

Ce moyen permet, sans inspection directe, et d'après les seules appréciations du malade, de constater la vie fonctionnelle de la rétine, même dans l'obscurité; il contribue aussi à éclairer le chirurgien, lorsque la pupille est fermée par de fausses membranes ou obstruée par certaines opacités lenticulaires, sur les chances probables d'une opération de pupille artificielle ou de cataracte.

Je me hâte de dire, d'après mon expérience personnelle, que M. Serre a fait faire par ce travail un véritable progrès à l'ophtalmoscopie, et j'ajoute que, avec le secours de l'ophtalmoscope, le chirurgien est très sérieusement armé pour l'étude d'une membrane qui jusqu'alors échappait à toute investigation directe.

VISION. — La vue n'a pas la même limite chez tous les individus: les uns l'ont très étendue (presbytie), les autres très courte (myopie); d'autres enfin ont une vue moyenne. Ces états se modifient avec l'âge.

La vue peut être altérée par une multitude de causes, qu'il serait plus qu'inutile de rapporter ici, car ce serait étudier la pathologie de l'œil presque tout entière; nous nous bornerons donc à dire que ces modifications peuvent exister, et nous allons rappeler en quelques mots les moyens qu'il convient d'employer pour les constater. Pour arriver à ce but, on invitera le malade à regarder les objets de petite dimension, et l'on notera à quelle distance il les place pour les bien voir. On lui demandera si sa vue s'est allongée ou si elle a diminué d'étendue. Il sera bon aussi de le faire lire, en éloignant plus ou moins le livre pour juger de la force d'accommodation de l'œil aux diverses distances. Ces mêmes épreuves seront ensuite faites séparément pour chacun des deux yeux, afin de juger plus facilement de leur force relative. On constatera quelquefois de cette manière un abaissement considérable de la vision d'un seul côté.

Dans tous les cas, on n'oubliera pas de tenir compte de cette circonstance, que souvent les yeux ont un foyer différent. Ces épreuves seront faites avec soin, surtout chez les personnes qui travaillent d'un seul œil, comme les horlogers, ou qui se servent habituellement de loupe, comme les graveurs. On découvrira chez beaucoup d'individus la cause de bien des amblyopies occasionnées, chez les presbytes, par le travail sur des objets rapprochés, et chez les myopes, par l'usage exclusif d'un seul œil et par l'abus de lunettes concaves, etc., etc.

## CHAPITRE PREMIER.

### MALADIES DE L'ORBITE.

#### ARTICLE PREMIER.

##### CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Avant de nous occuper de l'étude des affections si nombreuses et souvent si graves de l'orbite, il ne sera peut-être pas inutile de jeter un coup d'œil rapide sur l'anatomie physiologique de cette cavité, et sur ses rapports principaux avec la pathologie oculaire.

L'orbite situé entre le crâne et la face renferme le globe oculaire et la glande lacrymale. C'est une cavité présentant la forme d'une pyramide quadrangulaire, dont la base regarde obliquement en avant, en dehors et en bas, tandis que le sommet, dirigé vers le cerveau, est tourné en arrière et en dedans. Il résulte de cette disposition, importante à connaître pour le chirurgien, que les axes des deux orbites, prolongés en arrière, se rencontreraient à peu près vers le centre de la base du crâne.

La forme générale de l'orbite peut être modifiée par la compression de ses parois; il peut ainsi être ou dilaté, ou déformé, ou même disparaître par absorption. Des tumeurs de toute sorte, en effet, peuvent s'y développer, et s'en échapper par les diverses ouvertures qu'on y remarque, ou naître dans les cavités voisines, les fosses nasales, les sinus frontal, maxillaire et sphénoïdal, le crâne, et l'écraser peu à peu par compression.

