

gères en réalité, auront un aspect assez inquiétant. Admettons que la fracture du bord de l'orbite se complique d'une plaie légère de la peau, d'une ecchymose des paupières, d'un chémosis séreux ou d'un emphysème, ou même, ce que j'ai observé, de ces deux symptômes à la fois, on pourra tout d'abord se demander si l'œil est perdu, si la fracture porte sur les parois et sur le sommet, si le cerveau est menacé, etc. L'examen attentif de l'ecchymose, d'après les caractères indiqués plus haut, l'introduction d'un stylet dans la plaie, le toucher du bord de l'orbite, la scarification ou les mouchetures sur la conjonctive, l'évacuation de l'air par la pression, etc., feront bientôt reconnaître que la blessure est exempte de graves complications. Cependant le médecin prudent se tiendra alors dans une sage réserve sous le rapport du pronostic, du moins pendant quelques jours.

Dans toutes les fractures de l'orbite, il peut se montrer un phénomène important à signaler, la *commotion* du cerveau. Le praticien aura donc à rechercher si ce phénomène s'est montré au moment de la blessure, ou s'il existe encore au moment de l'examen du malade.

D'autres symptômes plus graves encore, la *compression* et l'*inflammation* du cerveau, étant trop souvent à craindre à la suite des fractures des parois et du sommet de l'orbite, et des fractures par contre-coup, le malade sera soumis au traitement le plus sévère lorsqu'on en reconnaîtra les caractères. Les saignées générales abondantes et répétées coup sur coup au besoin, les sangsues appliquées en petit nombre et en *permanence*, selon la méthode de Gama, la glace sur la tête, les purgatifs répétés, le tartre stibié en lavage ou à dose rasorienne, le repos absolu, etc., formeront ici le fond du traitement qui n'est autre que celui des plaies de tête en général.

ARTICLE V.

PLAIES DE L'ORBITE.

Plaies par instruments tranchants et piquants.

Ces blessures sont divisées en deux catégories. Dans la première, on range celles qui intéressent le contour de la base de l'orbite, et qui sont superficielles; dans la seconde, on classe celles qui intéressent plus profondément l'orbite, et celles qui ont suivi

cette route pour pénétrer jusque dans le crâne. On désigne ces dernières par le nom de plaies profondes ou pénétrantes.

1^o Plaies superficielles ou du contour de la base.

Ces plaies offrent en général peu de gravité lorsqu'elles n'intéressent que les os de l'orbite; mais elles sont assez souvent compliquées de lésions fort graves de l'œil et des paupières, que nous étudierons plus loin (voy. *Blessures*). Ces blessures, lorsqu'elles portent sur le bord supérieur de l'orbite, intéressent le sourcil et le nerf frontal, et peuvent devenir la cause d'accidents que nous avons décrits ailleurs (voy. *Contusions*, p. 98). Le bord inférieur de l'orbite est rarement atteint seul, du moins par les instruments tranchants qui portent presque toujours en même temps sur le bord supérieur ou sur le bord externe; c'est d'ailleurs une blessure peu grave, et qui se guérit le plus souvent avec facilité. On en étudiera cependant la direction et la profondeur, parce que le nerf sous-orbitaire et le sinus maxillaire pourraient être intéressés.

Mais c'est le bord externe qui est incontestablement frappé le plus souvent par les instruments tranchants; aussi les blessures de cette région ont-elles été étudiées avec soin. Le professeur Velpeau, entre autres chirurgiens, en a fait une excellente description (voy. *Dictionnaire* en 30 volumes, nouvelle édition, article ORBITE), et donne à suivre quelques conseils d'une grande utilité. Il assimile la plupart des chutes sur l'angle externe de l'orbite aux plaies par instruments tranchants; ces plaies se font, selon lui, par un mécanisme qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des praticiens. L'apophyse temporale de l'orbite étant une partie des plus saillantes et des plus anguleuses du visage heurte de préférence contre des plans résistants. L'os frontal ayant en cet endroit un bord presque tranchant, la peau et le périoste sont divisés comme s'ils eussent été atteints directement par une lame effilée, bien que la cause du mal soit une chute directe sur l'orbite, ou un coup porté avec un instrument contondant. La peau et le périoste sont divisés alors bien plus par l'action vulnérante de l'apophyse orbitaire externe que par celle du corps qui a porté contre la tête. Supposons, par exemple, que ce corps soit une porte, et que l'endroit touché par la tête soit parfaitement plan, évidemment la peau pressée entre ce corps résistant et l'angle tranchant que présente l'os sera divisée par celui-ci exactement comme par l'action directe d'un couteau mousse. C'est là d'ailleurs

une règle mise en lumière par l'anatomie chirurgicale, que le même effet se produit sur la peau dans toutes les chutes sur les saillies osseuses en forme de crête ou de pointe. La peau qui recouvre l'olécrâne en donne très fréquemment l'exemple, et, dans sa thèse inaugurale, M. Bouchacourt a mis en relief des faits de cette nature.

