

## § III. INFLAMMATION DES OS ET DU PÉRIOSTE.

On pensait, jusque dans ces derniers temps, que l'inflammation du tissu osseux était rare, et l'on cherchait à expliquer ce fait par le peu de vitalité de ce tissu ; mais M. Gerdy a depuis longtemps combattu cette opinion en démontrant la présence de cette inflammation dans les plaies, les contusions des os, les fractures, les caries, les périostoses, les exostoses, etc. D'après cela, on voit qu'il n'y a rien de surprenant de rencontrer aussi fréquemment les inflammations osseuses et périostales de l'orbite que celles des vaisseaux et du tissu cellulaire.

Ces inflammations affectent des formes variées qui paraissent s'enchaîner les unes aux autres. Ainsi la périostite suppurée entraîne l'ostéite, celle-ci la carie et la nécrose ; ces dernières donnent lieu à des abcès dits abcès *par congestion* ou *ossifluents* (Gerdy).

M. Nélaton définit la *carie* « une affection caractérisée par :

« 1° L'augmentation de vascularité, 2° la raréfaction, 3° le ramollissement, 4° la suppuration du tissu osseux. Suivant ce même auteur, la *nécrose* est la mortification du tissu osseux (1). »

ÉTIOLOGIE. — Les causes des phlegmasies des parois orbitaires sont locales ou générales :

Parmi les premières, nous rangeons toutes les violences extérieures, telles que contusions, plaies, fractures, dénudation des os, la présence des corps étrangers. On suppose que la cause la plus fréquente est l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite ou de la glande lacrymale et leurs abcès qui, par crainte ou par négligence, n'ont pas été ouverts. Dans quelques cas une violente inflammation du globe oculaire peut s'étendre non seulement aux parties molles environnantes, mais aussi au périoste et aux os. Je suis loin de rejeter ces dernières causes, mais cependant je suis porté à croire que les phlegmons et abcès aigus de l'orbite sont plus fréquemment la conséquence des inflammations des parois orbitaires qu'ils n'en sont la cause. Certaines phlegmasies du sac lacrymal peuvent aussi être la cause ou l'effet d'une altération des os de cette partie de l'orbite. Enfin, signalons les inflammations chroniques des parties voisines, telles que celles des sinus sous-maxillaires

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1844, t. I, pag. 598.

(Voyez l'observation du docteur Sovet, *Annales d'oculistique*, t. XVIII, pag. 159), des sinus frontaux, sphénoïdaux, et surtout les altérations syphilitiques tertiaires de l'ethmoïde.

Parmi les causes générales ou internes, nous placerons les diathèses ou cachexies scrofuleuses, tuberculeuses (tubercules des os), syphilitiques (accidents tertiaires), enfin le scorbut.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les inflammations du périoste et des os de l'orbite ont des phénomènes si obscurs dans la première période de leur existence, que le plus souvent on les reconnaît longtemps après leur apparition lorsqu'ils ont produit des accidents consécutifs, tels que les abcès symptomatiques et leurs fistules. La *douleur* de l'ostéite a quelque chose de particulier ; elle a été bien étudiée par M. Gerdy, qui s'exprime ainsi à ce sujet : « On sait, dit-il, que les os gonflés et malades souffrent comme les parties molles enflammées, et surtout pendant la nuit ; mais on croit trop généralement qu'ils ne souffrent qu'à ce moment ; ils souffrent aussi pendant le jour. Il est possible d'ailleurs qu'ils ne souffrent pas du tout ou qu'il n'y ait de douleurs que dans les parties molles voisines... » Suivant le même auteur, on pourrait aussi constater une élévation de température en palpant avec soin un endroit où se trouve un os enflammé ; mais ceci ne serait possible que pour le contour seul de l'orbite. (Voy. Nélaton, *op. cit.*)

Lorsque l'ostéite se termine par résolution, peu à peu la douleur cesse, les parties molles qui entourent l'os se dégorgent, la tuméfaction profonde diminue d'abord et disparaît complètement au bout d'un temps le plus souvent très long. Mais lorsque par un traitement convenable on ne parvient pas à enrayer l'inflammation de l'os, on voit ordinairement survenir les accidents que nous avons signalés, tels que la carie, la nécrose et les abcès. Ces derniers sont de deux espèces : les uns se forment dans le tissu cellulaire de l'orbite et sont le résultat de son inflammation (phlegmon de l'orbite) ; ce sont les abcès *circonvoisins* de M. Gerdy ; les autres ont pour point de départ les tissus osseux et périostiques altérés (abcès *ossifluents* du même auteur) ; tantôt ils se forment dans la cavité orbitaire même, tantôt ils s'échappent de cette cavité pour aller s'ouvrir dans des points éloignés, à la manière des abcès par *congestion* des autres régions.