Le bord supérieur de l'orbite présente en dedans l'échancrure orbitaire qui donne passage au nerf et à l'artère sus-orbitaire; il fait plus de saillie que le bord inférieur, aussi est-il souvent le siège de lésions fort graves. Dans les chutes ou les coups, il peut se briser de diverses manières, devenir fistuleux pendant un temps plus ou moins considérable. Le cerveau peut être atteint directement ou par contre-coup. La lésion du nerf sus-orbitaire occasionne quelquefois des accidents névralgiques fort graves, entraîne la perte de la vue, etc. Des tumeurs développées dans le sinus frontal déforment ce bord de l'orbite et la paroi supérieure de cette cavité. On y voit, comme sur les autres os, des exostoses, des inflammations du périoste, etc.

Le *bord inférieur* offre la suture qui unit le maxillaire au malaire, l'*externe*, la suture formée par le malaire et le frontal, et l'*interne*, celle qui résulte de l'union de l'apophyse montante avec le coronal.

Les lésions de ce bord sont en général moins dangereuses que celles du bord supérieur, pourtant quelques unes entraînent des accidents fort graves par contre-coup et par suite du voisinage du nerf sous-orbitaire, du sac lacrymal, etc. Comme Wardrop, Beer et d'autres auteurs, j'ai vu la cécité survenir à la suite d'une plaie suppurante de ce bord.

Les *quatre parois* de l'orbite et les fentes que cette cavité présente ont une grande importance en médecine opératoire.

La *paroi supérieure* ou voûte est concave, très mince, et supporte le lobe antérieur du cerveau. Elle est constituée en avant par le coronal, en arrière par la petite aile du sphénoïde, et présente en avant et en dehors une fossette destinée à la *glande lacrymale*. Au sommet de l'orbite est le trou optique qui appartient au sphénoïde, et livre passage au nerf optique et à l'artère ophthalmique. En avant, cette paroi de l'orbite est en rapport avec le sinus frontal.

Nous verrons plus loin combien sont graves les blessures de toute sorte de cette paroi de l'orbite à cause du voisinage du cerveau.

La *paroi inférieure* est une cloison mince qui sépare l'orbite du sinus maxillaire; elle est inclinée en dehors, et formée en arrière par le palatin, en avant par l'apophyse orbitaire du malaire, et partout ailleurs par le maxillaire supérieur. Dans ses deux tiers postérieurs est la gouttière sous-orbitaire parcourue par le nerf, l'artère et la veine de ce nom.

Les blessures du plancher de l'orbite sont moins fréquentes et moins graves; mais les déformations de toute sorte y sont plus souvent remarquées, soit que la cause vienne du dedans, soit qu'elle naisse au dehors.

La *paroi interne*, plus mince et plus fragile que toutes les autres, est dirigée assez exactement d'avant en arrière; elle est constituée en arrière par le sphénoïde, au milieu par l'ethmoïde, et en avant par l'unguis. Elle offre deux sutures perpendiculaires résultant de l'union de ces trois os, et se termine en avant par la gouttière lacrymale. A sa partie supérieure, on voit les trous orbitaires internes.

La *paroi externe* se dirige très obliquement en dedans et en arrière; elle est très solide, et formée par la grande aile du sphénoïde et l'os malaire.

La *fente sphénoïdale* sépare la paroi supérieure de l'externe; elle s'ouvre directement dans le crâne, et donne passage en même temps à un prolongement de la dure-mère qui se continue avec le périoste de l'orbite, à tous les nerfs moteurs du globe oculaire (troisième et quatrième paires de nerfs, sixième et première divisions de la cinquième) et à la veine ophthalmique.

La *fente sphéno-maxillaire*, placée entre la paroi inférieure et la paroi externe, conduit dans les fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire. On y voit le nerf, les vaisseaux sous-orbitaires et du tissu cellulaire.

Le *périoste* est une expansion de la dure-mère qui se divise en deux lames au niveau du trou optique, d'une part, pour tapisser les os; d'autre part, pour servir d'enveloppe au nerf optique. Entre ces deux lames existe un canal pour le passage de l'artère ophthalmique.

Ce rapide exposé des principaux points d'anatomie de l'orbite permet de se faire une idée plus exacte des affections de l'œil, qui doivent être produites par les maladies de cette cavité.