Selon le professeur de la Charité, ces sortes de plaies, s'effectuant des os vers l'extérieur, présentent en outre plusieurs autres caractères spéciaux. « On voit d'abord, dit-il, qu'elles doivent toutes comprendre le périoste en première ligne, et que leur premier inconvénient est de pénétrer presque inévitablement jusqu'à l'os. A la différence des plaies qui s'opèrent de l'extérieur vers les parties profondes, elles sont nécessairement plus étendues du côté des plans osseux que du côté de l'épiderme, si bien qu'elles sont toujours accompagnées d'une sorte de décollement qui permettrait, jusqu'à un certain point, de les comparer à un abcès qu'on vient d'ouvrir.

» Toutes choses étant égales d'ailleurs, les plaies de l'angle externe de l'orbite sont plus graves que les plaies des autres points du contour de cette cavité. Facilement retenus derrière les téguments, les fluides qui s'épanchent des tissus divisés, et qui, se trouvant entourés de parties contuses, provoquent facilement une inflammation assez vive.

» L'inflammation et le pus, appuyés sur un angle osseux, tendent à fuser dans les régions voisines du côté du front; les tissus sont si denses et si serrés que les liquides et la phlegmasie s'y portent rarement; c'est donc vers la tempe ou plutôt encore vers la paupière supérieure que la maladie gagne de préférence. Du côté de la tempe, elle porte à craindre la formation d'un phlegmon diffus et d'une large phlegmasie érysipélateuse. Arrivée dans la paupière, elle y occasionne rapidement une tuméfaction considérable, et bientôt une suppuration énorme qui prend presque immédiatement les caractères du phlegmon gangréneux; toutefois, il est juste de dire que, retenue par le ligament palpébral qui la limite en arrière, cette phlegmasie pénètre moins souvent dans l'orbite qu'on ne s'y attendrait de prime abord. » (*Loc. cit.*)

Le traitement des plaies superficielles, par instruments tranchants des bords de l'orbite, n'offre rien de particulier dans la plupart des cas. Si l'on est appelé à voir le malade aussitôt après l'accident, la réunion de la peau au moyen de serrefines, de beau-

coup préférables en cet endroit aux épingles et aux sutures qui provoquent souvent de l'inflammation et des érysipèles, sera facilement obtenue, si l'on a soin de refouler les téguments du voisinage vers la plaie pour éviter le tiraillement sous l'influence duquel la réunion immédiate serait impossible. Un linge arrosé d'eau froide, ou, ce qui est préférable, l'appendice cœcal du mouton, à moitié rempli d'eau contenant un peu de glace, sera appliqué sur la plaie pour empêcher une inflammation de survenir. Lorsque les os auront été entamés par l'instrument vulnérant, et que les bords de la plaie seront en contact, le pansement sera le même, et leur réunion sera obtenue très facilement. S'il arrive même qu'une partie osseuse soit presque entièrement détachée, on la replacera avec soin, et on la maintiendra par un bandage convenable, l'observation apprenant que les os de l'orbite comminutivement frappés par une balle sont encore susceptibles de réunion dans quelques cas, et qu'il ne faut pas se hâter de retirer les parties qui auraient été isolées par la blessure. Il est important, dans tous les cas de blessure simultanée de la peau et des os avec suppuration, de refouler autant que possible les téguments vers la paupière, afin que les mouvements de celle-ci ne se trouvent pas ultérieurement limités par les adhérences qui s'établiraient entre les parties lésées. Nous reviendrons sur ce point important à propos des caries de l'orbite.

Le traitement des plaies de l'angle externe de l'orbite n'offre pas de difficultés plus sérieuses que celui des autres points du contour de la base de cette cavité; pourtant M. Velpeau lui a consacré un paragraphe à part, et veut qu'il soit basé sur quelques principes particuliers.