Suivant le siège qu'occupe l'inflammation des parties de l'orbite, il existe des phénomènes assez différents les uns des autres

pour qu'il soit nécessaire de les étudier séparément. Je décrirai donc successivement :

- 1° L'inflammation du pourtour de la base de l'orbite;
- 2° Celle des parois;
- 3° Celle du sommet.

A. Inflammation du pourtour de la base de l'orbite.

J'ai remarqué avec Chélius et Mackensie que c'est la partie inférieure de l'angle externe de l'orbite qui est le plus fréquemment affectée. Cela tient sans aucun doute à sa position, qui la rend facilement accessible aux violences extérieures. En effet, la cause occasionnelle de cette inflammation est habituellement une chute ou un coup sur cette région. S'il s'agit d'un enfant dont la constitution soit lymphatique et surtout strumeuse, il survient bientôt, dans la portion malaire de l'orbite, de la douleur, de la rougeur, puis un peu de saillie des tissus et de la fluctuation. La paupière inférieure devient œdémateuse, la conjonctive rougit, il y a de la photophobie, et la fièvre se déclare; bientôt la saillie devient d'un rouge obscur, elle s'élève, s'ouvre et verse un pus d'abord de bonne nature, mais ensuite séreux et sanieux.

L'ouverture qui s'est ainsi faite spontanément est contiguë au bord de l'orbite et au bord adhérent de la paupière; la tumeur s'affaisse, mais ne s'efface pas entièrement; les téguments environnant l'ouverture restent rouges et sont excoriés par la suppuration. La plaie devient fistuleuse, souvent elle est entourée par des granulations fongueuses, le stylet explorateur rencontre un os dénudé, inégal. Quelquefois les os s'exfolient, se carient, se nécrosent, et enfin après plusieurs mois, et même plusieurs années, les parties se réparent, la fistule se ferme, et, dans ce travail de guérison, la peau devient adhérente au périoste et présente une cicatrice profondément déprimée avec un raccourcissement plus ou moins prononcé de la paupière, accident que l'on a appelé *lagophthalmie*; il peut y avoir en même temps un renversement de la paupière en dehors, ou *ectropion*.

D'après cette description, on voit que Mackensie a eu raison d'admettre quatre périodes dans le cours de cette affection de l'orbite : 1° la période d'inflammation pure, 2° celle d'abcès, 3° celle de fistule, 4° celle de déformation de la paupière.

J'ai vu bien des fois l'inflammation qui nous occupe; je ne

rapporterai qu'un fait, parce qu'il est à peu près semblable à tous les autres :

Un garçon de quinze ans me fut présenté le 10 juin 1848; il avait à la paupière inférieure, à peu près vers le centre du bord orbitaire, une tumeur de la grosseur d'une noisette, mal circonscrite, fluctuante et peu douloureuse. La pression n'y développait qu'une sensation obtuse et ne faisait pas reculer le petit malade; mais elle permettait de constater une inégalité évidente de l'os. J'ouvris l'abcès le plus bas possible, bien au-dessous de son centre, et le stylet me fit constater une carie peu étendue. Des mèches furent introduites dans l'ouverture pendant trois mois et demi, et des injections furent régulièrement pratiquées, tantôt avec de l'eau pure, tantôt avec de l'eau chlorurée. Enfin, le 15 octobre, le stylet m'ayant fait constater la présence d'un séquestre mobile, j'agrandis la plaie avec le bistouri et je l'enlevai. La portion d'os nécrosée n'avait guère plus de cinq à six lignes de longueur sur deux et demie environ de hauteur. Une semaine plus tard la plaie était fermée, et j'eus la satisfaction de reconnaître que la paupière ne serait pas déformée, grâce au lieu que j'avais choisi pour la ponction de l'abcès.

Voici un autre exemple à peu près semblable de nécrose du bord orbitaire observé par M. le docteur Cunier à l'Institut ophthalmique de Bruxelles. (Voy. *Annales d'oculistique*, t. VII, p. 8.)

« Il s'agit d'un enfant de dix ans, scrofuleux, qui avait reçu un coup à la partie externe et inférieure de l'orbite; il n'avait commencé à en souffrir que plusieurs mois plus tard. Lorsque je le vis pour la première fois, le 15 juillet, il existait dans l'angle externe une tumeur fluctuante que j'ouvris par la conjonctive. Un pus abondant mêlé de sang s'en écoula; l'introduction du stylet me démontra qu'une portion du rebord orbitaire était vacillante. Le lendemain, je fus assez heureux pour la saisir avec les pinces et la détacher; elle était longue de 4 lignes sur 2 de hauteur, et entièrement nécrosée. Après sept jours la plaie conjonctivale était fermée. La dépression de l'angle externe, assez prononcée d'abord, s'est effacée au point que la difformité est insignifiante. »