Les tumeurs de toute nature qui s'y développent changent les rapports physiologiques du globe, et produisent toutes sortes de lésions. La principale et la plus fréquente, c'est l'exophthalmos plus ou moins compliqué de déviation du bulbe et de modifications profondes de la vision. Ces tumeurs viennent-elles des os, du périoste? Se sont-elles développées entre le périoste et le bulbe? Viennent-elles de l'œil même ou de la glande lacrymale? Au contraire, ont-elles pris naissance dans les cavités voisines? Quelles modifications de forme ont-elles imprimées à l'orbite? Est-il dilaté, déformé, agrandi dans un sens, écrasé dans l'autre?

Une blessure intéresse les parois de l'orbite; elle peut compliquer une fracture du crâne ou des os de la face. L'œil est-il atteint ou menacé immédiatement, ou le sera-t-il plus tard? L'orbite s'est-il brisé par-contre coup? quel est le trajet probable de la fracture? Les mouvements de l'œil qui seront plus ou moins limités dans un ou plusieurs sens, la connaissance anatomique des parties voisines, indiqueront les parties osseuses qui auront été lésées.

La plaie, au contraire, est-elle pénétrante, la direction suivie

par l'instrument vulnérant fera approximativement connaître quels seront les dangers à redouter plus tard; car ici, comme dans d'autres cavités, l'insignifiance de la plaie externe est fort grande. C'est ainsi que les accidents les plus graves, tels que la perte du mouvement de l'œil, l'abolition de la vue, la paralysie des membres, la mort, pourront être prédites et quelquefois éloignées.

L'anatomie nous permettra encore de comprendre la cause de ces névralgies insupportables, qui se montrent quand des blessures de la paroi supérieure de l'orbite se cicatrisent, ou celles qui accompagnent le développement rapide des collections purulentes de la cavité osseuse qui protège l'œil, etc., etc.

## ARTICLE II.

### ANOMALIES CONGÉNIALES DE L'ORBITE.

L'absence, l'imperforation, l'étroitesse et l'atrophie, les déviations les plus bizarres, les déformations de toute sorte, quoique assez rares, ont été cependant observées chez l'homme, et quelquefois aussi sur les animaux à l'état congénial.

#### Absence des orbites.

Seiler (*Observations de vices de conformation congéniaux et de défaut total des yeux*, etc., Dresde, 1833) rapporte un fait dans lequel les orbites et les yeux manquaient absolument. Il s'agit d'un enfant du sexe masculin, à terme, bien développé, mort trois jours après sa naissance. Les endroits où les cavités orbitaires auraient dû exister étaient recouverts par un prolongement de la peau du crâne, qui était pourvu de cheveux jusqu'à la hauteur des os du nez. Ces os étaient confondus l'un avec l'autre, et formaient une saillie en forme de bec d'oiseau. La cavité nasale et la bouche n'étaient pas séparées. Les os pariétaux étaient très grands; les os frontaux n'étaient autre chose qu'un rudiment long de 3 lignes, large de 5, situé à gauche, à côté de la lame criblée de l'ethmoïde, et immédiatement au-dessous du bec. Les parties orbitaires des os frontaux, des maxillaires supérieurs, des os zygomatiques et de l'ethmoïde, manquaient complètement, ainsi

que les os lacrymaux, de sorte qu'il n'y avait aucun développement de la cavité orbitaire, etc.

Sprengel a observé un cas semblable: c'était une jeune fille qui n'avait aucune trace d'yeux ni d'orbite.

Tenon (mém. obs., 1806, Paris) a décrit un fait analogue; il s'agit d'un enfant né à terme d'une femme détenue dans les prisons de la Salpêtrière, et qui mourut dès sa naissance. Il n'avait ni yeux ni nez; une seule fente, située au bas du front, semblait avoir été une ébauche des deux orbites. Cette fente était étroite et anguleuse à ses deux extrémités, un peu plus large au-devant, vers le milieu rétrécie, et presque sans profondeur en arrière, tapissée d'un repli de la peau devenu comme membraneux.