Lorsque le médecin est appelé au moment de l'accident, pour ainsi dire, et avant le développement de l'inflammation, le professeur de la Charité veut qu'on établisse avant tout une compression exacte de bas en haut et d'avant en arrière contre la face inférieure de l'apophyse orbitaire. On emploiera pour cela de petits rouleaux de charpie, des plaques d'agaric ou des compresses graduées, maintenues par quelques diagonales de bandes ou par des bandelettes de diachylon appliquées sur la face cutanée de la paupière supérieure, en ayant bien soin de laisser la place libre au-dessus. Les lèvres de la plaie se trouvant ainsi naturellement rapprochées, on les couvrira d'un linge criblé, d'un gâteau de charpie, et d'une petite compresse que l'on fixe en définitive

par un bandage contentif simple. Ces pièces devront être renouvelées chaque jour ; elles devront être indépendantes de la compression palpébrale qui sera en permanence pendant quatre à cinq jours, et empêcher l'extension de la maladie en bas. Si le chirurgien est appelé plus tard, que la suppuration soit déjà établie, on appliquera d'abord sur le voisinage de la plaie un large cataplasme émollient matin et soir ; si l'on constatait des abcès de la paupière, on les ouvrirait. Mais s'il y avait quelque doute, quand même le boursofflement de la paupière aurait acquis son plus haut degré, la compression déjà indiquée vaudrait encore mieux. M. Velpeau attache à cette compression la plus grande importance : « A son aide, dit-il (*Dictionnaire* en 30 volumes, nouvelle édition, article ORBITE), on dissipe en vingt-quatre heures les inflammations les plus vives, et l'on réduit à peu de chose un gonflement qui déformait la veille le malade d'une manière hideuse, qui rendait impossible l'examen de l'œil, et qui, selon toute apparence, devait se terminer par une vaste suppuration. Du reste, une fois qu'on a triomphé de la sorte du phlegmon palpébral, on peut faire abstraction de la compression, et s'en tenir à l'emploi des cataplasmes, qui doivent être continués jusqu'à ce que la plaie soit complètement modifiée, et qu'elle ne suppure plus que par ses bords ; c'est alors seulement qu'on peut sans danger s'en tenir au pansement simple pour en compléter la cicatrisation. »

Nous ajouterons encore, mais en ce qui touche les plaies du contour de l'orbite, en général, et souvent celles dans lesquelles la peau est divisée par l'os lui-même dans une chute sur un corps à surface plane ou par l'action d'un corps contondant lancé sur la tête, que ces plaies doivent être attentivement surveillées à cause de leur apparence de simplicité trompeuse sous laquelle se cachent des accidents très graves du côté du cerveau ou des yeux. Il sera donc toujours prudent d'ajouter à ces moyens locaux une ou plusieurs saignées générales, des dérivatifs sur les intestins, le repos absolu de l'esprit et du corps, la diète et des boissons aqueuses. On ne manquera pas non plus d'examiner l'œil tous les jours anatomiquement et physiologiquement.

2° Plaies pénétrantes.

La gravité de ces sortes de blessures a dû naturellement fixer l'attention des chirurgiens ; aussi leurs ouvrages abondent-ils en faits.

Ces blessures sont quelquefois compliquées de graves accidents du côté de l'œil ; cependant cet organe échappe très souvent à l'action de l'instrument vulnérant, à cause de son poli, de sa mobilité, de sa forme ronde surtout, et de sa petitesse comparée à la grandeur de la cavité osseuse dans laquelle il est logé. La faiblesse des muscles contribue encore à cette immunité, parce que le plus souvent l'impulsion du corps étranger dirigé vers l'orbite est hors de proportion avec les agents de locomotion de l'organe. Quelle résistance, en effet, l'un de ces muscles pourrait opposer, par exemple, à un violent coup d'épée ? Évidemment aucune, et c'est là certainement pourquoi l'œil, cessant d'être perpendiculaire à la direction de l'instrument, glisse avec rapidité et évite la blessure qui l'aurait détruit. Qui n'a pas vu la fuite de l'œil pendant l'opération de cataracte par extraction, bien que le couteau soit perpendiculaire au point de la cornée que l'on veut traverser ?

