

deux observations (1), dont un certain nombre d'autres cas ont été publiés et dont probablement un bien plus grand nombre encore sont restés inédits, est généralement causée par l'ablation d'yeux panophtalmes chez des sujets *déjà infectés généralement*. On s'abstiendra donc, dans ces cas-là, de l'énucléation après un examen général soigneux, et aussi dans les cas de panophtalmie où l'œil *déjà perforé* laisserait fatalement échapper du pus en quantité au cours de l'énucléation. (Voy. *Panophtalmie*.)

Le *létaños* (2) qui peut du reste suivre une simple plaie de l'œil ou des paupières, voire même l'opération de cataracte par abaissement, a pu également compliquer l'énucléation (Chisolm, Santos Fernandez).

Il faut savoir pour décharger le passif de l'énucléation de quelques accidents, que la panophtalmie *non opérée* et les autres opérations (exentération, résection optico-ciliaire) qu'on a essayé de substituer à l'énucléation, ont, elles aussi, entraîné des accidents mortels.

Les suites *tardives* sont en général bonnes, quand la prothèse est bien faite et que l'œil artificiel est d'une bonne qualité. Cependant on peut voir survenir des bourgeons charnus et une conjonctivite sécrétante. Les nitrations et les excisions répétées ont quelquefois raison de ces divers ennuis. D'autres fois, le cul-de-sac finit par se rétrécir d'une façon telle que l'œil de verre finit par être expulsé. On laisse le malade désormais privé de prothèse, ou on pratique, comme pour l'opération du symblépharon, une greffe autoplastique, ou une canthoplastie avec autoplastie cutanée. (Cusco.)

La PROTHÈSE OCULAIRE, connue dès l'antiquité, n'est entrée dans une phase nouvelle qu'avec Ambroise Paré, qui insista sur l'emploi d'un œil artificiel introduit sous les paupières, alors que la plupart des yeux artificiels antérieurs s'appliquaient sur les paupières. Ces yeux, d'abord faits en métal émaillé (or, argent), ont été fabriqués en verre dès le xvii^e siècle, comme le prouvent les écrits de Fabrice d'Acquapendente : les yeux en émail ne remonteraient guère qu'à la seconde moitié du xviii^e siècle. Ce sont les seuls employés aujourd'hui, les yeux en celluloïde étant défectueux et irritant vite la conjonctive.

Les soins de la pièce prothétique, qui doit être enlevée tous les soirs, et séjourner pendant la nuit dans une solution antiseptique, sont les soins usuels de toutes les pièces de prothèse en général.

On trouvera les détails les plus circonstanciés sur l'historique, le mode de fabrication, l'application, les avantages et inconvénients des yeux artificiels dans plusieurs traités sur la prothèse oculaire, dont le plus complet et le plus récent est celui de Pansier (3).

Il faut faire la prothèse provisoire le *plus tôt possible* après l'énucléa-

(1) DEUTSCHMANN, *Arch. für Opht.*, Bd. XXXI. — SIFFRE, thèse de Montpellier, 1889.

(2) CHEVALIER, thèse de Bordeaux, 1894.

(3) PANSIER, *Traité de l'œil artificiel*. Paris, 1895.

tion, dès le dixième jour par exemple, pour empêcher les culs-de-sac de se rétrécir, et, vu les inconvénients réels de la prothèse, surtout chez les ouvriers, il faut convenir que les ennuis de la pièce artificielle sont une des raisons qui doivent s'opposer à « l'*abus de l'énucléation* » (De Wecker), surtout chez les enfants où les opérations partielles restent souvent préférables.

La mobilité plus grande des yeux artificiels, lorsqu'ils s'appuient sur des moignons, mobilité mesurable au périmètre (Truc), ne doit cependant entrer en ligne de compte que pour peu de chose, lorsque l'énucléation est formellement indiquée.

XIII

MALADIES DE L'ORBITE

TRAUMATISMES.

Les *contusions* de l'orbite provoquent souvent la section du tissu sous-cutané sur les rebords tranchants de la cavité, et l'infiltration de sang et de sérosité, qui se transforme facilement en abcès à la moindre écorchure. On a signalé aussi des névralgies ou la perte de la sensibilité de certains filets nerveux contusionnés ou écrasés. La contusion au niveau du sac lacrymal pourrait donner une dacryocystite aiguë. (Mackensie.) On devra, par un examen soigné de l'œil, s'assurer que la contusion n'y a pas entraîné de lésions graves (luxations cristalliniennes, hémorragies) et qu'il n'y a aucun retentissement du côté du nerf optique, ce qui est le cas pour bien des amauroses attribuées à une simple contusion du sourcil.