Après le segment externe du pourtour de l'orbite, *l'interne* est celui qui s'affecte le plus souvent. S'il n'a pas, comme le précédent, une position qui l'expose aux chocs extérieurs, il a, en revanche, à sa partie inférieure du moins, une fragilité de tissu telle

qu'il est très accessible à la phlogose. De plus, le voisinage du sac lacrymal l'expose aussi à des inflammations par continuité de tissu, qui dégèrent fréquemment chez les scrofuleux en une carie extrêmement difficile à guérir. Dans ce dernier cas, si l'on n'y fait soigneusement attention, on confondra facilement l'abcès symptomatique de la carie avec la tumeur lacrymale simple.

#### B. Inflammation des parois orbitaires.

Elle présente des phénomènes qu'on ne rencontre pas dans celle du pourtour.

Ces phénomènes consistent dans la propagation de la phlogose des parois aux organes orbitaires et dans la migration du pus vers les cavités voisines.

Si c'est la paroi *inférieure* qui est enflammée, la carie et la perforation pourront en être la conséquence; de là irruption du pus dans le sinus sous-maxillaire et accidents consécutifs plus ou moins graves.

J'ai vu chez une femme un exemple de ce genre bien remarquable; le voici en abrégé :

*Carie de la paroi inférieure de l'orbite, issue du pus dans le sinus maxillaire et de là dans la bouche, au moyen de l'avulsion d'une dent.*

Une femme d'environ vingt-cinq ans, chétive et scrofuleuse, se nourrissant mal, fut prise, au moment où elle se portait le mieux, et sans symptômes précurseurs, d'une violente douleur au-dessous de l'œil gauche, s'irradiant de là à toute la face. Deux jours après, lorsqu'elle vint me trouver, je constatai en cet endroit la présence d'une certaine quantité de pus, et j'ouvris la peau assez largement.

Il sortit de cette ouverture du pus sanieux, mal lié et venant certainement des os. J'introduisis un stylet dans la plaie et je constatai à la fois une carie de la paroi inférieure de l'orbite, et la communication avec le sinus maxillaire, dans lequel il y avait beaucoup de pus. J'introduisis pendant quelques jours une mèche dans le foyer, puis je me décidai à pratiquer l'avulsion de l'avant-dernière molaire pour faire communiquer le sinus avec la cavité buccale. Cette petite opération réussit bien : le pus de l'orbite trouva ainsi une issue favorable, et la guérison put s'effectuer après deux mois. Un bouchon de charpie appliqué dans l'alvéole pou-

vait à volonté empêcher l'écoulement continu du pus dans la cavité buccale.

Lorsque l'inflammation s'empare de la paroi *interne*, qui fait partie d'os extrêmement fragiles, comme le sont la face externe de l'unguis et l'ethmoïde, elle peut causer des délabrements considérables dans cette région. En voici un exemple qui s'est terminé d'une manière favorable :

*Inflammation de la paroi interne de l'orbite, carie de l'ethmoïde et de l'unguis. — Guérison.*

M. L..., vingt-neuf ans, sous-officier de l'armée française, se présente à ma consultation le 30 juin 1850.

Ce malade me transmet les renseignements suivants sur son état antérieur : « Le 8 mai dernier, au moment où je me portais parfaitement, une vive douleur se fit sentir *tout à coup* dans les dents, la tempe et l'œil du côté droit de la face. Quelques instants après, l'œil et les parties voisines rougirent et se tuméfièrent. Malgré un traitement antiphlogistique énergique employé au début, le médecin constata, quelques jours après, un abcès de l'orbite qui faisait saillie à la partie moyenne du bord adhérent de la paupière inférieure droite. Cet abcès, ouvert avec une lancette le 23 mai 1850, donna issue à une grande quantité de pus; celui-ci n'a pas cessé de couler depuis ce jour. »

Aujourd'hui, 30 juin, je constate les symptômes suivants : les paupières sont saines, quoique un peu rouges, et poussées en avant par le globe oculaire, qui fait une légère saillie; la supérieure a une tendance à rester abaissée. Une ouverture fistuleuse, bourgeonnante, existe dans le point indiqué plus haut; à cet endroit, les téguments sont fixés à l'os malaire, qui est sain. Un stylet pénètre sous le globe à une profondeur de plus d'un pouce d'avant en arrière et de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la paroi formée par l'ethmoïde et l'unguis; en appuyant légèrement, on fait avancer l'instrument dans un tissu osseux fragile dont la pénétration donne la sensation ordinaire de la carie. Il arrive ainsi jusque dans la fosse nasale droite à la hauteur du cornet supérieur, où je constate sa présence avec un second stylet introduit par la narine correspondante. Une injection aqueuse, pratiquée par la fistule, déterge une grande quantité de pus et s'échappe par la narine et le pha-

rynx. Une autre injection, poussée par les points lacrymaux, ne pénètre point. Il en est de même du stylet de Méjean; cependant il n'existe pas de larmolement; la vision est confuse, mais cela tient sans doute à un peu d'anesthésie de la rétine causée par l'occlusion de l'œil.