Un autre exemple fera d'ailleurs mieux comprendre ma pensée. Il y a quelques années, un coiffeur du Palais-Royal, M. Sm..., jouait avec sa petite fille, enfant de six ans, et s'amusait à lancer avec un arc, d'une assez grande force, une petite flèche armée d'une pointe de fer qui allait à la longueur de la chambre se ficher dans une porte. Fatiguée de ce jeu, la petite fille alla s'étendre sur un divan, et le père, voulant l'exciter à jouer encore, s'approcha d'elle en tendant l'arc à 2 ou 3 pieds de sa tête, et en la menaçant de lui lancer la flèche si elle ne se levait pas. Le malheureux père avait en parlant ainsi tendu l'arc outre mesure, et la flèche, lui échappant des mains, partit avec la plus grande rapidité, et alla frapper l'œil dans la sclérotique, à 2 millimètres environ du bord externe de la cornée. Mais fort heureusement l'impulsion de l'instrument vulnérant était hors de proportion avec la résistance de l'appareil musculaire, et l'œil, entraîné brusquement en dehors, évita d'être broyé sous le coup. La cornée avait à peine été effleurée, et l'humeur vitrée s'échappa longtemps en petite quantité par la blessure, qui se ferma enfin vers la troisième semaine. Vivement intéressé par ce fait, M. le docteur Stout, de New-York, qui suivait alors ma clinique, a gardé cette flèche. La vue de l'enfant est très bonne.

Mais si l'œil est quelquefois épargné par les instruments dirigés sur l'orbite, celui-ci est très souvent atteint. Des corps pointus pénètrent plus ou moins dans sa profondeur, traversent ses parois et blessent l'une ou l'autre des cavités qui l'avoisinent. Nous avons

vu déjà en étudiant les fractures que les parois et le sommet de cette cavité sont souvent exposés, et pourtant ils le sont encore davantage quand ils sont atteints par des instruments piquants ou tranchants.

Des accidents variés sont la conséquence de ces blessures.

Si elles sont bornées à l'orbite, le périoste de cette cavité étant atteint, cela peut occasionner des lésions diverses, une périostite, une périostose, des exostoses, et l'exophthalmos à divers degrés. La glande lacrymale peut aussi être blessée, et alors elle s'hypertrophie ou s'atrophie (Middlemore, p. 632), ou bien subit d'autres modifications. Le sac lacrymal, l'os unguis, le nerf optique, les muscles de l'œil ont été intéressés par ces sortes de blessures, sur lesquelles nous reviendrons en temps convenable.

Mais si ces blessures traversent la voûte ou le sommet de l'orbite, les accidents les plus graves peuvent en résulter. Au contraire, elles sont généralement peu dangereuses, quand de l'orbite l'instrument vulnérant s'engage dans les sinus ou dans les parties voisines, et réciproquement de ces parties dans l'orbite.

Quelques observations serviront à faire mieux comprendre la gravité de ces blessures :

Un individu reçut un coup de fleuret déboutonné à l'angle interne de l'œil droit ; le seul résultat immédiat fut un léger affaiblissement de la vue attribué par le blessé au sang et aux larmes qui remplissaient l'œil ; il se manifesta de plus une épistaxis abondante. Ne se doutant nullement de la gravité de la lésion, le patient se coucha et dormit jusqu'au lendemain matin. Réveillé par une douleur très vive à la racine du front et à toute la région sus-orbitaire, il se borna à couvrir l'œil blessé de compresses trempées dans l'eau froide, et s'aperçut alors que la vision était totalement abolie du côté gauche. Le malade se transporta à l'hôpital, et M. Teirlinck, qui rapporte le fait, pensa que le nerf optique de ce côté avait été atteint par le fleuret à travers la paroi interne des deux orbites (voy. *Annales d'oculistique*, t. XIV, p. 133).

