

dernières, l'artère sphéno-maxillaire fournit au périoste orbitaire l'angulaire de Winslow, la temporale et la frontale aux paupières et à la conjonctive. On sait que les veines de l'orbite qui se rendent aux jugulaires forment à elles seules un des plus riches plexus du système circulatoire. Enfin, les vaisseaux lymphatiques ne le cèdent point en nombre aux premiers; ils se rendent, les uns dans la cavité crânienne, les autres dans les ganglions pré-auriculaires et parotidiens. Cette richesse vasculaire de la région semblerait lui impliquer la conséquence d'une disposition naturelle aux phlegmasies, et cependant il n'en est rien. Soit qu'on admette avec Wardrop que les régions très pourvues de nerfs, comme l'est celle-ci, ne s'enflamment que très rarement; soit qu'on en cherche l'explication dans la disposition anatomique qui, par sa circonscription osseuse et sa division en loges ou compartiments, par des aponévroses résistantes, paraît s'opposer à la propagation de l'inflammation, toujours est-il que celle-ci est peu fréquente dans cette région.

Cependant tous les éléments anatomiques de l'orbite sont susceptibles de s'enflammer, soit isolément, soit simultanément. La division de ces inflammations est facile. Je décrirai successivement :

1° Les phlegmasies des vaisseaux, l'*angéioleucite*, la *phlébite*, l'*artérite* ;

2° Les phlegmasies du tissu cellulaire, comprenant l'*abcès phlegmoneux*, l'*abcès chronique* et l'*induration inflammatoire du tissu cellulaire* ;

3° Enfin les phlegmasies du périoste et des os, telles que la *périostite*, l'*ostéite* et leurs phénomènes consécutifs, tels que la *carie*, la *nécrose*, les *abcès* et les *fistules*.

Quant aux inflammations de la glande lacrymale et celles de la caroncule, elles seront traitées aux maladies de ces deux organes. Je n'ai point à en parler ici.

§ I. INFLAMMATION DES VAISSEaux DE L'ORBITE.

A. Angéioleucite.

Les lymphatiques de l'orbite sont, dans leur parcours, divisés en deux ordres par l'aponévrose palpébrale, ceux situés en avant de cette aponévrose, ceux situés en arrière. L'insertion fixe de

celle-ci au pourtour de l'orbite est une barrière qui s'oppose à la propagation de l'inflammation d'un ordre de vaisseaux à l'autre; aussi en résulte-t-il que cette inflammation s'observe très rarement dans la partie postérieure à cette aponévrose; et d'ailleurs existerait-elle réellement que, à cause de la profondeur de ces vaisseaux dans la cavité de l'orbite, l'absence totale de signes anatomiques rendrait le diagnostic bien difficile, pour ne pas dire impossible.

Il n'en est point ainsi de la partie antérieure de la circonférence de l'orbite. On pourra y reconnaître l'angéioleucite aux caractères suivants :

Circonstance antérieure d'un érysipèle de la face, plaies traumatiques et ulcères des paupières, ulcères spécifiques (chancres syphilitiques), présence de plaques rouges érythémateuses et de nodosités autour des paupières, cordons rosés plus ou moins apparents se rendant aux ganglions voisins; tension, puis engorgement des ganglions parotidiens, et surtout du ganglion préauriculaire situé en avant du tragus; peau luisante, légèrement œdématiée et infiltrée; douleur brûlante se faisant sentir au niveau des plaques rouges érysipélateuses; enfin, il peut y avoir retentissement sur l'économie, et alors on observera un mouvement fébrile symptomatique.

Le plus souvent l'inflammation des lymphatiques superficiels de l'orbite se termine par délitescence; elle cède aisément aux antiphlogistiques administrés dans une mesure convenable, tels que saignées locales et générales, onguent mercuriel, cataplasmes, etc. Cependant, dans certains cas, la suppuration pourra en être la conséquence, surtout si le malade se trouve sous l'influence d'un état morbide général comme l'érysipèle, la variole, etc. D'autres fois, si la phlegmasie a une grande intensité, si sa marche est rapide, l'inflammation se propage aux lymphatiques profonds de l'orbite, y détermine l'inflammation du tissu cellulaire, et donne lieu à une phlegmasie particulière que l'on désigne dans les autres régions sous le nom de phlegmon érysipélateux. Plus loin, ce phlegmon sera décrit à propos de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite.

