

la pénétration se sont comportés différemment. Il en est qui sont restés longtemps dans l'orbite, sans donner lieu à aucuns symptômes. D'autres ont produit des abcès suivis eux-mêmes d'une ou plusieurs fistules, à travers lesquelles ils ont été expulsés spontanément, au bout d'un certain temps. Ou bien encore la fistule est trop petite pour donner passage au corps étranger, et il faut, pour l'extraire, créer une voie artificielle. Il est des corps étrangers qui, après un séjour de plusieurs années dans la cavité orbitaire, se sont frayé un passage au dehors par diverses voies, la narine, le palais, la bouche. Dans une observation du docteur Fielding, une balle, entrée dans l'orbite, est venue se loger, au bout de trente ans, sous les téguments du cou, près du cartilage thyroïde.

**Traitement.** On voit, d'après les effets que les corps étrangers de l'orbite exercent sur le globe oculaire et les annexes, qu'il convient d'en opérer l'extraction toutes les fois que cela est possible. Ceux qui sont allongés et qui proéminent en partie hors de l'orbite, sont en général faciles à enlever; parfois les choses se passent autrement, et il faut exercer de fortes tractions sur l'instrument. C'est ainsi que Percy a été obligé d'employer une pince à écrou, Ambroise Paré des tenailles de maréchal. Les corps étrangers à forme arrondie ou irrégulière, et qui sont enfoncés profondément, ne peuvent être retirés qu'au prix de délabrements des tissus et des organes de l'orbite. Mieux vaut, dans ce dernier cas, abandonner provisoirement le corps étranger dans la place qu'il occupe, et combattre les phénomènes inflammatoires, qui sont la conséquence de sa présence, par un traitement antiphlogistique énergique. Il peut arriver alors, ou bien que le corps étranger soit expulsé spontanément par l'une des voies qui ont été précédemment indiquées, ou bien qu'il se montre sur un point de l'orbite, où l'accès devient moins dangereux pour les instruments destinés à le saisir.

### CHAPITRE III.

#### INFLAMMATIONS DE L'ORBITE.

Les divers tissus ou organes renfermés dans l'orbite, les parois ostéo-fibreuses de cette cavité peuvent s'enflammer soit isolément, soit simultanément, soit successivement : le plus communément, c'est le tissu cellulaire graisseux, rarement l'aponévrose oculaire, plus souvent le périoste et l'os subjacent. On a aussi mentionné des phlegmasies de l'appareil vasculaire de l'orbite, c'est-à-dire de l'artère, ou de la veine ophthalmiques.

#### ARTICLE I.

##### Phlegmon de l'orbite.

On comprend sous ce titre les phlegmasies franches du tissu cellulaire de l'orbite.

**Causes.** Elles sont générales ou locales : aux premières se rapportent la variole, la rougeole, la scarlatine, et, suivant quelques-uns, la scrofule et même la syphilis. Carron du Villards en a observé plusieurs cas à la suite du typhus; Weller, Rognetta, après une suppression des menstrues. Les secondes sont le plus souvent traumatiques : les plaies par armes de guerre, la présence de corps étrangers dans la région; les opérations de divers genres, notamment celle du strabisme. D'autres fois, le phlegmon est la conséquence d'une propagation, au tissu cellulaire de l'orbite, d'une phlegmasie qui a pris son point de départ dans la région même ou dans un point plus ou moins éloigné : dans la glande lacrymale; dans les paupières ou la conjonctive, chez les sujets affectés d'ophthalmie blennorrhagique; dans la fosse zygomatique ou dans la ptérygo-maxillaire; à la face, atteinte d'un érysipèle; dans le maxillaire supérieur, consécutivement à l'avulsion d'une dent. La maladie s'est montrée au déclin d'une méningite. Gendron l'a observée après une violente insolation; d'autres, à la suite d'un courant d'air sur l'orbite, et c'est probablement dans ce sens qu'on l'a rapportée au rhumatisme. Enfin, dans quelques cas, le phlegmon orbitaire se développe spontanément.