Au moyen d'un stylet introduit par la fistule interne, j'ébranlai et brisai une partie de l'unguis et de l'ethmoïde en les repoussant dans les fosses nasales, cela dans le but de détruire les parties d'os malades et de pratiquer un passage plus grand à la suppuration.

Le lendemain, le malade eut une légère hémorrhagie nasale et rendit un morceau d'os de la dimension d'une dent incisive. J'introduisis une mèche dans la fistule, et j'engageai l'exercice de l'œil malade en cachant le sain.

Le 2 juillet, la mèche ne put être introduite qu'à une petite profondeur.

Le 6, la fistule se ferma spontanément; mais il survint bientôt une violente céphalalgie hémicranienne droite; en même temps l'œil rougit et la paupière inférieure devint très volumineuse.

Cet état persista et progressa pendant quinze jours, après lesquels la cicatrice de la fistule se rompit pour donner issue à du pus et à un peu de sang. Huit jours après, la fistule s'était cicatrisée de nouveau.

Depuis ce moment, M. L... a continué à moucher du pus; quatre morceaux d'os nécrosés appartenant à l'ethmoïde sont sortis à différentes reprises, et aujourd'hui, 4 août, l'œil a repris à peu de chose près sa forme et son aspect normal, la vision est rétablie; le mucus nasal seul contient un peu de pus.

J'ai revu ce militaire dix-huit mois après; il était parfaitement guéri et ne se plaignait d'aucune incommodité; son œil ne larmoyait pas. Je regrette de n'avoir pas pensé à faire une injection dans les conduits lacrymaux.

Les caries de la *voûte* de l'orbite sont assez fréquentes; j'en ai rencontré plusieurs cas, plus particulièrement sur des vieillards, sans avoir pu connaître la cause de cette maladie.

Chez les malades que j'ai observés, le début de l'affection a toujours été le même: une douleur des plus vives les saisit presque toujours tout à coup, sans symptômes précurseurs, et ne cesse pas jusqu'au moment où un abcès s'est formé et a été ouvert. La rougeur de la peau devient vive et prend très souvent une couleur éry-

sipélateuse; les paupières, gonflées outre mesure, s'infiltrèrent de sérosité; un chémosis séreux se forme, et si le médecin est appelé à ce moment, il se hâte de recourir aux moyens généraux convenables pour abattre la fièvre, qui est ordinairement fort intense. Enfin, la peau s'élève encore, une fluctuation manifeste est constatée, et c'est alors, au moment d'ouvrir, qu'il est bien important de ne pas oublier que l'on doit pratiquer la ponction le plus loin possible de la paupière, pour éviter plus tard un ectropion par raccourcissement de la peau.

Ce qui m'a frappé le plus dans ces abcès symptomatiques d'une carie de l'orbite, c'est la rapidité avec laquelle ils débutent et l'intensité des symptômes qu'ils présentent. Ne peut-on pas raisonnablement admettre que l'inflammation de l'os marchant d'abord avec lenteur, pousse peu à peu le périoste qu'elle enflamme et distend, et que le liquide venant à se faire jour tout à coup dans le tissu cellulaire de l'orbite, celui-ci s'enflamme avec rapidité, comme nous l'avons vu dans le phlegmon orbitaire? Quoi qu'il en soit, voici une observation dont je n'ai vu ni le début ni la fin, et dans laquelle les choses paraissent avoir marché de cette manière:

*Carie de la voûte de l'orbite gauche, avec fistule durant dix-huit mois. — Guérison.*

En mars 1850 lord G...., âgé d'environ cinquante ans, d'une très forte constitution, est pris tout à coup d'une vive douleur dans la région orbitaire gauche. Un gonflement assez considérable survient, les paupières rougissent et semblent être frappées d'érysipèle. Un médecin homœopathe est appelé et prescrit des cataplasmes, des lotions avec de l'eau de sureau, et une médication interne selon ses convictions. Un abcès se forme, et le médecin l'ouvre assez près du sourcil, dans le repli naturel que forme la paupière supérieure. Du pus s'écoule en grande quantité, puis peu à peu la peau s'affaisse, se rapproche des os, et une fistule s'établit. Trois mois se passent pendant lesquels le malade se borne à se laver avec l'eau de sureau, et à essuyer à tout instant le pus qui ruisselle sur son œil et sur son visage.