B. Phlébite.

M. Thibaud (*Diagnostic différentiel des phlegmasies vasculaires de l'orbite*, Thèse inaugurale, 1847) cite cinq observations

de phlébite de la veine ophthalmique, et décrit de la manière suivante les symptômes de cette maladie :

SYMPTÔMES. — « Les principaux symptômes sont l'œdème des paupières et de la conjonctive ; l'exophtalmie, la conservation de la vision, et une diminution plus ou moins considérable des mouvements de l'œil.

« Les symptômes locaux sont de deux espèces ; les uns sont faciles à apprécier si la veine est superficielle (rougeur de la peau, cordon formé par le vaisseau, etc.) ; les autres servent seuls à faire reconnaître une phlegmasie profonde : ce sont la douleur dans la région correspondante et l'œdème des parties situées au-dessous du point enflammé. Nous ne parlerons que de ces derniers.

« 1° La douleur n'offre rien de particulier qui soit propre à la phlébite, car elle se retrouve avec toutes les variations dont elle est susceptible dans la phlegmasie orbitaire, l'artérite, et un grand nombre d'autres maladies.

« 2° L'œdème est le seul symptôme qui ait de la valeur ; c'est lui, en effet, qui entraîne à sa suite l'exophtalmie, sans s'opposer à la conservation de la vision. Il apparaît en même temps que la douleur et débute par la conjonctive et les paupières, c'est-à-dire qu'on l'observe tout d'abord à l'extrémité des ramifications de la veine ophthalmique. Cet œdème se manifeste aussi sous la conjonctive ; il peut être assez considérable pour venir faire saillie entre les paupières.

« Si la phlébite fait des progrès, l'œdème augmente de plus en plus ; aussi le tissu cellulaire ne tarde-t-il pas à s'infiltrer, d'où la production de l'exophtalmie. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La phlébite se distingue de l'angéioleucite par l'absence des petits cordons rouges et engorgés sur le trajet des lymphatiques, ainsi que par l'absence de l'engorgement ganglionnaire qui existe constamment dans l'angéioleucite.

Suivant M. Thibaud (*op. cit.*), la distinction de la phlébite et du phlegmon peut se faire ainsi : « Dans le phlegmon, au lieu de trouver l'œdème avec les caractères que nous avons cités plus haut, on remarque des paupières rouges, douloureuses et tuméfiées, comme si elles étaient affectées d'érysipèle (Mackensie). Dans la phlébite, il existe trois phénomènes constants : l'exophtalmie, la mobilité du globe oculaire et l'intégrité de la vision ;

tandis que dans le phlegmon il y a aussi exophtalmie ; mais, dans cette affection, l'œil a perdu sa mobilité, et l'on voit en même temps une amaurose complète. » M. Thibaud explique cette différence en disant que « dans la phlébite il y a simple infiltration du tissu cellulaire de l'orbite, tandis que dans le phlegmon c'est ce tissu cellulaire lui-même qui est enflammé. »

Le toucher, pratiqué avec soin sur les divers points de l'orbite, est encore un précieux moyen pour distinguer ces maladies. Dans la phlébite, il n'occasionne que peu ou point de douleur, tandis que dans le phlegmon, il développe une sensation insupportable pour le malade. Il sert encore à faire reconnaître que, dans la phlébite, la température de la peau est peu élevée, tandis que le contraire existe dans le phlegmon.

Lorsque les paupières sont rouges et tendues, sous l'influence d'un phlegmon peu étendu et n'occupant qu'une partie de ces voiles mobiles, le médecin peut tout d'abord hésiter, car, dans ce cas aussi, il y a un œdème conjonctival très considérable ; mais si l'on pratique le toucher exactement, ce moyen d'exploration fera bientôt reconnaître, par la douleur vive qu'il occasionne dans un point toujours le même, à quelle affection l'on a affaire.