L'antisepsie et la compression ouatée préviendront l'infection des contusions avec érosions.

Les *fractures* de l'orbite, directes ou indirectes, suivant qu'il s'agit d'un coup ou d'une chute sur l'orbite, d'un écrasement (forceps), ou qu'il s'agit d'une fracture du crâne atteignant secondairement l'orbite, sont souvent compliquées de *corps étrangers* qui peuvent passer inaperçus et rester plusieurs semaines ou davantage (des années même) en place. Les grains de plomb, les balles de revolver, de volumineux morceaux de bois (bout de parapluie), des aiguilles, provoquent de graves lésions du nerf optique (atrophie totale par section), des nerfs et muscles (paralysies traumatiques), de l'exophtalmie et même quelquefois la luxation du globe par de volumineux projectiles : les balles dépassent souvent l'orbite et vont aussi s'implanter dans la base du crâne. Les corps étrangers peuvent se loger contre la paroi interne défoncée, en empiétant sur les fosses

nasales, dans les sinus frontaux (fractures au niveau du sourcil) et maxillaires. Enfin on a signalé, comme dans les cas célèbres de Nélaton, des anévrysmes artério-veineux. La fracture du sinus frontal peut, comme nous l'avons vu dans un cas, déterminer, pendant quelques jours, un écoulement de liquide céphalo-rachidien par l'infundibulum et la fosse nasale correspondante.

Dans un certain nombre de fractures, des esquilles sont déplacées et le rebord même de l'orbite détaché.

L'emphysème des paupières accompagne généralement les fractures de la paroi nasale de l'orbite, des sinus, et de l'unguis. Les fractures des sinus frontaux, en communication avec l'air et avec la muqueuse des fosses nasales et du sinus, qui sont recouverts à l'état normal de microbes, sont en réalité des fractures compliquées, et peuvent s'accompagner de suppuration profonde, alors que la peau n'a pas été érodée. Nous avons vu un cas typique de ce genre. Le danger visuel des fractures directes ou indirectes git dans la lésion du canal optique, avec attrition du nerf optique, quelquefois hémorragie dans ses gaines, et atrophie fatale du nerf, d'où amaurose unilatérale.

Les corps étrangers en plomb sont les mieux supportés, étant en général moins infectés que les autres au moment de la pénétration : mais ils ne sont cependant pas aseptiques, lorsqu'ils ont rencontré la peau ou la conjonctive, normalement microbiennes. Le phlegmon orbitaire peut ne se développer que de longues années après, probablement par une infection surajoutée.

On est autorisé, pour le diagnostic des cas douteux, à user du sondage avec un stylet flambé. Dans certains cas, on utilise l'explorateur électrique de Trouvé, qui résonne au contact des balles et avec lequel nous avons extrait une balle, en 1893 (1). On n'interviendra pas pour les balles et grains de plomb bien tolérés.

Lorsqu'il existe un cal vicieux, on libérera l'adhérence profonde et on ira de bonne heure à la recherche des fragments déplacés.

On n'hésitera pas à mobiliser le fragment osseux, et à le fixer en bonne place soit par des crochets ou des fils métalliques, soit par des chevilles d'ivoire. M. Gayet a dû à cette pratique un succès remarquable (2), ayant entraîné une véritable restauration de l'orbite. Comme le dit M. Panas, on pourrait aussi utiliser des fragments d'os empruntés aux crânes d'animaux, ou d'os décalcifiés, procédé dont nous avons pu voir de remarquables résultats, à l'hôpital Necker (3).

(1) A. TERSON, *Journal des praticiens*, 1893.

(2) GAYET, *Arch. d'opht.*, 1892.

(3) BUSCARLET, thèse de Paris, 1892.

INFLAMMATIONS.

Le périoste et l'os, le tissu cellulaire, la bourse ténonienne, les veines ophtalmiques et les sinus de la dure-mère, peuvent être le terrain d'infections diverses.

Ostéites et périostites. — Les ostéopériostites reconnaissent, du côté de l'orbite, les causes générales déjà étudiées dans ce *Traité* pour toutes les ostéopériostites (1), mais le plus souvent des causes de voisinage.