**Symptômes.** L'affection débute par une douleur sourde et profonde dans l'orbite, quelquefois par un sentiment de malaise, de l'inappétence, parfois par un frisson. Bientôt la douleur se propage de l'orbite dans le crâne, le front, les tempes; elle est assez intense, chez beaucoup de sujets, pour déterminer de l'agitation et même du délire. Le globe oculaire perd la faculté de se mouvoir en divers sens, et il est poussé hors de l'orbite par la tuméfaction du tissu cellulaire qui l'entoure. Suivant le siège de la phlegmasie, l'œil est repoussé directement en avant, ou à la fois en avant et sur l'un des côtés, en haut, en bas, en dedans, en dehors; quelquefois cette propulsion est tellement prononcée, que les paupières demeurent écartées, renversées, et forment une espèce de bourrelet circulaire autour de l'organe. La compression subie par ce dernier, ou par le nerf optique plus ou moins tiraillé, la propagation de la phlegmasie au globe lui-même déterminent des troubles de la vision, de la photophobie, de la photopsie, la perte même de la faculté de voir. Au début, il n'existe qu'une infiltration et une rougeur des paupières, conséquences de l'obstacle à la circulation en retour de ces voiles membraneux; plus tard, ceux-ci participent à la phlegmasie. A ces phénomènes locaux s'ajoutent des phénomènes généraux, de la fièvre, de l'inappétence, parfois des vomissements, de la constipation, de la soif, une sécheresse de la langue, de l'insomnie, et même, chez quelques sujets, du délire.

**Marche. Terminaisons.** De même que dans les autres régions du corps, le phlegmon orbitaire se termine le plus souvent par suppuration, très-rarement par résolution. Dans le dernier cas, l'affection a une durée d'un septénaire; dans le premier, de plusieurs semaines à plusieurs mois; dans les deux, il reste parfois, après la guérison, des infiltrations plastiques dans le tissu cellulaire de l'orbite, qui constituent une sorte de terminaison par *induration*. Il arrive encore que la phlegmasie se propage dans la cavité crânienne, et que les malades succombent, en présentant tous les phénomènes d'une méningo-encéphalite. Poland a observé, dans un cas, une phlébite de la veine ophthalmique, propagée jusqu'aux sinus caverneux et aux veines cérébrales. Après la guérison, l'œil peut reprendre ses fonctions, ou rester plus ou moins gravement compromis.

**Diagnostic.** Une affection qui ressemble beaucoup à la précédente est le *phlegmon oculaire*, caractérisé, comme le phlegmon orbitaire, par un exophthalmos, une fixité de l'œil, la tuméfaction et la rougeur des paupières, des douleurs dans l'orbite. Mais dans le phlegmon oculaire le globe lui-même est augmenté de volume; les membranes et les milieux réfringents se troublent promptement, les douleurs sont plus vives, parfois insupportables, occupant toute la portion correspondante du front, s'irradiant jusqu'au sinciput et même l'occiput. Dans le phlegmon de l'orbite, la vision est abolie, parce que le nerf optique est comprimé et tirailé; les milieux réfringents du globe conservent toute leur transparence; dans le phlegmon de l'œil, la vision se trouble et est promptement abolie sans retour, à cause des sécrétions plastiques et purulentes des membranes profondes et des milieux réfringents.

**Pronostic.** Il est toujours grave, en raison de la possibilité de la transmission de la phlegmasie dans le crâne, de la perte plus ou moins complète des fonctions de l'œil.

**Traitement.** Au début, il convient de mettre en usage les antiphlogistiques : si le sujet est robuste, la réaction franche, on commence par une saignée générale; des sangsues, au nombre de dix à quinze, sont appliquées entre l'orbite et l'oreille. On pratique sur la région orbitaire, plusieurs fois par jour, des onctions avec de l'onguent mercuriel double; on administre des bains de pieds sinapisés. On a aussi conseillé l'usage du calomel à dose fractionnée; l'émétique, à dose rasorienne. Dans tous les cas, on ne négligera pas l'emploi des purgatifs répétés à des intervalles variables, le régime sera subordonné à l'état des phénomènes généraux. On a proposé la ponction des tissus de l'orbite avec un bistouri étroit, comme puissant moyen résolutif. Cette pratique offre, en effet, le double avantage de procurer un dégorgeement abondant des vaisseaux de la région, et de faire cesser l'étranglement auquel la tuméfaction du tissu cellulaire expose l'œil. Lorsque, malgré l'emploi de la médication précédente, l'affection ne s'amende pas, qu'aux douleurs sourdes succèdent des douleurs pongitives ou lancinantes, ce qui annonce la formation du pus, on couvre la région orbitaire de cataplasmes émollients ou de compresses trempées dans un liquide émollient. Dès que le pus est réuni en foyer, on se hâte de donner issue à ce produit.

