitement général interviendra, s'adressant, soit à la scrofule, soit à la syphilis, suivant la nature de la cause diathésique qui a donné naissance à l'inflammation.

III

TUMEURS DE L'ORBITE

A l'exemple de tous les auteurs classiques, *Compendium de chirurgie*, Follin et Duplay, Terrier, nous diviserons en deux parties l'étude des tumeurs de l'orbite. Dans une première partie, nous passerons successivement en revue les diverses variétés de tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la cavité orbitaire; dans la seconde, nous tracerons les caractères généraux communs à toutes les tumeurs de l'orbite.

Au début de cette étude, nous signalerons surtout le *Traité des tumeurs de l'orbite* de Demarquay, où l'on rencontrera un grand nombre de faits; l'excellent article du *Compendium de chirurgie*, le *Traité des maladies de l'orbite de Berlin*, inséré dans l'*Encyclopédie* de de Graefe et Sæmisch, l'article **ORBITE** de Chauvel, dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

A. — TUMEURS DE L'ORBITE EN PARTICULIER

1^o KYSTES

Parmi les kystes de la cavité orbitaire, les uns sont congénitaux, les autres ne se développent que plus ou moins longtemps après la naissance. Toutefois il importe de remarquer que les kystes d'origine congénitale peuvent rester pendant longtemps silencieux, et ne devenir apparents qu'au bout de longues années; on est exposé alors à les confondre avec des tumeurs acquises.

Les kystes congénitaux appartiennent à la classe des kystes dermoïdes, dont ils présentent tous les caractères. Ils siègent tantôt à l'angle externe, tantôt à l'angle interne de l'orbite, dans sa partie antérieure; mais ils s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'intérieur de la cavité orbitaire, et contractent souvent des adhérences avec le périoste. Vu l'origine congénitale de ces kystes, c'est presque toujours chez de jeunes sujets qu'on les observe.

D'après la statistique de Berlin, sur 45 cas où le diagnostic était assuré, 32 ou 82 pour 100 ont été observés avant vingt ans; et seulement 8 ou 12 pour 100 au-dessus de cet âge. C'est là, on le comprend, une donnée importante pour le diagnostic. Les prétendus kystes folliculaires de l'orbite autrefois décrits par Wecker, qui seraient dus à un développement anormal d'un follicule du derme, nous semblent, comme à MM. Duplay, Terrier et Chauvel, devoir être rattachés aux kystes dermoïdes. Dans une communication faite en 1886 à l'Académie de médecine, M. Panas, d'après l'étude d'un fait qui lui est personnel, range tous les kystes congénitaux de l'orbite en deux classes: l'une comprenant les *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire ceux qui dérivent d'un enclavement du tégument externe; l'autre comprenant les kystes séreux ou *mucocœles*, qui reconnaissent pour cause l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite.

Les kystes acquis sont séreux ou hydatiques. Les kystes hydatiques sont exceptionnels; ils renferment soit des cysticerques, soit des échinocoques. Les kystes séreux, beaucoup plus nombreux, se développent, soit dans le tissu cellulaire de l'orbite, soit dans les bourses séreuses qui existent au-dessus et au-dessous du releveur