C. Artérite.

Cette maladie est si rare et nous est encore si peu connue, qu'il serait impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de lui assigner des signes propres capables de la différencier des affections précédentes. M. Thibaud (*op. cit.*) n'en mentionne qu'un seul cas, encore l'artère ophthalmique enflammée était-elle le siège d'une dilatation anévrysmale. Cette dilatation était-elle cause ou effet de l'inflammation ? Nous l'ignorons complètement. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes reconnus par cet auteur dans ce cas particulier :

« Douleurs vives dans l'œil, le front et les tempes ; rougeur et tuméfaction des paupières, immobilité du globe oculaire, exophtalmie, dilatation et immobilité de la pupille, injection légère de la conjonctive. La main, appliquée sur le globe oculaire, n'y développe pas de douleurs ; mais elle perçoit une chaleur vive et des soulèvements de l'œil isochrones aux diastoles artérielles. L'auscultation indique l'existence d'un bruit de frottement sec très prononcé, diastolique par rapport aux battements artériels ; ce bruit ne s'entend plus hors des limites de l'orbite. »

Ne voit-on pas immédiatement que tous ces signes se rapportent à un anévrisme de l'artère ophthalmique, et non à l'artérite proprement dite? Les douleurs vives dans l'œil, le front et les tempes, la rougeur et le gonflement des paupières, l'immobilité du globe, l'exophthalmie, la dilatation et l'immobilité de la pupille, l'absence de douleurs par la pression, la chaleur de l'organe, les battements isochrones aux diastoles artérielles, j'ai observé tout cela sur des malades atteints, à n'en pas douter, de tumeur anévrismatique du fond de l'orbite. Dernièrement encore un malade, que j'ai vu en consultation avec MM. Andral et Berryer-Fontaine, présentait tous ces symptômes.

§ II. INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE DE L'ORBITE.

ÉTILOGIE. — Le tissu cellulaire de l'orbite est susceptible de s'enflammer sous l'influence des causes les plus variées. Ces causes sont locales ou générales.

Parmi les premières, on rencontre les contusions et les diverses espèces de plaies de la région, les corps étrangers, l'impression de l'air froid, la présence d'une altération organique dans le voisinage, telle que la suppuration des fosses zygomatiques ou ptérygo-maxillaires, l'inflammation chronique des os voisins, des fosses nasales, du sinus maxillaire (*voy. Observations du docteur Sovet, Ann. ocul., t. XVIII, p. 157*), diverses opérations, telles que celle du strabisme, l'extraction de la glande lacrymale, la cataracte, le phlegmon de l'œil, etc.

Parmi les causes générales, je citerai plus particulièrement les érysipèles de la face, la variole et la fièvre puerpérale; enfin, dans certains cas assez fréquents, les causes de ces phlegmasies sont complètement inconnues. La maladie se développe spontanément et avec une incroyable rapidité.

L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite est aiguë ou chronique. La première de ces formes constitue la maladie appelée *phlegmon de l'orbite*; la seconde donne lieu aux *abcès* ou à l'*induration chronique*, suivant que la terminaison de cette inflammation a lieu par l'une ou l'autre de ces formes.

A. Phlegmon de l'orbite.

SYMPTÔMES. — Le phlegmon de l'orbite débute habituellement comme celui de l'œil: ce sont d'abord des douleurs sourdes, puis tensives et pulsatives dans le fond de l'orbite, et retentissant dans

le crâne. Bientôt ces douleurs deviennent aiguës, continues, et augmentent par la pression et les mouvements physiologiques de l'œil.

Cependant l'œil se projette en avant, il y a exophthalmie, les paupières sont proéminentes, rouges et tuméfiées, un sentiment de plénitude est ressenti dans l'œil malade. Le plus souvent, ce dernier est envahi par l'inflammation; alors on observe la rougeur et l'œdème de la conjonctive oculaire, la sclérotique se vascularise, il se manifeste des symptômes d'iritis et tout le cortège physiologique de l'ophthalmie interne la plus grave et de la rétinite; le malade se plaint d'insupportable photopsie qui fait place à une cécité complète. Mais bientôt la suppuration est formée; elle soulève de tous côtés la conjonctive oculo-palpébrale et s'ouvre spontanément une issue au dehors si l'art ne vient pas en aide au malade.

J'ai observé, entre autres, avec M. le docteur Delmas, un cas des plus graves de phlegmon des deux orbites:

Phlegmon des deux orbites. — Exophthalmos. — Destruction des yeux.