## ARTICLE II.

## Abcès de l'orbite.

**Variétés.** Il en est qui succèdent au phlegmon, ce sont des abcès *chauds*; d'autres ont une marche plus lente : le pus se forme pendant des mois et des années, quelquefois sans douleur, et s'accumule peu à peu dans l'intérieur de l'orbite. Ce n'est qu'à une époque avancée de l'affection, que les paupières se gonflent, rougissent et se renversent en dehors, que l'œil fait une saillie en avant, et qu'on découvre de la fluctuation. Une fois l'abcès ouvert, il reste une poche qui suppure fort longtemps, sans que l'on constate de lésion osseuse. Cette variété d'abcès, assez rare du reste, a été désignée sous le nom de *phlegmon chronique*, d'*abcès subaigu* ou *chronique*.

On rencontre encore dans l'orbite des abcès *froids*, les uns idiopathiques, d'autres symptomatiques d'une lésion osseuse. On y a trouvé des abcès métastatiques.

Une masse *tuberculeuse* développée dans l'orbite donnerait lieu, à la période de ramollissement, à la formation de pus mélangé de détritrus de matière tuberculeuse.

Le siège de la collection est en arrière du globe, quand elle succède à un phlegmon aigu; sur le pourtour de l'orbite, quand le pus a pris son point de départ dans une altération osseuse. Tantôt il n'existe qu'un seul foyer, tantôt il y en a plusieurs. Suivant l'espèce d'abcès, l'œil peut demeurer intact ou être compromis; les muscles sont sains ou détruits en partie par la suppuration, le tissu cellulaire intra-orbitaire plus ou moins résorbé, les parois osseuses saines ou altérées.

**Symptômes.** Ils diffèrent suivant que l'abcès est chaud ou froid. Dans le premier cas, l'affection débute comme le *phlegmon de l'orbite* (p. 773); au bout de quelques jours, il se manifeste de petits frissons, en même temps que la douleur devient pulsative; en explorant le pourtour de l'orbite, on perçoit une sensation de fluctuation entre le rebord de cette cavité et la paupière, ou derrière le cul-de-sac conjonctival; le plus souvent vers l'angle interne, quelquefois vers l'angle externe. En cas de foyers multiples, on trouve plusieurs points fluctuants.

La fluctuation n'est pas constante; à défaut de ce signe, on aura égard à l'existence de bosselures fermes ou légèrement tendues, ou à un empatement sur quelques points du contour de l'œil, derrière les paupières. Pour reconnaître la présence du pus, Lisfranc a donné le conseil de refouler le globe de l'œil au fond de l'orbite; par cette manœuvre, on force le liquide à quitter la place profonde qu'il occupe, pour arriver à la partie supérieure, où il se présente sous la forme d'un bourrelet sous-conjonctival.

Les abcès froids ou subaigus sont plus difficiles à reconnaître; ils sont caractérisés par les mêmes symptômes que d'autres tumeurs de l'orbite, et simulent quelquefois des affections beaucoup plus graves.

**Marche. Terminaisons.** Abandonnés à eux-mêmes, les abcès de l'orbite

tendent généralement à se porter en avant, et le pus se fait jour au dehors. Le pus peut se porter dans le crâne et donner lieu à des phlegmasies mortelles de la masse cérébrale. En général, les abcès chauds, une fois ouverts, guérissent promptement; les parois du foyer se rapprochent, et tantôt l'œil est ménagé, tantôt cet organe est gravement compromis. Les abcès froids ont une durée plus longue, et ceux qui sont symptomatiques d'une lésion osseuse persistent, sous la forme de trajets fistuleux, pendant plusieurs mois, jusqu'à ce que la portion d'os malade soit éliminée.