La plupart des suppurations osseuses du rebord orbitaire supérieur dérivent d'une sinusite frontale (Panas) : celles du rebord inférieur, (abcès froid de l'orbite) de la *tuberculose* de l'os malaire ou d'une sinusite maxillaire, rarement d'une dacryocystite scrofuleuse, ou tuberculeuse. Dans quelques cas, un traumatisme sous-périoste profond et infecté (piqûres, chutes sur un piquet) a pu engendrer des ostéopériostites chroniques, de même que des corps étrangers fixés dans l'os pourraient être tardivement l'origine des accidents. Comme cause générale, en plus de la tuberculose, on doit une mention spéciale aux *périostites syphilitiques*, résultant de la syphilis acquise ou héréditaire, surtout chez les très petits enfants. On pensera aussi à l'*actinomyose*. (Ranson.)

Les symptômes de la périostite sont donc assez variables et quelquefois faciles à confondre pour la forme aiguë avec le phlegmon de l'orbite : un phlegmon ou une phlébite des sinus peuvent la terminer.

On pensera toujours à la syphilis et on ordonnera, chez l'adulte, un traitement intensif (frictions, et surtout injections de biiodure ou de calomel); chez l'enfant, on agira avec vigueur et prudence, par les frictions mercurielles.

Quand la suppuration est probable, l'incision le long du rebord orbitaire, *par la peau*, et non par la conjonctive (voie mauvaise et risquant de provoquer l'infection externe de l'œil), est la meilleure. On pénétrera plus profondément avec une sonde cannelée pour tâcher de découvrir le pus et on drainera.

Dans les cas chroniques, on aura souvent des séquestres à extraire, et la greffe osseuse pourra être proposée plus tard pour remédier aux difficultés. On traitera toujours longtemps la cause générale ou voisine pour éviter les récidives.

Ténonite. — La ténonite est l'arthrite ou plutôt la synovite de la bourse séreuse qui permet les mouvements de l'énarthrose oculaire. Une injection irritante dans cette cavité la réalise et donne un tableau expérimental de ses symptômes.

Historique. — D'abord différenciée par O. Ferral, cette affection

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 600.

est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Mackensie, Berlin, Knapp, Mooren, et surtout de Panas (1).

Étiologie. — C'est avant tout chez des rhumatisants que l'affection se développe spontanément. Mais en somme l'étiologie, en dehors du rhumatisme franc ou larvé, et du rhumatisme blennorragique (Galezowski, Panas, Puech), est celle de toute arthrite où les produits infectieux de cause et d'origine diverses peuvent entrer en ligne de compte.

Comme traumatisme, les blessures et les opérations (strabotomie) pourraient la provoquer, et les premiers temps de la strabotomie ont vu évoluer des phlegmons de l'orbite consécutifs à des ténonites suppurées.

Toute infection de voisinage (érysipèle, panophtalmie, etc.) peut la faire naître, et les infections générales sont surtout à craindre (influenza, etc.). Nous croyons même que bien des cas ont dû passer inaperçus dans une multitude d'infections générales, à cause des difficultés relatives du diagnostic pour les praticiens.

Symptomatologie. — Le signe caractéristique est la *gêne extrême* dans les mouvements d'abduction et d'adduction de l'œil. En deux à trois jours, ces douleurs deviennent assez vives pour arracher un cri au malade et on constate des signes objectifs assez marqués.

Il existe en effet un chémosis presque transparent cerclant la cornée, sans qu'il y ait une vive irritation. Ce chémosis s'accompagne d'une légère exophtalmie. Le second œil se prend deux ou trois jours après le premier. Dans un cas que nous avons observé chez une religieuse à la suite d'une forme rhumatoïde de l'influenza, le second œil ne devint malade que huit jours après.

En quelques semaines, l'affection est terminée, mais elle laisse pendant quelque temps un certain degré de gêne et de tiraillement dans les mouvements des muscles oculaires.

L'affection se produit surtout chez des adultes et peut compliquer la sclérite rhumatismale. (Galezowski.)

La terminaison favorable est la règle, indépendamment des accidents articulaires ou goutteux que la ténonite peut précéder ou suivre. Le fond de l'œil est normal et l'iris ne se prend généralement pas. Les atrophies optiques que l'on a rapportées à des ténonites, sont encore à démontrer. Seules, les veines rétiniennes peuvent être un peu gonflées. (Panas.)

Dans les très rares cas suppurés (Fuchs, Gasparini), le *pneumocoque*, que l'on peut ramener par l'incision ou la ponction exploratrice, a été le microbe en cause.

Diagnostic. — La bilatéralité, les antécédents rhumatismaux,

(1) PANAS, *Arch. d'ophth.*, 1883.

l'acuité visuelle normale, le chémosis sans symptômes graves, permettent à l'observateur prévenu d'arriver au diagnostic.

Les phénomènes rapidement aggravés, et l'origine en général facile à mettre en évidence, empêcheront la confusion avec le phlegmon et les phlébites orbitaires et une grave erreur de pronostic.