Une jeune fille d'environ quatorze ans fut prise tout à coup aux deux yeux de tous les signes que nous venons d'indiquer: douleurs sourdes, tension, pulsations dans le fond de l'orbite; exophthalmos d'abord léger, puis bientôt très considérable; fièvre. Les deux yeux poussés bientôt hors des paupières font une telle saillie en avant, qu'ils ne sont plus protégés contre l'action de l'air; les cornées se troublent; une injection très vive d'abord, puis une inflammation des plus violentes s'emparent des deux yeux. De bonne heure je plonge un bistouri entre l'œil et l'orbite, je n'obtiens qu'une très faible quantité de pus; je reviens à ce moyen plusieurs fois, mais en vain, et nous avons la douleur de voir les deux yeux s'ouvrir d'eux-mêmes par la mortification des cornées. Les saignées générales et locales, le tartre stibié à haute dose, le calomel, etc., n'avaient rien fait pour enrayer cette terrible affection.

Dans certains cas, le phlegmon de l'orbite débute différemment. Ainsi il peut être le résultat de la continuité d'un érysipèle de la face; cependant ce fait est rare, car l'insertion de l'aponévrose orbito-palpébrale au pourtour de la cavité est un obstacle difficile à franchir par l'inflammation. Le plus habituellement, l'érysipèle s'arrête aux paupières et les abcès sans passer au delà.

Du reste, quelle que soit la forme du début, les symptômes

locaux et généraux sont les mêmes. Ces derniers se caractérisent par un mouvement fébrile plus ou moins intense, de l'insomnie, de l'inappétence et de la céphalalgie. Si l'inflammation est très aiguë et que rien ne s'oppose à sa marche, on ne tarde pas à voir survenir des symptômes encéphaliques, tels que le délire et le coma. Bientôt la peau devient sèche, la langue aride et saburrale; l'haleine est fétide, en un mot on observe tous les symptômes qui accompagnent les inflammations profondes si souvent suivies d'une terminaison fatale.

La marche du phlegmon de l'orbite est généralement rapide, à moins qu'il ne se manifeste chez des sujets cachectiques, et que le périoste et les os s'affectent consécutivement.

La durée est très variable. Si l'on obtient la résolution du phlegmon, ce ne sera certainement pas au delà du premier septenaire, époque de la formation du pus, et, s'il y a suppuration, celle-ci aura une durée indéterminée qui pourra varier depuis deux septenaires environ jusqu'à un ou plusieurs mois.

La terminaison peut se faire de différentes manières :

1° Par résolution ou délitescence; malgré sa rareté j'en ai observé quelques exemples. J'avais opéré une jeune fille d'un strabisme convergent par la méthode de dissection, et, pour éviter l'enfoncement de la caroncule, j'avais pratiqué deux sutures sur la conjonctive. Quelques heures après un gonflement considérable survint dans le côté interne de l'orbite et s'étendit bientôt à la paupière supérieure. On se borna à faire des applications d'eau froide jusqu'au lendemain, au moment de ma visite. A ce moment, vingt heures après l'opération, je reconnus que le tissu cellulaire de l'orbite s'enflammant dans toute son étendue, l'œil était manifestement poussé en avant, les paupières étaient distendues par un œdème, et la conjonctive formait autour de la cornée un bourrelet chémosique énorme. J'enlevai les sutures, pratiquai une saignée du bras, fis de nombreuses applications de sangsues près de l'œil, et prescrivis à l'intérieur le tartre stibié à haute dose. Pendant six jours j'eus de grandes inquiétudes; mais enfin la résolution commença, et la jeune fille guérit.

Dans d'autres cas, j'ai obtenu le même résultat après des opérations de cataracte à l'aiguille toujours suivies d'insuccès après l'inflammation qui nous occupe. M. Rognetta en rapporte aussi un exemple dans son *Traité d'ophtalmologie*, p. 639. C'est l'observation d'un jeune commis opéré en 1829 par Dupuytren d'une

cataracte par abaissement. Au troisième jour, douleurs poignantes dans l'orbite, puis exophthalmie horrible, fièvre, délire et danger de la vie jusqu'au sixième et septième jour. Ensuite déclin des symptômes, rentrée graduelle de l'œil, amaurose consécutive.