Après ces trois mois je vois le malade, et tout aussitôt, ce qui n'avait pas été fait jusque-là, j'introduis un stylet dans la fistule, je le fais pénétrer jusque très près du sommet de l'orbite, et je constate que la voûte est cariée dans une grande étendue.

Je pronostique une durée fort longue, et je propose des injections détersives dans la cavité avec introduction d'une mèche, ce qui est accepté. Le pus étant très abondant et salissant le visage du malade, je renouvelle le pansement deux fois par jour.

Le malade, pendant son long traitement, a été rencontré chez moi par un bon nombre de confrères et tous l'examinèrent, reconnurent le mal et approuvèrent le traitement. Quelques uns me conseillèrent d'employer quelques moyens plus actifs, tels que les injections iodées, vineuses, cantharidées, etc.; mais je n'y consentis pas, retenu par les observations interminables et les frayeurs de l'entourage du malade. Sa santé était bonne, lui-même acceptait une durée plus longue, pourvu qu'il ne risquât aucune inflammation, et partant aucun danger. Je continuai donc à introduire la mèche, en faisant des injections avec le chlorure d'oxyde de sodium au 1/16, moyen qui m'avait été conseillé par M. le docteur Jolly, membre de l'Académie de médecine. Quinze mois se passèrent ainsi, et je remarquai que peu à peu la profondeur du trajet fistuleux diminuait, et qu'une amélioration notable, quoique lente, survenait de jour en jour. Un seul pansement me parut nécessaire; je le fis pendant quelque temps, puis le malade partit pour l'Angleterre, où il passa deux mois sans faire aucun pansement. La fistule diminuait toujours; MM. Wardrop et Syme conseillèrent de ne rien faire; de retour à Paris, lord G.... appela son médecin: des injections d'iode furent faites alors, et la guérison survint enfin. Je note ici, comme simple remarque, que le malade ayant achevé sa guérison sans se soumettre à un pansement, croit encore aujourd'hui que les mèches que j'avais dû introduire pendant tant de mois dans sa fistule l'avaient entretenue, au lieu de la fermer. Mais qu'importe l'avis du malade, il est évident pour tout le monde que les mèches et les injections se sont opposées au séjour du pus dont l'odeur était souvent insupportable; qu'elles ont modifié heureusement les tissus malades et diminué de profondeur le trajet fistuleux, qu'elles ont enfin arrêté la carie et déterminé la guérison définitive.

J'ai revu depuis ce malade, et j'ai constaté un enfoncement médiocre de la peau au-dessous du sourcil et une cicatrisation parfaite.

Mackensie a rencontré plusieurs fois aussi des caries de la voûte de l'orbite: « Presque tous les sujets affectés de cette inflammation chronique, dit cet auteur (*loc. cit.*), étaient des vieillards in-

capables d'assigner aucune cause à cette inflammation. Chez un vieillard malade à l'hôpital ophthalmique de Glasgow, l'un des orbites d'abord, puis l'autre après la guérison du premier, devint malade. Chez un individu il se produisit un tel raccourcissement de la paupière, que l'œil restant incomplètement ouvert s'enflamma et qu'un abcès se forma dans la cornée. »

L'inflammation des parois orbitaires n'a pas toujours son point de départ dans l'orbite lui-même, mais quelquefois dans les tissus, cavités ou organes voisins.

En voici un exemple recueilli par le docteur Sovet (voy. *Annales d'oculistique*, t. XVIII, p. 159). La voûte orbitaire s'est trouvée nécrosée à la suite d'une carie dentaire et d'un phlegmon du globe et de l'orbite :

*Carie dentaire; inflammation du sinus maxillaire; phlegmon du tissu cellulaire orbitaire et du globe oculaire. — Nécrose consécutive de la paroi supérieure de l'orbite.*

« Il s'agit d'un prêtre âgé de quarante ans qui fut pris subitement de douleurs intenses qu'il rapportait à la dernière grosse molaire de la mâchoire supérieure gauche, et qui s'irradiaient dans tout le côté de la face. La dent cariée fut arrachée avec quelques fragments d'alvéole. Quinze jours après, des douleurs obtuses se manifestèrent dans l'alvéole ainsi que dans toute la mâchoire correspondante, et de temps en temps un écoulement d'un liquide incolore et d'odeur nauséabonde, avait lieu par le vide laissé par l'extraction. Bientôt les douleurs s'étendirent vers le nez et l'orbite, et parfois, lorsque M. le curé se baissait, un liquide, semblable à celui qui s'écoulait par l'alvéole, s'échappait de la narine gauche.