Les gommés épisclérales pourraient en imposer pour une sorte de ténonite gommeuse. (De Wecker.)

Traitement. — Le traitement sera celui du rhumatisme : salicylate de soude, antipyrine, chloral, compresses chaudes, pansement ouaté, cocaïne. Une cure hydrothermale appropriée atténuera le danger des récidives. On évitera tout logement humide.

M. Dransart a proposé de pratiquer des capsulotomies, c'est-à-dire des incisions ténoniennes, comme celles qui permettent d'arriver sur les muscles dans l'opération de la ténotomie. Ce débridement aiderait la résolution par l'évacuation de l'hydropisie. Mais il faut convenir que seuls les cas graves et traînants sont justiciables de cette nouvelle thérapeutique.

Phlegmon de l'orbite. — Symptomatologie. — Le phlegmon de l'orbite débute par des douleurs assez vives accompagnées de gonflement de la conjonctive et des paupières et de gêne dans les mouvements des yeux. Rapidement une exophtalmie directe s'accuse. Les douleurs et l'état général sont ceux de toute suppuration grave. L'évolution est plus ou moins aiguë, mais on a cité des cas où elle a été tellement lente, qu'on a pu parler de *phlegmon chronique*, soit par corps étrangers, soit par périostite chronique (sinusites).

En général unilatérale, la lésion peut être bilatérale (Baas, Gallemaerts); elle siège plus souvent à gauche, comme la thrombo-phlébite.

La vision diminue en général très vite et arrive en quelques heures à l'amaurose complète; le nerf optique comprimé montre à l'ophthalmoscope l'image d'une stase papillaire ou plus souvent d'une décoloration de la papille qui s'atrophie totalement : on a quelquefois noté un décollement de la rétine. (De Graefe.)

Dans quelques cas, l'ouverture spontanée du phlegmon et l'écoulement du pus amènent la guérison progressive du phlegmon, mais non la guérison de l'atrophie du nerf optique.

Plus souvent, il se produit des complications graves : le phlegmon de l'œil, la propagation dans le crâne par ostéopériostite nécrosante ou par phlébite des sinus, la méningite, les abcès du cerveau et la mort.

Étiologie. — Il faut avant tout chercher une cause de voisinage (sinusites). L'étude des complications oculaires des sinusites a été complètement renouvelée dans ces dernières années, grâce aux travaux de E. Berger et de Panas. L'étude de ces complications sera étudiée avec les maladies des sinus (1). Nous nous bornons ici à

(1) Voy. *Traité de chir. clin.*, t. V.

indiquer, pour le sinus frontal, les travaux de MM. Panas et Guillemain (1) : pour le sinus sphénoïdal, les travaux de E. Berger et de Kaplan (2) : pour les cellules ethmoïdales, le travail de Röhmer (3) ; pour le sinus maxillaire, la thèse de Courtaix (4), l'observation si complète de M. Panas (5) : enfin le *Traité des sinusites* (1895) de Kühnt.

Mentionnons encore le travail d'ensemble publié par Guillemain et nous-même (6), et le chapitre des complications oculaires des sinusites du *Traité* de M. Panas.

Les infections chroniques des fosses nasales avec ou sans ostéopériostites (ozène), les infections bucco-pharyngées, les suppurations périodentaires, l'ablation des dents, les angines (Nettleship, Truc), les parotidites (Baas) sont souvent en cause, de même que l'érysipèle facial, l'anthrax, la pustule maligne, la dacryocystite suppurée (Baas) et la panophtalmie.

Les traumatismes, les corps étrangers, doivent être aussi signalés, de même que le cathétérisme brutal des voies lacrymales.

D'autres fois, une infection générale se double d'une infection de voisinage : la syphilis (plaques muqueuses buccales), les fièvres éruptives (Gallemaerts), l'influenza (Pergens) avec ou sans sinusites, la pyohémie.

Il semble probable que les microbes arrivent à l'orbite plus souvent par les veines que par le tissu cellulaire et les lymphatiques. Les microbes en jeu sont, outre le streptocoque (érysipèle), les staphylocoques (anthrax), le pneumocoque, le diplocoque de Friedländer, le bacille pyocyanique (Pergens), qui peuvent être associés. Dans un cas de phlegmon de l'orbite à staphylocoque doré pur, compliqué de méningite, le streptocoque fut l'agent (A. Terson et Cuénod) de l'infection secondaire méningitique.