Le point de départ de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite était ici dans l'œil, et l'amaurose qui est résultée de l'inflammation des membranes internes n'a rien qui doive surprendre. Il aurait été avantageux, dans ce cas, de revoir le malade longtemps après l'opération, et peut-être eût-on observé, comme je l'ai fait dans plusieurs cas, que l'œil s'était peu à peu atrophié.

2° La terminaison par suppuration est au contraire fréquente. Quand elle apparaît, les douleurs diminuent et les malades accusent une sensation de froid, de contention, de lourdeur dans l'orbite; des frissons se manifestent, le bulbe proémine davantage et se trouve dévié d'un côté; de la fluctuation se manifeste entre l'œil et l'orbite. Si l'on renverse la paupière, on voit le cul-de-sac conjonctival tuméfié, proéminent, ayant déjà une coloration jaunâtre. Les paupières sont œdémateuses et d'un rouge bleuâtre; il y a chémosis. Enfin, l'abcès s'ouvre et verse une plus ou moins grande quantité de pus mêlé à des bourbillons de tissu cellulaire mortifié. Cette suppuration entraîne quelquefois la perte de la vision avec ou sans fonte purulente de l'œil.

Quelquefois, lorsque le phlegmon est très limité, la vision peut être conservée. (*Voy.* l'observation de M. Rognetta, *op. cit.*, p. 639.) Cependant, il y a le plus souvent amaurose symptomatique des désordres produits par l'ophtalmie interne, qui accompagne presque toujours le phlegmon orbitaire.

Quelquefois il existe, avec la suppuration de l'orbite, quelques parties mortifiées: l'abcès est alors anfractueux, les parois ne se rapprochent pas complètement, et une fistule a lieu. D'autres fois, enfin, l'inflammation ou le pus se propage par les vaisseaux dans le crâne et y produit une méningite mortelle. (*Voy.* des observations de ce genre, *Gazette méd.*, 1838, et *Arch. de méd.*, 1834.) Le pus peut aussi se faire jour dans les fosses nasales et dans le sinus maxillaire; mais cette terminaison n'a rien de bien dangereux. Enfin la suppuration peut devenir chronique et par suite donner lieu à des indurations du tissu cellulaire, dont je parlerai plus loin.

PRONOSTIC. — Il est grave, mais pas autant cependant que

semble le dire M. Stœber. Cet auteur s'exprime ainsi en parlant du phlegmon de l'orbite : « C'est une maladie excessivement grave, se terminant, soit par la mort, suite de la méningite qui se déclare, soit par des indurations partielles du tissu affecté qui donnent à l'œil une position vicieuse, et la vue reste toujours faible ou perdue. » Je n'ai jamais vu ces indurations ni les déviations consécutives du globe dont parle M. le professeur Stœber, et pourtant j'ai souvent observé le phlegmon qui nous occupe.

DIAGNOSTIC. — Au début, le phlegmon est difficile à reconnaître, et cela se conçoit : dans une région comme celle de l'orbite, qui n'est accessible que par une de ses faces, il est peu aisé de pouvoir constater la présence des signes anatomiques les plus importants, tels que la tuméfaction du tissu cellulaire et la fluctuation purulente. En outre, tous les signes qui peuvent, dans d'autres régions, servir à reconnaître ou à faire soupçonner l'existence d'un phlegmon sous-aponévrotique manquent ici, ou, ce qui est pire, peuvent facilement donner lieu à une fausse interprétation. Partout ailleurs, quoique sous-aponévrotique, le phlegmon est toujours plus ou moins accessible au toucher : dans l'orbite, il échappe à peu près complètement à ce moyen d'investigation. De plus, la présence du globe oculaire change, modifie profondément le caractère des douleurs et leur donne une physionomie telle, que l'attention se porte sur l'organe de la vue et non sur les tissus voisins.