« Dans le courant de juillet, il se déclara tout à coup une névralgie sous-orbitaire des plus intenses. En même temps le globe oculaire gauche était proéminent, les paupières tuméfiées, tendues, rouges et immobiles; il y avait cécité, épiphora, frissons, fièvre intense, délire même. Cinq jours après, un pus abondant et extrêmement fétide s'échappait du bord supérieur de l'orbite, en même temps, entre les paupières et par la narine gauche; le globe oculaire était fondu.

« Une autre issue s'observait à la partie inférieure et interne de l'orbite; le stylet, légèrement enfoncé dans l'alvéole, ne pénétrait

pas au delà et ne rencontrait que des tissus mous. Introduit par les ouvertures fistuleuses, il frappait sur des surfaces irrégulières et osseuses.

« Quelque temps après, un séquestre du volume d'un pois aplati, offrant une face lisse et convexe et une face postérieure irrégulière, s'échappa par l'ouverture pratiquée vis-à-vis du bord orbitaire supérieur. Bientôt toutes les ouvertures se fermèrent, l'œil s'atrophia et offrit un moignon qui permit l'usage d'un œil artificiel. »

#### C. Inflammation du sommet de l'orbite.

On comprend que l'inflammation osseuse sera beaucoup plus grave quand elle atteindra la partie postérieure de l'orbite où le tissu cellulaire environne immédiatement le nerf optique, au lieu des parois orbitaires. En effet, le pus qui se forme dans cette partie tend à pousser l'œil en avant, hors de sa place naturelle, et à faire issue soit à l'intérieur du crâne, soit en dehors de l'orbite.

Assez souvent le globe oculaire est désorganisé par l'inflammation, en même temps qu'il est chassé de l'orbite; quand cela n'arrive pas, la vision est fortement compromise, souvent même à jamais anéantie, parce que le pus, cessant de produire l'exorbitisme, comprime le nerf optique dans le sens de sa longueur.

Cette inflammation du sommet de l'orbite ne se borne pas à compromettre la vision, elle menace aussi la vie; ainsi Mackenzie a vu un abcès profond de l'orbite devenir mortel sur un malade qui présenta pendant deux jours des phénomènes de compression du cerveau.

On s'attendra, dans ces cas, à voir le périoste et les os de l'orbite présenter des altérations graves, surtout si le pus séjourne dans les parties et que la maladie se prolonge; mais outre que l'on n'est pas certain de la formation du pus dans un endroit aussi profond, on n'ose pas toujours aller l'y chercher avec le bistouri, dans la crainte de produire quelques regrettables désordres.

Dans l'inflammation du sommet, de même que dans les autres parties de l'orbite, la carie est une conséquence ordinaire; et le pus cherche à se frayer une sortie extérieure en déterminant un trajet fistuleux. Cependant il peut arriver, à cause de la profondeur de la lésion, surtout si celle-ci siège dans l'os sphénoïde au niveau de l'endroit où il donne passage au nerf optique ou aux autres nerfs de l'orbite; il peut arriver, dis-je, que l'amaurose

surviene avant toute apparence de suppuration, et que la mort même puisse avoir lieu avant qu'on aperçoive aucune marque extérieure de la lésion osseuse.

*La marche des inflammations des os et du périoste de l'orbite est généralement lente et leur durée assez longue, surtout si elles siègent dans un point profond de l'orbite favorable à la stagnation du pus et peu accessible au chirurgien.*

*La terminaison la plus habituelle de ces affections est sans contredit la suppuration avec carie ou nécrose de la partie malade; cependant on croit que la résolution peut quelquefois avoir lieu de la même façon que dans les autres tissus. Dans les cas d'inflammation intense ou de migration du pus dans la cavité crânienne, on a vu l'inflammation s'emparer du cerveau et de ses membranes et la mort en être la conséquence. Enfin, il arrive fréquemment qu'après la cicatrisation des fistules orbitaires de longue durée les paupières se raccourcissent, se renversent en dehors, et deviennent incapables de se fermer complètement; il y a *lagophthalmie*. Cette dangereuse déformation ne tarde pas à causer l'inflammation de l'œil et souvent sa perte totale si l'on n'y remédie pas par une opération.*

*Le pronostic varie suivant qu'il s'agit d'un adulte sain, chez lequel l'affection des os est le résultat d'une lésion traumatique, ou d'un sujet scrofuleux, syphilitique, scorbutique, etc. Dans un cas la guérison pourra être assez rapide, dans l'autre elle sera difficile et entraînera certainement des lésions considérables.*

*La déformation si fréquente des paupières capable de causer la perte de l'œil, la possibilité des phlegmons orbitaires et oculaires, ainsi que celle des phlegmasies méningées et cérébrales, sont autant d'accidents qui rendent dans certains cas le pronostic extrêmement grave.*

**DIAGNOSTIC.**— L'ostéite et la périostite peuvent être confondues avec un engorgement chronique des tissus voisins; en effet, nous savons combien il est facile de croire à la tuméfaction des os, lors même que ceux-ci ont leur volume normal, quand les parties voisines sont engorgées. En outre, de quelles difficultés l'exploration de la cavité orbitaire n'est-elle pas entourée? Cependant, si l'on se souvient que souvent des douleurs sourdes précèdent longtemps à l'avance la formation du pus, que ce dernier se développe d'une

manière lente et graduelle, qu'il suit des trajets plus ou moins éloignés pour se faire jour à l'extérieur, et enfin si l'on a égard à la constitution du malade, il sera possible dans un assez grand nombre de cas d'arriver à un diagnostic sinon certain, du moins probable.