Un homme reçoit un coup de fleuret dans l'orbite ; Bernarding, qui raconte ce fait, dit que la pointe de l'instrument pénètre vers la commissure externe des paupières entre la paupière supérieure et le globe de l'œil, suivant un trajet oblique de bas en haut et de dehors en dedans, contourne cet organe, et, arrivée à l'angle interne de l'orbite, détache le muscle grand oblique du globe de l'œil, fracture l'os unguis, ainsi que l'apophyse montante de l'os

maxillaire supérieur, et, en sortant de l'orbite, vient encore blesser le sourcil du côté opposé. Paupières ecchymosées et tuméfiées. Vers l'angle interne existe un lambeau charnu appartenant au muscle grand rotateur de l'œil, dont le tendon pend le long des paupières ; le sourcil du côté gauche offre une petite plaie perpendiculaire à la direction de l'arcade sourcillière. Le malade ne voit pas de l'œil du côté blessé. Le muscle grand oblique est excisé. On panse l'œil, on réunit la plaie par première intention. Après quinze jours, les parties se dégorgent au moyen d'un vésicatoire ; on essaie, mais vainement, de rétablir la sensibilité de la rétine du côté de la blessure. Vingt-neuf jours après l'accident, légère irritation de la conjonctive. Si l'on soumet l'œil malade à l'action de la lumière, la pupille reste immobile, si l'on fait agir ce fluide sur les deux yeux, la pupille droite suit le mouvement de la pupille gauche.

Le cas suivant rapporté par M. Michon (*Gaz. des hôp.*, 1849, p. 135) est très intéressant, parce que l'on aurait pu croire à la présence d'un corps étranger dans l'orbite. Il s'agit d'une perforation de la paupière supérieure, à sa partie supérieure et interne, par la pointe d'un échalas. La plaie se cicatrise, les douleurs se font toutefois sentir ; mais on néglige d'explorer la cavité orbitaire. Après quelques semaines, le globe fait une légère saillie hors de l'orbite qui va toujours croissant. Le malade entre à l'hôpital, et M. Michon constate l'état suivant. L'œil gauche fait une saillie considérable hors de la cavité orbitaire ; la cornée, la sclérotique et la conjonctive sont d'ailleurs saines, sauf une légère rougeur. Les mouvements du globe sont difficiles, bornés, douloureux ; les mouvements des paupières sont tout aussi difficiles, quoique moins douloureux. Des douleurs spontanées, intermittentes, et répondant jusque dans la profondeur de la cavité crânienne, se font sentir. L'état général est d'ailleurs bon.

M. Michon croit avoir affaire à un phlegmon suppuré de l'orbite, qu'il n'est pas éloigné de croire déterminé par un corps étranger. Quelle que soit la nature de la tumeur, à moins d'un anévrisme, il n'y a pas de danger sérieux à introduire un bistouri dans son épaisseur ; et dans un cas de phlegmon, on peut avoir les meilleurs résultats. M. Michon fait une incision à l'angle interne de la circonférence, au point où a pénétré l'échalas. Lorsque l'instrument est arrivé à un pouce de profondeur, une fusée de pus s'échappe ; on en recueille ensuite deux cuillerées environ ; pas de corps étranger.

Après l'opération, le malade est soulagé; la plaie suppure, puis se cicatrise; pas de douleur. Il n'existe qu'une légère exophthalmie; on espère que le malade sera à l'abri de tout accident.

Voici maintenant plusieurs exemples de plaies pénétrantes dans le crâne.

Le cas suivant est extrait de la *Clinique chirurgicale* de Larrey, t. I, p. 148.

Baumgartner, soldat, a reçu en jouant aux armes un coup si violent dans l'orbite gauche qu'il fut renversé comme mort, et que, dans sa chute, une portion de la baguette dont il avait été frappé se brisa, pénétra à la profondeur de 2 pouces dans l'orbite, où elle resta engagée. Immédiatement, hémorrhagie abondante par le nez et la bouche. Le lendemain, tumeur ecchymosée de la grosseur d'un œuf. L'œil n'a point reçu de solution de continuité; mais il y a paralysie de l'iris et perte de la vue. Les membres correspondants sont aussi privés de mouvement. L'examen démontre que la baguette, après être entrée par l'angle externe de la paupière gauche, a suivi une direction oblique jusqu'à l'hémisphère droit du cerveau sous lequel elle a déterminé un épanchement. Le blessé se plaint d'une soif extrême, et peut à peine articuler des sons. Le surlendemain, quelques symptômes de la paralysie de l'estomac (ventouse à la nuque, vésicatoire sur le côté droit de la tête); le quatrième jour, état désespéré. Mort. Autopsie. A l'ouverture du crâne, couche légère de sang à la partie postérieure du cerveau; autre épanchement sur les fosses de la base du crâne, et jusque sur la tente du cervelet. Déchirures produites par la baguette au sinus caverneux et à l'artère carotide, esquille osseuse de l'apophyse clinoidale droite; morceau de bois implanté dans la substance du lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau, près de la scissure de Sylvius; c'est la cause de la paralysie.