Dans les autres régions, l'œdème et l'empâtement du tissu cellulaire constituent un signe précieux ; ici, ils sont une source d'erreurs ; en effet, l'œdème se produisant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival aussi bien que dans celui des paupières, il en résulte un chémosis qui, au début, est facilement reconnu pour être séreux, mais qui, sous l'influence de l'inflammation, peut devenir bientôt phlegmoneux. Ainsi modifié, ce chémosis peut faire croire, si l'on n'a pas suivi le malade depuis l'apparition de l'affection, à une ophthalmie purulente ou blennorrhagique ; de plus, il peut atténuer ou dissimuler l'exophthalmie lorsqu'elle est encore légère.

Le phlegmon de l'orbite se différencie des phlegmasies vasculaires, *phlébite*, *artérite*, etc., par les caractères que nous avons admis d'après M. Thibaud en parlant de ces dernières affections.

On le confondra difficilement avec les ophthalmies purulentes

malgré l'opinion contraire de quelques auteurs, si l'on a égard à ce fait qu'il y a absence de muco-pus contagieux dans la conjonctivite.

Enfin, l'absence totale de réaction fébrile sera un signe différentiel assez important pour séparer du phlegmon toutes les tumeurs de l'orbite dont le début en est ordinairement privé.

B. Abscess subaigu ou chronique du tissu cellulaire de l'orbite.

Ces abcès sont généralement bornés à un des points de l'orbite, ils n'affectent pas la totalité de la cavité, comme le fait le phlegmon, dont ils sont quelquefois une des terminaisons. Ils ont le plus souvent des caractères inflammatoires assez tranchés au début pour les différencier des tumeurs non inflammatoires. Cependant, lorsqu'on n'a pas assisté à leur origine, ces caractères peuvent manquer complètement.

Voici un exemple de ces abcès à l'état subaigu :

Un jeune homme de vingt-deux ans, d'une bonne santé habituelle, s'étant exposé à un refroidissement en s'endormant la face contre terre, vint me trouver le 19 juillet 1851, pour une douleur assez vive qu'il ressentait à la partie supérieure externe de l'orbite droit. Il y avait là une élévation assez peu marquée, accompagnée d'une rougeur assez intense, qui s'étendait jusqu'à l'angle interne de l'œil, en suivant toute la paupière supérieure. L'œil était sain, mais refoulé en dedans, et la conjonctive était atteinte d'un chémosis séreux. Ce jeune homme avait la langue sale ; il avait perdu l'appétit depuis trois jours et avait de temps en temps quelques frissons.

Le toucher, assez douloureux d'ailleurs, m'ayant fait constater de la fluctuation, je fis une ponction avec le bistouri, et il s'écoula de la plaie une certaine quantité de pus assez bien lié. Je plaçai une mèche dans l'ouverture, et le malade se guérit après quinze jours.

Il n'est pas rare de voir ces abcès présenter le caractère de chronicité tout d'abord lorsqu'ils se manifestent chez des sujets doués de constitution cachectique, comme les scrofuleux, les tuberculeux, etc. ; ou bien encore chez des sujets affaiblis par des maladies générales antérieures, telles que la variole, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, etc.

L'observation suivante, qui appartient au docteur J.-M. O'Fer-

ral, de Dublin (*Ann. d'ocul.*, t. XIX, p. 69), est un type de ce genre d'abcès.

« Une jeune fille de vingt ans, d'une bonne santé habituelle, avait eu la fièvre pendant l'automne de 1842. Depuis cette époque, elle était mal portante; ses menstrues étaient irrégulières. Elle se rétablit vers la fin de 1842, se porta bien durant six mois. A cette époque elle eut une angine; quinze jours après, s'étant exposée au froid, elle fut prise de douleurs dans le sourcil et l'œil gauche. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 4 mai 1844, elle portait au niveau de la portion orbitaire de la paupière supérieure de l'œil gauche une tumeur avec une légère rougeur de la peau, plus saillante et moins résistante dans un point. Le globe de l'œil était notablement abaissé, mais sans saillie bien prononcée. La vision était conservée.