#### Absence de l'un des orbites.

Dans la plupart des cas de ce genre qui constitue la *cyclopie*, le seul orbite qui existe est placé au milieu du front, dans un point rapproché de la ligne médiane (observation de M. Wrolik, d'Amsterdam, 1849; Davaine, *Gazette médicale*, 1850). Cet état coïncide presque toujours avec un arrêt de développement des os propres du nez et de l'ethmoïde. Les observations de ce genre sont encore assez nombreuses. M. Roy, de Lyon, en cite un cas. MM. Gluge et Deroubaix (*Archives médicales belges*, 1840) en ont décrit un autre observé sur un chien. Dans les deux cas, ces monstres, qui appartiennent aux cyclocéphaliens de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, ont vécu vingt-quatre heures. La fusion des deux orbites en un seul, qui constitue la cyclopie, n'est pas un vice de conformation primitif, mais bien la conséquence inévitable de l'absence de l'ethmoïde. Les savantes recherches que M. Geoffroy-Saint-Hilaire a faites ne laissent aucun doute sur ce point de déformation congéniale organique. M. Andral et Tiedemann ont publié aussi des travaux très intéressants sur le même sujet, et partagent cette opinion.

Les individus observés avec un seul orbite ont été nommés par M. Geoffroy-Saint-Hilaire *rhinencéphales*, parce que les tissus affectent une forme particulière qui a beaucoup de ressemblance avec la trompe d'un éléphant.

#### Imperforations.

Himly et Schmidt ont rapporté l'histoire d'un enfant qui vécut deux mois, et qui n'avait ni globe oculaire, ni nerfs, ni couches

optiques, ni nerfs moteurs, ni muscles orbitaires, ni glandes lacrymales; les paupières et les conduits lacrymaux existaient seuls. L'œil était remplacé par une petite masse charnue informe. Botin a observé quelque chose de semblable sur un enfant de six semaines; il n'y avait point de globe oculaire. Schmidt a donné sous le nom d'ανοφθαλμός, dans la *Bibliothèque ophthalmologique* (1805, III<sup>e</sup> vol., p. 170), l'histoire d'un enfant qui vécut quatre à six semaines, et chez lequel les orbites ne contenaient pas de globe oculaire. On trouva à leur place les glandes lacrymales, la troisième paire de nerfs, la première branche de la cinquième et la sixième. Les branches de l'artère ophthalmique, ainsi que tous les muscles du globe de l'œil, les nerfs optiques, furent trouvés à la base du cerveau; mais comme les trous optiques étaient oblitérés, ces nerfs ne pénétraient pas dans l'orbite. Schoen, dans son admirable ouvrage, rapporte bon nombre de faits analogues d'absence et d'imperforation de l'orbite, et d'autres anomalies congéniales des yeux, observés par divers auteurs, et entre autres par Schenk, Haller, Alix, Mus, Hortum, Spielemberger, Storck, Fielitz, Hoffmann, etc. (voy. Billard et Carron); on en trouve encore des exemples rapportés par Tenon, Wrolick, et surtout par M. Geoffroy-Saint-Hilaire fils, qui s'est occupé plus particulièrement des causes de ces difformités.

#### Étroitesse, atrophie.

J'ai observé plusieurs cas de microphthalmos congénial dans lesquels l'œil, singulièrement petit, était protégé par un orbite d'une étroitesse extrême, quoiqu'il fût en apparence bien conformé. Chez l'un des individus, enfant de deux mois que m'avait adressé un confrère de la province, l'orbite et l'œil du côté opposé étaient complètement développés, et la différence était très apparente pour ne pas dire choquante.

Le plus ordinairement l'étroitesse congéniale ou l'atrophie par arrêt de développement de l'orbite accompagne l'absence de l'œil: le cas d'anophthalmos de Schmidt rapporté plus haut rentre dans cette catégorie.

Il en est de même de celui de Rau, et du cas de M. Guépin, de Nantes, rapporté dans les *Annales d'oculistique* (t. VII, p. 182). Il s'agissait d'un petit garçon âgé de quinze à dix-huit mois, chez lequel les yeux manquaient complètement. L'ouverture palpé-

brale était à peine large de 8 millimètres; la cavité orbitaire était considérablement réduite, extrêmement sensible à l'impression de l'air extérieur, et ne paraissait pas avoir plus de 7 à 8 millimètres de profondeur.