**Traitement.** Il diffère dans les abcès chauds et dans les abcès froids. Lorsqu'un *phlegmon* de l'orbite se termine par *suppuration*, on pratique de bonne heure une incision dans le point où la fluctuation se montre. Une incision large est préférable à une petite ponction. On ouvre le foyer, soit à travers la conjonctive, dont on incise les feuilletts couche par couche, pour éviter la lésion du globe, soit à travers les paupières, en dirigeant l'instrument parallèlement aux fibres de l'orbiculaire. Si le globe a participé à l'inflammation, qu'il y ait du pus dans les chambres de l'organe, on incise la cornée; si la phlegmasie a été moins intense, il est inutile de toucher à l'œil. Dans tous les cas, l'extirpation de l'organe recommandée par Wenzel est formellement contre-indiquée. Après avoir évacué le pus de l'orbite, on maintient l'incision ouverte, en introduisant entre les bords quelques brins de charpie; on couvre la région orbitaire d'un cataplasme émollient qu'on renouvelle souvent. Lorsque la collection est profonde, on maintient dans le foyer une mèche dont on diminue la longueur, à mesure que le trajet se raccourcit. Il est rare que l'ouverture d'un abcès de l'orbite donne lieu à une hémorragie; si pareil accident se présente, on exerce, pendant vingt-quatre heures, une compression méthodique sur la région.

Les abcès *froids* de l'orbite sont combattus par des moyens généraux et locaux. Les premiers s'adressent à la diathèse du sujet. Au nombre des autres, il faut mettre en première ligne les frictions avec des pommades résolatives. On attendra, pour ouvrir le foyer, que la tumeur soit ramollie; on évacue le pus avec un trocart ou avec un bistouri à lame étroite. La suppuration est longue à la suite de cette ouverture, et la paupière reste généralement enfoncée dans le point correspondant: parfois même ce voile membraneux contracte des adhérences avec les tissus subjacents, d'où un obstacle aux mouvements de l'organe, parfois même un ectropion. Pour prévenir cette terminaison fâcheuse, d'Ammon a conseillé de ne pas inciser la peau dans un point correspondant au rebord de l'orbite, et Stœber a recommandé de tenir la paupière fermée par une bandelette agglutinative jusqu'à cicatrisation complète de la plaie. Dans le but d'éviter la formation d'une fistule, Ribéri a proposé de donner issue au pus, à travers les fosses nasales, en perforant la lame orbitaire de l'ethmoïde!

Nous croyons, avec la plupart des chirurgiens modernes, qu'il est préférable d'ouvrir les abcès froids à travers la rainure oculo-palpébrale ou à travers la paupière; de favoriser ensuite l'agglutination des parois du foyer par des injections irritantes. C'est surtout lorsqu'il existe une lésion osseuse

qu'on hâte l'exfoliation par des injections de ce genre; on a recours, dans ces cas, à une décoction de feuilles de noyer additionnée de teinture de benjoin; à de la teinture d'iode affaiblie. On peut aussi toucher l'os malade avec un pinceau imbibé de teinture de benjoin ou de teinture d'iode pure.

## ARTICLE III.

## Inflammation des parois de l'orbite.

Une membrane fibreuse épaisse, considérée, à juste titre, comme une expansion de la dure-mère, tapisse la face interne des os de l'orbite. Tantôt la phlegmasie atteint primitivement cette membrane; il y a une *périostite*, et celle-ci se présente sous la forme *aiguë* ou *chronique*. Tantôt l'inflammation débute par le tissu osseux et se termine le plus souvent par la *carie*. Une terminaison plus fréquente encore, soit de l'ostéite, soit de la périostite de l'orbite, est la *nécrose* plus ou moins étendue, plus ou moins profonde. Enfin, la périostite, sous la forme chronique, donne lieu quelquefois, dans l'orbite comme sur d'autres points du squelette, à la production de tumeurs que l'on nomme *périostoses*; celles-ci peuvent être formées d'un dépôt de substance solide, fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, résultant de l'organisation d'une matière plastique répandue sous le périoste ou entre ses lamelles (*périostoses plastiques*); ou bien elles renferment un liquide séro-albumineux semblable à la synovie, un liquide glaireux ressemblant à une solution gommeuse, une substance homogène, grisâtre, comparable à du fromage mou (*périostoses molles ou gommeuses*).

Quelle que soit la forme de la phlegmasie, celle-ci se montre tantôt au pourtour de l'orbite, tantôt dans la cavité orbitaire. Aucun âge n'en est à l'abri; l'affection scrofuleuse, la syphilis en sont le point de départ fréquent; les violences extérieures de toutes sortes, contusions, plaies, fractures, la produisent également. Il n'est pas démontré, comme le veut Carron, que l'inflammation du périoste soit le plus souvent consécutive à une phlegmasie de la glande lacrymale. L'assertion de Mackenzie relativement à l'influence de l'usage immodéré du mercure sur le développement de la périostite chronique est aussi sujette à révision. Dans quelques cas, l'inflammation des parois de l'orbite est le résultat de la propagation d'une phlegmasie qui a pris son origine dans une partie plus ou moins éloignée, le périoste alvéolo-dentaire par exemple.