On se gardera bien d'oublier toutefois que ces douleurs sourdes, que l'on considère généralement comme le signe précurseur de la formation du pus, n'existent pas toujours, et que l'affection éclate à l'état sur-aigu au moment même où le malade se trouve dans le meilleur état de santé. Nous avons rapporté plus haut (voy. p. 183 et 185) deux observations dans lesquelles rien ne pouvait faire pressentir une affection de cette nature. Ainsi, qu'un malade soit pris tout à coup, sans aucun symptôme précurseur, d'une douleur insupportable dans l'orbite, accompagnée de rougeur et de tuméfaction de la peau, et bientôt suivie d'abcès, on devra craindre non le phlegmon du tissu cellulo-orbitaire idiopathique, mais ce même phlegmon symptomatique d'une ostéite ou d'une périostite. Le stylet, d'ailleurs, et, à son défaut, comme cela arrive quelquefois pour les inflammations du sommet, la coloration du pus, la durée de la maladie, éclaireront suffisamment le diagnostic.

TRAITEMENT. — Il varie suivant les périodes de la maladie. Dans la première, celle qui précède la formation du pus, on aura recours aux antiphlogistiques dans une mesure proportionnée à l'intensité de la phlegmasie et à la constitution du malade. Mackenzie conseille l'incision du périoste enflammé aussitôt que les symptômes indiquent suffisamment la nature et le siège de l'affection. Je doute que cet auteur ait pu mettre souvent ce conseil en pratique. Si la constitution est scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique, les médications spéciales à ces diverses cachexies pourront être d'un grand secours.

On appliquera à la deuxième période, celle des abcès, ce que nous avons dit à propos des abcès de l'orbite, sur le moment de les ouvrir et le lieu d'élection de l'ouverture.

Dans la troisième période, celle des fistules symptomatiques de carie et de nécrose, on aura soin de faciliter la sortie du pus, soit à l'aide de mèches, soit à l'aide d'injections détersives, soit encore au moyen d'une contre-ouverture, comme nous l'avons fait chez notre malade M. L..., dont nous avons cité l'observation page 183, et chez la femme atteinte d'une carie avec communi-

tion dans le sinus maxillaire, et chez laquelle l'avulsion d'une dent a été nécessaire. (Voy. p. 182.)

Si l'on voulait agir directement sur l'os malade, on pourrait avoir recours aux injections iodées, dont on a retiré d'assez grands avantages dans les ostéites et caries en général (1); cependant, je crois qu'il faut être prudent en employant ce médicament dans la région orbitaire, et cela à cause du voisinage des méninges, du moins dans les inflammations du sommet. Ensuite, l'usage du liquide iodé déterminant habituellement une induration du tissu cellulaire environnant les parties malades, on a quelque peine à en obtenir la résolution.

Mackenzie conseille l'emploi du nitrate d'argent appliqué sur l'os malade, soit avec le crayon, soit avec une injection. Suivant cet auteur, son effet est de nécroser la portion d'os cariée et de déterminer la séparation des parties mortifiées. J'ai employé ce moyen et je l'ai trouvé long et infidèle. Une fois la nécrose constatée, on cherchera à favoriser l'expulsion des séquestres.

Si le trajet fistuleux n'est pas assez grand, on l'élargira, soit à l'aide du bistouri, soit au moyen de tentes de charpie de volume gradué. Dès qu'on pourra juger (ce qui est très difficile) que toute la portion osseuse malade a été éliminée, on supprimera l'usage des mèches de charpie et la plaie ne tardera pas à s'oblitérer. La prudence exige, toutefois, que l'on continue le pansement le plus de temps possible.

La quatrième période comprend les déformations des paupières, déformations qui varieront selon l'étendue, la durée et le lieu de l'affection des os qui les aura produites. Le chirurgien, dans quelques cas de déformations semblables, accompagnées de fistules suppurantes et devant longtemps encore tarder à se fermer, ne devra pas rester inactif si l'œil s'enflamme parce qu'il est trop découvert, ou que l'on ait à craindre plus tard cette grave complication.