Le même auteur rapporte le fait suivant, t. I, p. 152; malheureusement l'autopsie ne paraît pas avoir été faite.

« Coup de sabre dans l'orbite; la pointe, après avoir fait une légère piqûre oblique à la pointe du nez, a incisé les téguments de la partie interne de la paupière inférieure, vis-à-vis le rebord orbitaire formé par l'os maxillaire, a échancré ce rebord, et continué sa route entre le plancher de l'orbite et le globe de l'œil. Paupières tuméfiées, mais aucun changement dans l'aspect extérieur de l'œil; seulement il est saillant d'un demi-pouce, et semble indiquer la division du nerf optique. L'arme a dû pénétrer assez profondé-

ment dans le crâne, en traversant sans doute la fente sphénoïdale, et y occasionner un épanchement considérable. Paralysie complète de tout le côté gauche (pansement simple, cataplasme sur l'œil). Le lendemain, extension de l'hémiplégie au muscle gauche de la face; symptôme plus grave (même pansement, saignée du bras). Deux jours après, symptôme d'épanchement et de paralysie plus manifestes (lavements purgatifs, vésicatoire sur le côté droit de la tête); les sphincters participent à la paralysie (moxa sur le ventre, fomentations avec l'ammoniaque et l'huile camphrée). Le lendemain, même insensibilité, même assoupissement (grain de potasse à la base du crâne, saignée du pied). Légère amélioration qui ne se soutient pas. Le malade expire quelque temps après. »

Dupuytren donna des soins à un ancien maître d'armes qui, passant devant une caserne, ne put résister au désir d'entrer voir un de ses anciens camarades. Le maître d'armes de la caserne lui proposa un assaut qu'il accepta. Ils se mettent en garde; l'ancien maître reçoit un coup sur le masque; le fleuret boutonné perce la grille de celui-ci, et le frappe à la base de la paupière supérieure où il fait une petite plaie de peu d'importance en apparence. Le blessé tombe cependant; on le mène à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain, symptômes encéphaliques alarmants (délire, convulsions, fièvre, coma); mort le quatrième jour. A l'autopsie, on trouve que la lame orbitaire du frontal avait été percée par le fleuret, et que le lobe correspondant du cerveau avait été blessé.

Le fils du général E..., élève à l'École polytechnique de Paris, reçut, comme le maître d'armes de l'observation précédente, un coup de fleuret à travers la voûte orbitaire, et devint hémiplégique du côté opposé au coup. L'œil ne souffrit pas. Désespéré, ce jeune homme se tua d'un coup de pistolet.

Bell, Borelli rapportent des faits semblables produisant l'hémiplégie; dans d'autres cas la blessure a été produite par un coup de canne (Ruysch, Bonnet), par un coup de fourchette (Massot), par une flèche (Horstius), par un parapluie (Mackensie), etc.

Larrey, t. IV, p. 211, rapporte l'observation suivante:

« M. Derampan (Édouard), ex-officier de cavalerie, âgé d'environ vingt-six ans, ayant fait la campagne de Russie, dans le cours de laquelle il a reçu plusieurs blessures légères, fut frappé, en faisant des armes, le 2 mars 1817, d'un coup de fleuret (dont la pointe s'était rompue sur son plastron) à la partie moyenne de

la région canine gauche, près de l'aile du nez, dans une direction oblique de bas en haut, et un peu de dehors en dedans. L'instrument pénétra à la profondeur de 3 pouces et demi à travers la fosse nasale gauche, traversa sans doute la lame criblée de l'ethmoïde, près l'insertion de la grande faux de la dure-mère, et paraît avoir pénétré dans une direction verticale et un peu oblique d'avant en arrière, à la profondeur de 8 à 9 lignes dans la partie interne postérieure du lobe antérieur gauche du cerveau, de manière à se rapprocher de la partie antérieure du corps calleux.