Les symptômes diffèrent d'après le siège de la phlegmasie, et, sous ce rapport, il convient d'examiner successivement le pourtour de l'orbite, les parois orbitaires et le sommet de la cavité.

1° INFLAMMATIONS DU POURTOUR DE L'ORBITE. Elles se montrent sur les divers points de la circonférence de l'orbite, le plus souvent, d'après un certain nombre d'auteurs, vers l'angle inférieur et externe. Dans le cours d'une année, j'en ai observé trois cas; deux fois la maladie occupait le rebord supérieur de l'orbite; une fois le rebord inférieur et externe. Dans

les trois cas, l'affection s'est terminée par nécrose, ce qui permet de supposer qu'elle était dans le principe une inflammation du périoste.

J.-P. Weidmann a rapporté une observation de nécrose de la région orbitaire suivie de l'extraction d'un premier séquestre provenant de la paroi externe du sinus maxillaire, et plus tard d'un séquestre de l'os frontal. Dans le second cas, auquel je faisais allusion tout à l'heure, la nécrose occupait l'os malaire presque tout entier et une portion de l'os maxillaire supérieur correspondant, si bien qu'il en résulta une perte de substance considérable de la paroi inférieure et externe du pourtour de l'orbite. Au contraire, dans le troisième cas, l'affection était bornée à une petite étendue de l'arcade sourcilière.

Au pourtour de l'orbite, comme dans les autres régions, où les os sont sous-cutanés, la périostite, l'ostéite, ou la carie qui est la conséquence de cette dernière, débutent par une tuméfaction précédée ou non d'une douleur sourde. Après un certain temps, la portion tuméfiée se ramollit, la peau conserve la couleur et la température normales. Plus tard enfin, la tumeur présente une fluctuation manifeste, et soit que l'abcès s'ouvre spontanément, soit que le chirurgien pratique lui-même cette ouverture, il s'échappe du pus peu consistant, séreux, de couleur jaune-verdâtre, semblable à du petit-lait trouble. Si on porte un stylet jusqu'au fond du foyer, on rencontre le plus souvent une surface osseuse dénudée de périoste, rugueuse, ce qui indique qu'il existe une portion d'os nécrosé; d'autres fois une surface osseuse qui offre beaucoup moins de résistance, et dans l'épaisseur de laquelle s'enfonce le stylet, indice d'une carie. Le pus continue à être sécrété par le foyer morbide, et il s'établit un trajet fistuleux qui persiste quelquefois plusieurs mois. Souvent encore l'ouverture extérieure se ferme pour quelque temps; mais bientôt il se forme un nouvel abcès et la fistule se rétablit. Que si enfin la portion osseuse malade est éliminée, spontanément ou par l'intervention de l'art, le trajet fistuleux s'oblitére, et la peau reste plus ou moins profondément enfoncée au niveau de l'os malade, d'où parfois un raccourcissement et un renversement de la paupière correspondante.

2° INFLAMMATION DES PAROIS ORBITAIRES. Les symptômes diffèrent de ceux que nous venons d'indiquer, attendu que la phlegmasie occupe le plus souvent des parties inaccessibles à l'exploration du doigt; que les tissus tuméfiés rencontrant une résistance de la part de la portion osseuse de l'orbite, tendent à refouler et à comprimer les parties contenues dans cette cavité. Les paupières se gonflent et sont d'un rouge pâle ou œdémateuses; la conjonctive est le siège d'un chémosis séreux; le globe est repoussé plus ou moins en avant; les mouvements de l'œil sont gênés; la vision est confuse ou intacte; quelquefois la paupière supérieure reste abaissée. Les malades accusent une douleur dans l'orbite et au-dessus du sourcil, douleur qui s'étend parfois à toute la tête. Suivant le siège de la lésion, on peut ou non, en portant le doigt entre le rebord orbitaire et l'œil, découvrir une tuméfaction ou un empatement, parfois même un point fluctuant. Après un certain temps, l'abcès proémine du côté de la base de l'orbite,

s'ouvre spontanément, ou est ouvert par le chirurgien, fournit un pus mal lié; et, en portant un stylet dans le trajet, on sent la portion osseuse malade.