« L'origine récente de cette tumeur nous fit supposer un abcès. Notre diagnostic fut confirmé par une ponction étroite faite sur la partie la plus saillante de la tumeur. A mesure que la cavité se vida et marcha vers la cicatrisation, le globe de l'œil reprit sa place. »

Ces abcès ont une certaine tendance à s'enkyster et à former de petites tumeurs qui mettent un temps assez long à soulever les aponévroses. Cette disposition peut les faire confondre avec les tumeurs chroniques de la région; d'un autre côté, elle les rend à peu près inoffensifs envers les organes voisins, tels que le globe oculaire, la glande lacrymale, etc. Cependant lorsqu'ils durent depuis un certain temps, surtout lorsque la suppuration s'est fait jour à l'extérieur, on ne tarde pas, disent les auteurs, à voir survenir des indurations et coarctations du tissu cellulaire de l'orbite capables d'entraîner la déviation de l'œil, ainsi que des altérations consécutives du périoste et de la vision. Mais, hâtons-nous de le répéter, tous ces désordres sont fort rares, et, quant à nous, nous ne les avons pas constatés. M. Velpeau pense comme nous, que certains oculistes ont exagéré les conséquences de ces abcès. Enfin, des cicatrisations vicieuses des bords de la plaie péri-orbitaire peuvent causer certaines déformations des paupières; de là le précepte d'ouvrir ces abcès de bonne heure et par un procédé particulier que j'indiquerai plus loin.

La *marche* de ces abcès est le plus souvent lente et leur durée indéterminée.

Leur *pronostic* a peu de gravité immédiate; mais, à cause des

effets consécutifs qu'ils peuvent produire, on doit être très réservé.

Leur *diagnostic*, dans certains cas, présente plus de difficulté que celui du phlegmon, surtout si l'on ignore les premiers phénomènes du début; aussi ne devra-t-on pas les négliger. Cependant, s'il existait encore dans un point du pourtour de l'orbite un peu de rougeur avec tuméfaction, s'il y avait dépression du globe oculaire et fluctuation ou élasticité dans le point proéminent, douleur à la pression, on aurait un ensemble de signes qui permettrait de supposer la présence d'un abcès.

C. Induration inflammatoire du tissu cellulaire de l'orbite.

Elle diffère essentiellement de l'hypertrophie simple, dont je parlerai plus loin; celle-ci se développe spontanément ou en concomitance avec le goître, l'hypertrophie du cœur, l'asthme; celle-là reconnaît le plus souvent des causes directes, comme l'inflammation suppurative de l'orbite et les lésions traumatiques; elle se manifeste surtout chez les sujets scrofuleux, dont les tissus sont souvent dépourvus de la vitalité nécessaire pour imprimer à l'inflammation une terminaison franchement résolutive ou franchement suppurative.

Les *symptômes* de l'induration inflammatoire sont faciles à reconnaître. Le fait d'une suppuration plus ou moins ancienne de l'orbite, la tuméfaction d'un point du pourtour de cette cavité, la déviation du globe oculaire du côté opposé, la douleur légère, les téguments un peu rouges au niveau de la saillie, sont les principaux phénomènes de cette affection, signalés par les auteurs. En explorant avec le doigt le bord orbitaire, on trouve une tuméfaction dure, uniforme et souvent douloureuse à la pression; les paupières sont œdémateuses et leurs veines dilatées, comme variqueuses. Les mouvements physiologiques de l'œil sont considérablement gênés.

La *marche* de cette affection est essentiellement chronique; sa *durée* est longue. Cependant il y a plus de chances pour obtenir sa résolution que lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie du tissu cellulaire. Sa présence chez les sujets cachectiques explique la difficulté qu'on a à obtenir sa résolution.

Son *pronostic* n'a rien de grave; cependant cette affection peut, selon le dire de quelques observateurs, altérer les fonctions oculaires, ce que je n'ai pas vu.

Le *diagnostic* est facile, puisque cette induration est ordinairement la conséquence des inflammations, et surtout des suppurations de l'orbite.

TRAITEMENTS DES INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE DE L'ORBITE.

Suivant que cette inflammation sera aiguë ou chronique, suivant qu'elle se présentera à telle ou telle période, les indications seront différentes. Supposons le début d'un phlegmon intense, on lui opposera aussitôt la médecine antiphlogistique la plus énergique, les saignées générales et répétées, les saignées locales, ventouses ou sangsues autour de l'orbite; le calomel à l'intérieur ou l'émétique à dose rasorienne, les frictions mercurielles belladonnées autour de l'orbite, etc.