» A l'instant de la blessure, une hémorrhagie très forte se manifesta, et probablement il se forma un épanchement sanguin relatif dans l'intérieur du crâne. Un moment après, le blessé tomba en syncope et perdit dès lors totalement l'usage de ses sens, dont l'activité ne s'est reproduite que d'une manière graduée, imparfaite et avec des particularités remarquables. La vue se rétablit en peu de jours dans l'œil droit, tandis que l'œil gauche en a été privé pendant plus d'un mois; peu à peu elle s'est entièrement développée dans l'un et dans l'autre, mais actuellement le malade voit les objets doubles. L'odorat, après avoir été totalement aboli, s'est rétabli en entier du côté droit, et le malade distingue fort bien de ce même côté les liqueurs alcooliques odorantes des liquides inodores; cependant la perception des odeurs est encore moins active que du côté gauche. Le malade avait également perdu le goût, mais de manière que la moitié droite de la langue percevait très bien les saveurs, tandis que son côté gauche est privé de cette faculté; la totalité de cet organe est portée à droite, par opposition à l'hémiplégie qui existe du côté droit, et la commissure des lèvres est entraînée à gauche. L'ouïe, abolie d'abord dans l'oreille du côté de la blessure, s'est rétablie par la suite.

» La voix, qui s'était également perdue, est revenue graduellement, et il ne reste plus qu'un léger bégaiement.

» Les organes de la génération n'ont éprouvé aucune altération. Tout le côté droit avait été frappé de paralysie complète; aujourd'hui la sensibilité a reparu; les mouvements sont encore gênés, mais l'amélioration se manifeste évidemment.

» La mémoire des noms substantifs qui ont de l'analogie avec les noms propres a été totalement éteinte, et ne se reproduit aujourd'hui que très difficilement, tandis que la mémoire des images et de tout ce qui est susceptible de description est dans l'intégrité la plus parfaite. Ainsi, par exemple, le malade se rappelait très

bien la personne et les traits de M. Larrey, de qui il avait reçu plusieurs fois des soins pour diverses maladies et blessures, il le connaissait beaucoup, il le voyait toujours sous ses yeux (expressions du malade), mais il n'a jamais pu se rappeler son nom, au point qu'il le désignait par celui de M. Chose. Il avait également oublié les noms de ses proches et de ses amis. Il ne pouvait aucunement se ressouvenir des noms des diverses pièces qui composent la batterie d'un fusil, et pourtant il en faisait très bien la description.

» L'aberration mentale qui a existé chez cet officier dans le premier temps a cessé, mais tout ce qui a rapport à son amour-propre, à ses succès militaires, etc., le jette encore dans un état d'aliénation et de mélancolie profonde, tandis que les conversations qui ont rapport à sa famille, à ses proches ou à ses amis, lui rendent le libre exercice de ses facultés intellectuelles.

On lit dans les *Annales d'oculistique*, t. 20, p. 123, un fait qui a été communiqué à la Société pathologique de Londres, par M. Hugher Hewett, et dont l'issue a été fatale par suite de la blessure et d'un abcès du cerveau. Il s'agit d'une petite fille de deux ans qui fit une chute et qui se blessa avec un porte-crayon qu'elle tenait à la main. La paupière avait été traversée au-dessous de l'arcade orbitaire, et le porte-crayon, qu'on ne put extraire qu'avec beaucoup de peine, avait pénétré à deux pouces dans l'orbite. L'enfant fut pris, presque immédiatement, de phénomènes cérébraux, et mourut le sixième jour. A l'autopsie, on reconnut une lésion du lobe antérieur du cerveau et une petite cavité formant les parois d'un abcès. Il y avait une fracture de la voûte de l'orbite.

Toutes ces blessures, si graves dans leurs résultats, n'offraient cependant à l'extérieur, du côté de l'orbite, qu'une petite plaie insignifiante; aussi cette particularité me rappelle-t-elle toute la gravité des blessures étroites du globe oculaire, par des instruments piquants ou par des éclats de capsule fulminante. L'organe fonctionne encore fort bien pendant quelque temps; mais bientôt une inflammation, qui se préparait sourdement, éclate furieuse et le détruit; de même des blessures de l'orbite, pénétrant dans le cerveau, permettent au blessé de marcher, de penser et d'agir en toute liberté pendant un temps plus ou moins long, et finissent bientôt par le priver de mouvement et même par le tuer, après lui avoir fait subir les convulsions les plus atroces, le délire, le coma

et toutes les complications des inflammations de l'encéphale. Que penser d'un médecin qui, appelé à donner son avis sur les résultats d'une plaie de l'orbite, insignifiante en apparence et pourtant qui devrait produire une hémiplegie ou la mort, d'un médecin, dis-je, qui n'aurait pas eu la prudence de réserver son pronostic !