Si la paupière est entraînée vers la fistule, et qu'elle s'y engage de plus en plus par le fait de la suppuration, il faut se hâter de la repousser vers l'œil, qu'elle doit protéger. Voici le moyen très simple que, dans plusieurs cas semblables, j'ai employé avec succès : j'isole la fistule en incisant la peau par deux traits de

(1) Voy. les comptes rendus de la Société de chirurgie, *Gazette médicale*, 1851-1852.

bistouri qui se rejoignent; je fais glisser la lèvre inférieure de la plaie que je viens de faire par-dessus le trajet fistuleux, jusqu'à ce que l'œil soit largement couvert, et de manière à redresser complètement la paupière renversée; puis je fais à la peau, au niveau de la fistule, une boutonnière assez large qui doit être fixée en cet endroit, autour de la fistule, par des points de suture. Les lèvres de la première plaie sont réunies, par première intention, au moyen de serre-fines ou d'une épingle, et il résulte de cette petite opération que l'œil se trouve protégé convenablement par les paupières, que la difformité a disparu, et que la fistule continue comme par le passé de donner du pus, mais à travers une partie de la peau plus éloignée de l'œil.

Toutefois cette petite opération n'est pas toujours applicable, et doit faire place aux procédés indiqués à l'article *Ectropion*, soit parce que la peau a suppuré dans une trop grande étendue, soit parce que la fistule étant depuis longtemps fermée, l'œil se trouve protégé par une sorte d'allongement de la face muqueuse de la paupière renversée et du rapprochement de la paupière saine. Mackenzie a fort bien décrit le mécanisme de ce bienfait de la nature: « En général, dit cet auteur (*loc. cit.*), la *lagophthalmie* se répare en partie spontanément par un relâchement de la paupière rétractée, qu'amène lentement l'action naturelle de l'orbiculaire des paupières. C'est une chose curieuse que de voir jusqu'à quel point la paupière qui est libre parvient à suppléer au défaut d'action de la paupière adhérente, tant pour lubrifier le globe oculaire que pour le protéger contre l'entrée des corps étrangers. Par exemple, la paupière supérieure étant fixée à la voûte de l'orbite, lorsque l'œil est ouvert, le globe se trouve découvert plus que de coutume dans une partie de son étendue en haut; dans le clignement, la paupière supérieure ne pouvant s'abaisser au-devant de l'œil, la paupière inférieure, qui la supplée, se porte en haut de manière à la joindre et à recouvrir l'œil presque entièrement. Malheureusement cette action musculaire ne peut s'accomplir que lorsque le malade est éveillé. »

Ce savant praticien aurait pu ajouter que l'œil se trouve surtout protégé par les végétations sarcomateuses et l'hypertrophie considérable de la conjonctive, exposée à l'air par le raccourcissement de la peau.

Les déformations des paupières à la suite des caries de l'orbite présentent diverses conditions étudiées ailleurs; je renvoie aux

articles *Entropion* et *Ectropion* la description des méthodes opératoires auxquelles on doit recourir après la guérison parfaite des os et des fistules.

## ARTICLE VIII.

### DES TUMEURS DE L'ORBITE EN GÉNÉRAL.

Quand on considère la petite étendue de la région orbitaire, on est frappé d'y rencontrer un nombre aussi varié de tumeurs que celui qu'elle présente; cependant ceci paraîtra moins surprenant si l'on a égard au nombre considérable d'éléments anatomiques et d'organes variés qui y sont contenus, ainsi qu'au voisinage de cavités nombreuses qui, de leur côté, peuvent donner naissance à ces tumeurs.

Pour nous rendre compte du siège des tumeurs de l'orbite, de leurs phénomènes, et de la manière dont on doit les attaquer par les divers procédés chirurgicaux, il nous a semblé utile de faire précéder leur étude d'une description succincte des aponévroses de la région. Cette courte analyse nous paraît d'autant plus nécessaire que ces sortes de cloisons fibreuses jouent le principal rôle dans l'évolution de ces tumeurs.

#### *Aponévroses de l'orbite.*

La cavité orbitaire présente dans sa structure trois lames aponévrotiques. L'une antérieure ou palpébrale, l'autre moyenne, centrale ou oculaire, et la troisième postérieure ou musculaire.

1° *L'aponévrose palpébrale*, A, fig. 20, plus connue sous le nom de *ligaments larges* des paupières et de *ligaments palpébraux*, constitue l'aponévrose de l'orbiculaire; sa forme est celle d'un diaphragme, elle est verticale, s'insère par sa circonférence externe au périoste orbitaire et par sa circonférence interne au bord correspondant des cartilages tarses; très faible en dedans, elle devient plus manifestement résistante au dehors, où elle se compose de faisceaux épars improprement comparés à de petits tendons.