Lorsque, au bout de quelques jours, on verra qu'il y a chance d'obtenir la résolution de la phlegmasie, on renoncera peu à peu aux moyens internes pour s'en tenir à l'usage des pommades résolutives et de quelques saignées générales ou locales tous les deux, trois ou quatre jours. Si l'on voit, au contraire, que la suppuration cherche à s'établir, les cataplasmes émollients devront être substitués à tout autre topique, et l'on cessera d'insister sur les saignées et les purgatifs.

Aussitôt que l'abcès paraîtra formé, il faudra en pratiquer l'ouverture. A défaut de fluctuation évidente, on pourra croire que le pus est rassemblé en foyer, s'il y a cinq ou six jours qu'une inflammation aiguë existe dans l'orbite, si des bosselures fermes ou légèrement tendues et si de l'empâtement se voient sur quelques points du contour de l'œil, derrière les paupières. Il vaut mieux, dans tous les cas, ouvrir de bonne heure, surtout s'il y a des phénomènes généraux de quelque gravité.

Procédé de l'auteur pour l'ouverture des abcès de l'orbite. — L'ouverture de ces abcès demande certaines précautions. On sait avec quelle facilité les plaies des paupières ou de leur voisinage déterminent des déformations préjudiciables au globe oculaire (*entropion, ectropion, etc.*). Ici il s'agit d'une plaie qui devra suppurer plus ou moins longtemps, dont les bords pourront se cicatrifier d'une manière irrégulière; il est à craindre que les paupières puissent être lésées dans leurs formes comme dans leurs fonctions. Aussi, dans le but de prévenir cet accident, j'ai l'habitude d'ouvrir ces abcès, non dans la partie la plus saillante, comme la plu-

part des chirurgiens le conseillent, mais dans un point éloigné, tel que la circonférence de l'orbite, quitte à faire une ponction sous-cutanée et un trajet un peu long. Après l'ouverture de l'abcès, une mèche est introduite dans le foyer. L'emploi des cataplasmes est continué.

Si l'abcès existe chez un sujet doué d'une bonne constitution, il est rare que la cicatrisation se fasse beaucoup attendre.

Lorsque l'abcès a une marche moins aiguë, lorsque la suppuration est longue à se produire et qu'une fois produite elle passe à la chronicité, la thérapeutique est un peu différente. Ainsi, dans la première période, celle qui précède la suppuration, on emploiera encore les antiphlogistiques, mais avec moins de vigueur que pour le phlegmon. On les mesurera aux forces du malade, qui sont ordinairement faibles dans ces cas. Une fois la suppuration formée, le pus sera évacué comme nous l'avons dit précédemment. On ne craindra pas de faire une ponction trop hâtée, puisque dans le cas où elle ne donnerait pas issue à du pus, elle serait un puissant moyen de résolution.

Lorsque la suppuration est établie, si elle se prolonge beaucoup, si une membrane pyogénique tend à s'organiser dans le foyer, si les parties voisines tendent à s'indurer, on cherchera à se rendre compte de la cause de ces phénomènes. Y a-t-il stagnation du pus, on agrandira l'ouverture; le foyer est-il profond et le trajet peu déclive, on fera pénétrer dans sa cavité, suivant le procédé d'Aug. Bérard, une petite canule en gomme destinée à faire l'office de siphon; enfin, si les parois du foyer manquaient de tonicité, de vitalité, il serait bon de les déterger, soit avec du vin aromatique, soit avec la teinture iodée, qui donnent habituellement d'excellents résultats dans les cas de ce genre.

Quand l'inflammation se termine par induration, ou, ce qui arrive plus souvent, lorsque la suppuration se tarit et qu'elle laisse après elle un noyau d'engorgement et d'induration, il est assez difficile d'en obtenir la résolution; aussi serait-il préférable, dans ces cas, de voir cette induration passer à la suppuration et donner lieu à un abcès. Quoi qu'il en soit, après avoir essayé les antiphlogistiques, on aura recours aux pommades résolutives, telles que celles à l'iodure de plomb et surtout à l'iodure de potassium. Une compression méthodique et inoffensive pour le globe oculaire sera soigneusement faite; en même temps, on soumettra le malade à un traitement général en rapport avec sa constitution.