Le traitement de ces blessures étant basé sur les saignées générales et locales abondantes, comme toutes les plaies du crâne, nous n'avons point à nous en occuper autrement ici.

Plaies par armes à feu.

Ces blessures produisent dans l'orbite, comme dans les autres parties du corps humain, les effets les plus capricieux et les plus inattendus ; aussi le praticien doit-il suspendre souvent son pronostic, et appliquer le traitement le plus sévère.

On pourrait diviser ces plaies comme les précédentes : 1° en plaies intéressant les bords ou la base de l'orbite ; 2° en plaies de l'intérieur de l'orbite, ou en plaies pénétrantes. Mais les premières ayant été déjà étudiées en grande partie dans les articles précédents, et devant nous occuper encore lorsque nous étudierons les plaies du sourcil, nous ne parlerons ici que des secondes.

Les plaies pénétrantes de l'orbite peuvent se diviser en trois catégories.

1° *Plaies obliques*, dans lesquelles figureront celles qui enlèvent des éclats de la base de cette cavité, blessent ou traversent ses parois pour pénétrer ou non dans le crâne, et celles qui de l'orbite atteignent le sinus frontal, le sinus maxillaire et réciproquement.

2° *Plaies transversales*, qui comprendront les cas dans lesquels l'orbite sera pris en travers, de la tempe vers la paroi interne, et ceux où les deux orbites auront été traversés à la fois, etc.

3° *Plaies directes*, les plus graves de toutes, dans lesquelles le corps étranger, parcourant l'orbite d'avant en arrière, se dirigera vers le cerveau, etc.

Cette division, bien que très incomplète, nous permettra de classer les faits que nous trouvons partout disséminés. Basée sur les différences du trajet des corps étrangers, elle nous conduira à établir plus facilement des différences dans le pronostic. Ainsi les plaies obliques, celles du moins qui ne pénétrèrent pas dans le crâne, seront généralement moins graves que les plaies transversales, et

celles-ci moins que les plaies directes, qui occasionnent souvent des lésions du cerveau.

Dans les premières, l'œil ne sera pas toujours lésé ; il le sera presque infailliblement dans les deux autres.

Plaies obliques.

La direction des corps étrangers varie beaucoup dans ces sortes de plaies, et les blessures qui en résultent présentent nécessairement d'assez grandes différences entre elles. Il peut arriver que le blessé reçoive une balle de haut en bas, comme dans les guerres de barricades, ou bien qu'il soit incliné plus ou moins au moment où il est frappé, et que l'œil soit détruit en même temps que le plancher et le sinus maxillaire sont traversés. Si l'obliquité en dedans est plus grande encore, le sinus est épargné, mais la narine ou les deux narines sont brisées, et la balle, pénétrant plus loin dans cette même direction, produit d'autres désordres du côté opposé vers le bas de la face.

Voici des faits :

Une balle a frappé l'angle interne de l'œil gauche et est sortie au-devant de l'oreille du même côté ; une autre est entrée au-dessus de l'angle interne de l'œil droit et est sortie par l'oreille droite : dans ces deux cas l'œil fut perdu. Une balle pénétra dans la face à la partie supérieure et gauche du nez ; elle sortit au-devant de l'oreille droite, et le blessé fut atteint d'amaurose de l'œil droit ; l'œil gauche fut affecté de la même manière dans un cas où la balle entra par le côté droit du nez et sortit au-devant de l'oreille gauche.

Dans un autre cas, la balle, après avoir pénétré dans l'œil droit, sortit à égale distance de l'œil et de l'oreille gauche ; l'œil gauche fut frappé d'amaurose, etc., etc. Tels sont les cas de blessure oblique rapportés par John Thomson, d'après Mackensie. M. Baudens (1) rapporte le fait suivant :

Coup de feu sur la région de l'orbite. — Destruction de l'œil compliquée de fractures. — Extraction de l'os malaire presque entier. — Conservation des esquilles mobiles et adhérentes. — Guérison après deux mois sans issue d'esquilles secondaires :

« Le 1^{er} avril 1836, M. le capitaine M... du 2^e léger, trente-huit ans, constitution sèche, tempérament nerveux, reçut une balle

(1) Baudens, *Clinique des plaies d'armes à feu*, p. 151.