Ce mode de terminaison est le plus heureux; il arrive parfois que le pus se fait jour par d'autres voies, par l'une des fosses nasales, si c'est la paroi interne de l'orbite qui est affectée; par le sinus maxillaire, si c'est la paroi inférieure. Lorsque c'est la voûte de l'orbite, le pus fait quelquefois irruption dans le crâne, et il en résulte une méningo-encéphalite promptement mortelle. Il est même des cas où des accidents cérébraux graves se manifestent, alors même que la voûte de l'orbite n'est pas perforée.

Chez les sujets strumeux, il se manifeste quelquefois des abcès ossifluents sur d'autres points du corps, et la mort arrive avec l'appareil symptomatologique qui est propre aux dépôts par congestion (p. 409).

3° INFLAMMATION DU SOMMET DE L'ORBITE. C'est la plus grave des trois formes; le pus s'accumule derrière l'œil et projette l'organe en avant, d'où un exophthalmos. Quelquefois la phlegmasie se transmet au globe lui-même, qui est désorganisé; ou bien le nerf optique étant comprimé par le dépôt purulent, la vision est troublée et même abolie; ou bien enfin le pus se fraye une issue dans le crâne et détermine une inflammation des méninges.

**Pronostic.** Il est subordonné au siège de la lésion osseuse, à l'état général du malade. La phlegmasie des parois de l'orbite est d'autant plus grave qu'elle est située plus profondément, qu'elle s'est développée sous l'influence d'une diathèse strumeuse ou syphilitique. Elle entraîne des suppurations prolongées; l'œil est compromis, soit par la propagation de l'inflammation aux éléments de l'organe, soit parce qu'après la guérison, l'une des paupières réstant raccourcie ou renversée, le globe demeure à découvert et exposé au contact de l'air.

**Traitement.** Lorsqu'une lésion osseuse de l'orbite se montre chez un sujet qui offre les apparences de la diathèse strumeuse ou syphilitique, il faut le soumettre à une médication appropriée à l'état général. En même temps, il convient d'agir sur l'affection locale. S'il existe des phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus, on les combat par les antiphlogistiques et les émoullients. Les abcès seront ouverts de bonne heure, pour éviter l'altération de la peau. Après cette ouverture, on se comporte différemment suivant la nature de la lésion osseuse. S'agit-il d'une nécrose, on entretient le trajet fistuleux jusqu'à ce que la portion mortifiée soit éliminée par exfoliation insensible ou sous la forme d'un séquestre plus ou moins volumineux. On cherche de temps en temps à ébranler la portion osseuse mortifiée, et dès qu'on reconnaît qu'elle est libre, on l'extrait en la saisissant avec des pinces.

La nécrose de la région orbitaire peut être assez étendue pour exiger une opération spéciale; c'est ainsi que dans un cas, rapporté par Lassus, on fit au moyen du trépan l'excision de toute la portion du frontal nécrosée. La Peyronie a emporté l'os frontal presque tout entier, pour une carie qui occupait non-seulement toute la partie du coronal qui forme le front, et celle qui

contribue à former les orbites, mais qui avait de plus gagné l'ethmoïde dont la portion orbitaire était détruite. Les trépan, les élévatoires, les tenailles, les scies, les limes, les vilebrequins, les maillets de plomb, les gouges, les ciseaux de presque toutes les espèces furent employés pour exécuter cette opération. En vingt jours la plaie était presque cicatrisée.

S'agit-il, au contraire, d'une carie, on cherche à modifier le tissu osseux altéré, en portant sur la partie malade des topiques excitants; on panse avec des plumasseaux imbibés de teinture alcoolique de myrrhe, d'aloès, de benjoin, d'iode; ou bien encore on injecte ces mêmes liquides dans le trajet fistuleux.