Le fait rapporté par M. Williman est en tout point semblable. Le sujet est une petite négresse âgée de neuf ans, née sans yeux, et chez laquelle, dit l'auteur, les bords de l'orbite sont bien développés à la partie inférieure; mais à la partie supérieure il paraît un léger vide qui donne à l'arcade surcilière une forme un peu déprimée, et à tout le front un caractère contracté qu'on observe souvent chez les personnes dénuées d'intelligence. Cependant la jeune enfant, malgré la privation du plus important des organes des sens, manifeste pour tout le reste un singulier degré d'intelligence. (*Annales d'oculistique*, t. XXI, p. 92.)

L'absence des yeux et l'atrophie de l'orbite se rencontrent dans une même famille: ainsi Sevène a communiqué l'observation d'une famille de six enfants dont trois sont nés sans yeux (*Recueil de la Société de médecine de Marseille*, 3<sup>e</sup> année, 1828, n<sup>o</sup> 1, p. 151), et Fenech dit avoir connu une famille dont les trois aînés n'avaient point d'yeux. Walker vit deux sœurs privées d'yeux, tandis que leur frère en avait (Chelius, p. 516).

Le docteur Miram, prosecteur à la Faculté de Wilna, a observé et décrit avec beaucoup de soin un cas de rétrécissement considérable de l'orbite, accompagné d'arrêt de développement des yeux, sur une jument âgée d'un an. « Sa tête était grosse, et les fentes palpébrales extrêmement petites. Du côté gauche, il n'y avait même au dehors aucune apparence de globe oculaire; on ne voyait entre les paupières qu'une membrane foncée en couleur, profondément située et mobile en tous sens. Il n'y avait nulle apparence de cornée; on remarquait seulement à la place que cette membrane aurait dû occuper quelques inégalités saillantes, et présentant des taches de couleur claire, etc. » Du côté droit, il y avait une apparence de globe oculaire; mais les membranes internes n'existaient pas pour la plupart; il n'y avait entre autres ni cristallin, ni cornée, ni iris, ni pupille, ni nerf optique, etc. (*Annales d'oculistique*, t. IV, p. 172.)

#### Déformations diverses, déviation, position vicieuse.

Pour terminer ce court exposé des anomalies congéniales de l'orbite, il reste à mentionner seulement quelques déviations ou

déformations diverses, qui ne sont pas par elles-mêmes des maladies, mais qui, tout en permettant à l'œil de fonctionner, donnent à la physionomie un aspect particulier, souvent choquant.

En première ligne, le *manque de profondeur* de la loge orbitaire doit être noté ; dans ce cas, l'œil, très saillant et presque à découvert, paraît volumineux et comme chassé en avant par une tumeur qui occuperait le sommet de l'orbite. Les individus qui présentent cette quasi-différence ont une expression de niaiserie remarquable, ou quelque chose de hagar qui nuit beaucoup à la régularité du visage. A une époque avancée de la vie, ils sont presque toujours atteints de larmoiement, parce que les paupières, après avoir perdu une partie de leur élasticité sous l'influence d'une distension trop forte, et par suite de la résorption sénile du tissu cellulaire, s'inclinent légèrement en avant. J'ai vu cette variété de larmoiement bon nombre de fois chez des personnes encore jeunes, et toujours je l'ai trouvée incurable.

La disposition contraire, la *profondeur trop grande*, est fort heureusement peu commune ; elle donne à la physionomie une expression de dureté remarquable ou celle d'une grande finesse d'esprit.

Dans quelques cas où la disposition qui nous occupe est trop prononcée, les paupières sont hors de proportion par leur ampleur avec le bulbe, et se trouvent placées quelquefois, par leur attache externe ou par leur attache interne, un peu trop en avant de l'œil, circonstance qui, comme dans le cas précédent, mais par une autre disposition, prédispose encore au larmoiement.

Les orbites présentent encore dans leur forme plusieurs anomalies plus ou moins marquées ; tantôt ils sont trop étroits dans leur diamètre vertical ou dans leur diamètre transversal ; tantôt, au contraire, ils sont trop grands. On voit leur bord supérieur déprimé ou plus ou moins dévié ; leur paroi interne (qui devrait être placée verticalement, selon le diamètre antéro-postérieur) plus ou moins évasée ou inclinée du côté de la ligne médiane, de façon à favoriser un aplatissement difforme des os du nez qui dispose à l'épicanthus, et par suite au strabisme et à la tumeur lacrymale.

Les orbites sont enfin ou trop rapprochés ou trop écartés l'un de l'autre, et certes la première de ces dispositions est très commune. J'ai vu assez souvent le strabisme divergent accompagner la seconde. Je ne sais si c'est de cette disposition vicieuse qu'a

parlé M. Rossi, de Turin, et qu'il aurait vue chez certains strabiques.

Il faut encore noter qu'assez souvent les orbites n'occupent pas la même position, et que l'un des deux se trouve placé sur une ligne beaucoup plus élevée que l'autre, sans que les fonctions de l'œil en soient altérées. Le cas suivant fait cependant exception : il s'agit d'une déformation congéniale extraordinaire du crâne et de la face, observée sur une Indienne de la caste Paria, âgée de dix-sept ans, publiée par M. Souty dans la *Gazette médicale* de 1832.

« *Crâne.* — Tous les os de cette partie sont déformés ; le coronal à sa partie moyenne présente une proéminence considérable. Les pariétaux font saillie à la partie moyenne et supérieure comme s'ils avaient été fortement comprimés. On y remarque des enfoncements. L'occipital, d'une capacité anormale, paraît soutenir la plus grande partie de la masse encéphalique ; le temporal gauche participe aux désordres ; l'apophyse mastoïde est énorme et comme détachée du crâne ; le temporal droit est sain ; les difformités se remarquent dans les deux tiers gauches de la tête.

« *Orbites et organes de la vision.* — Arcade orbitaire droite, un peu aplatie, mais très saine, ainsi que l'œil du même côté. Saillie de l'orbite gauche considérable. Le globe oculaire est projeté en haut, un peu en avant, en dehors des paupières. Cet œil est malade, la cornée opaque, la conjonctive en suppuration, l'écartement des yeux est de 2 pouces. Cet espace est rempli par des inégalités, des proéminences osseuses, sur lesquelles le tissu cutané est sain. . . . Pas d'état maladif général ; facultés de l'intelligence intactes. Je pense que les difformités de cette jeune Indienne sont dues à une affection rachitique, dont le premier développement a eu lieu sans doute pendant le séjour du fœtus dans le sein de sa mère.

« Cette jeune fille, pour exploiter la superstition des Indiens, leur adresse le conte suivant : Je suis un génie de la déesse Mariatta qui envoie aux Indiens la variole ; mes difformités sont dues à cette maladie ; ceux qui ne me font pas l'aumône s'exposent aux terribles effets de la colère de la déesse Mariatta. »

## ARTICLE III.

## CONTUSIONS DE L'ORBITE.

Les plaies contuses, les coups, les chutes sur le bord de l'orbite, peuvent produire des accidents sérieux. Un nombre de faits très considérable met hors de doute que la blessure des nerfs sourciliers, frontaux, sous-orbitaires, peut occasionner l'amaurose ou quelquefois des névralgies insupportables.

Ce dernier effet s'est offert plusieurs fois à mon observation; entre autres exemples, je citerai le suivant: Une jeune fille de vingt à vingt-deux ans me fut adressée par M. le docteur Rampont, de Villers-le-Bel, pour une névralgie faciale très intense qui reparaisait à de courts intervalles, et contre laquelle bien des moyens avaient échoué. La douleur, vive partout, était plus aiguë à la sortie du frontal, et s'exaspérait par une pression légère exercée sur cet endroit. En interrogeant la malade sur la cause d'une cicatrice qui existait dans le voisinage, un peu plus haut sur le front, j'appris qu'elle avait fait une chute deux ans auparavant, et que la plaie s'était rapidement guérie. Je m'assurai que la cicatrice ne contenait pas de corps étranger comme dans d'autres cas de mon observation, et piquant la peau à 2 centimètres environ de la cicatrice, je la détachai complètement de ses adhérences au frontal, d'ailleurs fort légères, en poussant dans la plaie un ténotome ordinaire, que je manœuvrai assez longtemps et assez loin dans tous les sens. A partir de ce moment, la jeune fille fut guérie de sa névralgie, qui prenait son origine dans la compression de quelques filets nerveux emprisonnés dans le tissu inodulaire, ainsi que je l'avais d'abord supposé.