Dans tous les cas, il est important de fournir au pus une issue facile. Pour prévenir une adhérence entre la base de la paupière et les os subjacents, après les suppurations prolongées de l'orbite, on a conseillé de ponctionner les abcès non dans la partie la plus saillante, mais dans un point éloigné, tel que la circonférence de l'orbite, en pratiquant au besoin une ponction sous-cutanée et un trajet un peu long. Ce précepte peut être bon dans les abcès chauds de l'orbite; mais dans les dépôts froids, qui se convertissent toujours en fistules longues, il expose à la rétention du pus, à la production de nouvelles ouvertures fistuleuses. Mieux vaut pratiquer l'incision dans un point déclive, pour favoriser l'issue de la suppuration. Il ne faut pas s'exagérer l'importance de la lagophthalmie (raccourcissement de la paupière), après les suppurations prolongées de l'orbite. Dans quelques cas, la paupière restée saine vient suppléer la paupière déviée ou raccourcie. D'ailleurs, à supposer que la lagophthalmie ou le renversement de la paupière fût de nature à compromettre l'intégrité du globe, on y remédierait dans la suite par une des opérations que nous ferons connaître plus tard (voy. l'article *Ectropion*).

#### ARTICLE IV.

##### Inflammation de l'appareil vasculaire de l'orbite.

Les phlegmasies de la veine ophthalmique ont été vues un certain nombre de fois; Thibault en a réuni cinq observations. Dans les divers cas, l'affection était caractérisée par l'œdème des paupières, un chémosis séreux, un exophthalmos, une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements de l'œil, avec intégrité de la vision. Tous les sujets ont succombé, la plupart avec des phénomènes cérébraux graves, et l'examen cadavérique a fait constater la présence du pus dans la veine ophthalmique et dans plusieurs des sinus de la dure-mère. Les parties molles de l'orbite étaient simplement infiltrées de sérosité.

L'inflammation de l'artère ophthalmique est bien plus rare. Gendrin en a rapporté une observation.

#### CHAPITRE IV.

##### TUMEURS DE L'ORBITE (ORBITOCÈLES).

Les diverses productions morbides que l'on rencontre dans l'intérieur de l'orbite se développent tantôt dans cette cavité, ou bien, au contraire, ayant eu leur point de départ primitif dans les parties avoisinantes, elles ne se sont portées dans l'orbite que plus tard, après avoir usé ou détruit l'une des parois de cette cavité. C'est ainsi qu'on a vu des tumeurs venant de la cavité crânienne, telles que des encéphalocèles, des productions fibro-plastiques de la dure-mère, des kystes, des cancers intracrâniens, faire irruption dans l'orbite, chasser l'œil en avant et se montrer vers le grand angle de l'organe. Les polypes des fosses nasales, surtout les polypes fibreux et les sarcomateux, pénètrent dans l'orbite, après avoir détruit la paroi interne de cette cavité.

Des tumeurs de nature diverse, développées dans le sinus maxillaire, telles que des productions fibro-plastiques, cancéreuses, se frayent aussi une voie dans l'orbite, après avoir détruit la paroi inférieure de cette cavité. Les collections de liquide, de mucus, de pus dans ce sinus, déterminent la dilatation des parois, et ont pour effet consécutif de rétrécir la cavité orbitaire, de chasser l'œil hors de l'orbite. Les tumeurs du sinus frontal produisent un effet semblable. On a vu aussi des productions morbides, qui avaient pris leur point de départ dans la fosse temporale ou dans le pharynx, pénétrer dans l'intérieur de l'orbite.

Il serait impossible de donner la description de ces diverses tumeurs, sans revenir sur l'histoire des maladies de la cavité crânienne, ou sans anticiper sur celles des fosses nasales, du sinus maxillaire, des sinus frontaux. Toutefois un enseignement d'une grande portée pratique ressort de ces faits: c'est que toutes les fois qu'on rencontre une tumeur de l'orbite, il faut explorer avec le plus grand soin toutes les cavités voisines, pour déterminer si la production morbide n'a pas eu son point de départ ailleurs que dans l'orbite; le traitement à mettre en usage étant bien différent dans les deux cas.

Les tumeurs qui se développent *primitivement* dans l'intérieur de l'orbite sont variées; tantôt elles sont formées aux dépens des tissus que contient la cavité orbitaire: tels sont les lipomes, les productions fibreuses, les exostoses, les tumeurs vasculaires; tantôt elles sont constituées par des éléments de nouvelle formation: telles sont les tumeurs osseuses libres, les diverses espèces de cancer. Quelle que soit la nature de la production morbide, celle-ci donne lieu à une série de symptômes que l'on rencontre à peu près constamment:

1° Le globe oculaire et les parties qui l'entourent remplissant exactement la cavité orbitaire, dès qu'il se développe dans l'intérieur de l'orbite une production morbide, celle-ci prend la place de ces organes. L'œil est