L'amaurose est aussi la conséquence fréquente des contusions de l'orbite, et les faits sont si nombreux qu'il suffit d'indiquer quelques uns de ceux racontés par les auteurs. Dupuytren l'a vue survenir chez un jeune militaire qui s'était fait une plaie au sourcil dans une chute de cheval; Morgagni, chez une dame qui était tombée de sa voiture; Valsalva, chez la femme d'un médecin de Bologne qui avait reçu au même endroit un coup de bec de coq. (Voy. plus loin, article *Contusion et plaie du sourcil*.) Je l'ai observée chez un jeune garçon de dix ans qui s'était fait une plaie contuse légère à la tête du sourcil en manœuvrant une fronde dans laquelle il avait placé une pierre. L'œil était demeuré sain

en apparence, et pourtant la cécité fut instantanée. Hippocrate avait observé des faits analogues; Camerarius, Morgagni, Vicq d'Azyr, etc., font des récits à peu près semblables. Wardrop, Beer et d'autres ont vu la cécité survenir à la suite de plaie suppurante du bord orbitaire inférieur. J'en observe un cas en ce moment, mais il est compliqué de fractures. C'est un homme de vingt-huit à trente ans, qui a reçu, il y a près de deux ans, un coup droit d'un bout ferré d'un parapluie. La blessure a porté sur le maxillaire qui a été brisé; la pupille est dilatée et l'œil très affaibli. Je reviendrai plus loin sur ce cas.

Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. I, p. 402.) raconte le fait suivant, dans lequel la commotion de l'œil a été suivie d'un hyphéma: « M. Magny reçut un coup de balle qui lui effleura le côté externe de l'orbite droit et produisit, sans entamer la peau, une si forte commotion qu'il fut privé de la lumière. Douleur vive au fond de l'orbite, épanchement de sang dans les cavités de l'œil, engorgement de la conjonctive. Au moment où je le vis, l'inflammation extérieure avait disparu; mais grande quantité de sang dans la chambre antérieure; douleurs dans l'œil; maux de tête; œil lésé plus gros que l'œil sain. Pour épancher le sang, je fais une section oblique au bas et en dehors de la cornée transparente, comme pour la cataracte. Il sort un gros de sang liquide et noirâtre. L'iris est mis à découvert, et le malade voit aussitôt la lumière, sans distinguer les objets. L'œil se dégorge, la cornée se cicatrise sans nulle opacité ni difformité. Guérison complète par la suite. »

Les contusions de l'orbite produisent encore sur les enfants lymphatiques, et surtout sur les scrofuleux, une inflammation du périoste et des os sous-jacents. La plaie de la peau, assez ordinairement lorsqu'elle est légère, ne tarde pas à se guérir, mais à une distance assez longue; et assez souvent, lorsque l'accident a été presque oublié, les signes ordinaires de la périostite et de l'ostéite se développent. Quelques auteurs admettent encore que la contusion du bord de l'orbite, et en particulier celle du bord temporal, est quelquefois suivie du développement de tumeurs enkystées dans l'orbite. Il est certain que cet accident produit l'exostose et d'autres affections des os; mais le développement de kystes doit être rare.

Enfin la mort a été constatée à la suite de contusions de l'orbite; mais alors la blessure extérieure se trouvait compliquée d'accidents graves du côté du crâne ou du cerveau.

C'est ainsi que périt Henri II, roi de France, après avoir été frappé d'une lance dans un tournoi. La peau fut déchirée depuis le sourcil droit jusqu'à l'angle externe de l'œil gauche, et le malade mourut le onzième jour, bien qu'aucune fracture n'ait été constatée. A. Paré trouva à l'ouverture de sa tête un épanchement de sang entre la dure-mère et la pie-mère, au-dessous de la partie moyenne de l'occipital. La substance cérébrale, dans ce point, était altérée dans sa couleur et dans sa consistance.

Mackenzie (1) cite deux faits de mort à la suite d'une blessure de la région surcilière avec un pot d'étain. On trouva du pus dans le crâne. La femme qui fait le sujet de la première observation périt le vingt-sixième jour de la blessure; dans la seconde, il s'agit d'un homme qui mourut le septième. Le crâne ne présentait pas de fracture.

En résumé, les contusions de l'orbite, bien que d'apparence peu grave, produisent quelquefois des névralgies très longues, quand elles ont intéressé les nerfs péri-orbitaires; l'amaurose, par suite de la blessure de ces mêmes nerfs, ou par la commotion de la rétine, ou par l'épanchement de sang dans le crâne; la périostite et l'ostéite suivie de carie ou de nécrose. Elles produisent aussi des kystes de l'orbite, des exostoses, et occasionnent quelquefois la mort.

Le traitement sera dirigé en conséquence des symptômes constatés.

Il ne sera pas hors de propos de rappeler toutefois que les contusions du bord de l'orbite s'accompagnent le plus souvent d'un gonflement rapide des parties voisines, et donnent lieu à une inflammation diffuse qui peut devenir quelquefois gangréneuse. L'infiltration qui accompagne cet état occasionne dans les paupières une tuméfaction si considérable, que les malades ne peuvent plus ouvrir les yeux, et qu'il devient urgent de recourir aussitôt à une compression convenable sur la paupière supérieure.

#### ARTICLE IV.

##### FRACTURES DE L'ORBITE.

Les diverses fractures de l'orbite sont produites par des vio-

(1) Mackenzie, *Traité pratique des maladies des yeux*, p. 2, traduct. Langier et Richelot.

lences de toute nature sur les os qui constituent cette cavité ou sur les parties voisines.

On les divise généralement en fractures du bord de l'orbite et en fractures des parois et du sommet. Ces deux dernières sont quelquefois une complication des fractures du crâne ou des os de la face. On admet aussi des fractures de l'orbite par contre-coup.

##### Fractures du bord.

Elles sont produites le plus ordinairement par des chutes, un corps contondant, un projectile ou par un instrument tranchant. Le bord externe et, après lui, le bord interne, sont le plus fréquemment atteints; cependant les fractures du bord inférieur et celles du supérieur sont encore assez fréquentes.

Lorsque le bord externe est brisé dans une grande étendue, en dehors du danger du côté de l'œil, il arrive généralement peu d'accidents, tandis que les plus graves complications peuvent survenir quand les bords supérieur et inférieur ont été intéressés. (Voy. l'article précédent *Contusions de l'orbite*.)

Si la fracture porte sur l'angle orbitaire interne, il arrivera, indépendamment de lésions plus graves, que l'air des poumons franchira les fosses nasales, et produira un emphysème palpébral souvent très considérable, mais presque toujours peu dangereux.

Comme exemple de la fracture des bords, nous citerons les suivants:

« Un homme, à l'attaque des Tuileries le 29 juillet 1830, fut atteint d'une balle à la commissure externe des paupières; le muscle temporal fut traversé, l'angle externe de l'orbite brisé et enlevé dans la profondeur d'un demi-pouce peut-être, le cerveau à nu, mais l'œil ne fut point endommagé. Guérison. Un autre malade a eu la même blessure, mais qui ne s'est pas terminée d'une manière aussi heureuse. L'angle externe de l'orbite a été enlevé, mais l'œil s'est enflammé, a suppuré, et a fini par éclater. » (Dupuytren, *Blessures par armes de guerre*, t. I, p. 218.)

Un fait analogue au premier de ces deux cas a été rapporté par Baudens en ces termes: « Chez un caporal du 2<sup>e</sup> régiment léger, qui, au combat du Sig, expédition de Mascara, avait eu la paupière supérieure complètement déchirée par une balle dont le choc avait détruit les enveloppes de l'œil, et qui ensuite était venue se loger en avant du pavillon de l'oreille, où j'en