Diagnostic. — Il se fera surtout avec la ténionite, qui ne pourrait en imposer qu'au début et avec la thrombo-phlébite, où la mobilité du globe reste plus complète et qui est plus souvent double.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'incision précoce par la peau, surtout en bas, le long du rebord orbitaire. Un pansement humide, froid et évaporant, avec drainage, l'accompagnent. Un régime tonique et alcoolisé sera de règle. Il faudra de suite traiter la cause (lésions des sinus, des dents) par la trépanation, les irrigations antiseptiques et l'avulsion des dents cariées.

Phlébite orbitaire. — Les relations des veines ophtalmiques, d'une part avec les veines faciales, d'autre part avec les sinus caverneux, expliquent l'origine faciale de la plupart des phlébites

(1) GUILLEMAIN, *Arch. d'opht.*, 1891.

(2) KAPLAN, thèse de Paris, 1891.

(3) RÖHMER, *Soc. franç. d'opht.*, 1895.

(4) COURTAIX, thèse de Paris, 1891.

(5) PANAS, *Arch. d'opht.*, 1895.

(6) GUILLEMAIN et A. TERSON, *Gaz. des hôp.*, 1892.

orbitaires et leur complication fréquente par thrombo-phlébite des sinus de la dure-mère. Il faut de plus noter que plusieurs veines des fosses nasales entrent dans l'orbite par les trous ethmoïdaux et il y a aussi des communications entre les veines dentaires et les veines ophtalmiques. Comme l'établissent les recherches anatomo-cliniques de Cruveilhier, de Panas et Festal, de Gurwitsch, de Trolard, les veines de la partie postérieure du maxillaire inférieur et du plexus amygdalien ont des anastomoses avec le plexus ptérygoïdien, et avec le sinus caverneux par des veines passant par le *trou ovale* : l'infection des sinus caverneux peut *secondairement* atteindre la veine ophtalmique. Il y a donc deux variétés de phlébite orbitaire, bien distinctes, à tous points de vue : la *primitive*, commençant, et la *secondaire*, finissant, par l'orbite.

L'histoire de la phlébite ophtalmique commence avec Graves, Béraud, Cassou (1). Trüde (1861), Blachez, Le Dentu, Verneuil, Reverdin ont éclairé ses origines faciales. Les travaux de Knapp, Heubner, Leber, les recherches anatomiques signalées plus haut, les thèses de Fauvel et de Gaillard (2), et bien d'autres, sont très complètement exposés, avec des observations nouvelles, dans la remarquable thèse de Lancial (3). A la suite d'une observation complète avec nécropsie et examen bactériologique, nous avons réuni, dans une étude d'ensemble, tout ce qui a trait aux origines bucco-pharyngées de la maladie (4). Signalons encore les intéressantes contributions de Villard (5) et de Mitvalsky (6).

Symptomatologie. — Dans la variété *commençant par l'orbite*, des douleurs orbitaires moins vives que dans le phlegmon, un peu d'œdème des paupières et un chémosis séreux de la conjonctive, se développent assez rapidement *d'un seul côté* : cet état se prolonge en s'aggravant lentement, pendant quelques jours, et l'exophtalmie unilatérale s'accuse ; elle est un peu réductible et l'œil n'est pas enchâssé dans un tissu dur, comme au début du phlegmon. Néanmoins il est des cas (Vossius) où ces symptômes précèdent le phlegmon qui termine tardivement la scène. Plus souvent, du délire, de l'agitation, ou le coma, une fièvre intense annoncent le début d'accidents cérébraux, et la mort survient assez rapidement, mais on a pu voir, auparavant, un degré d'exophtalmie et d'œdème du *côté opposé* se manifester, démontrant que l'infection, traversant le sinus coronaire, a émigré dans le sinus caverneux et l'orbite opposés ; c'est la preuve *palpable* de l'infection des sinus de la dure-mère. Quelquefois l'infection sanguine générale emporte le malade (Dubreuil, Schmidt)

(1) CASSOU, thèse de Paris, 1853.

(2) FAUVEL et GAILLARD, thèses de Paris, 1887.

(3) LANCIAL, thèse de Paris, 1888.

(4) A. TERSON, *Rec. d'opht.*, 1894.

(5) VILLARD, *Arch. d'opht.*, 1895.

(6) MITVALSKY, *Arch. d'opht.*, 1895.

avant qu'il y ait trace d'infection purulente des sinus caverneux ou des méninges.

Dans la variété *consécutive* à la phlébite de la base du crâne, les phénomènes cérébraux compliquent d'abord l'affection originelle, et rapidement l'on voit apparaître une exophtalmie *double* d'emblée, d'intensité inégale de chaque côté. Dans des cas exceptionnels (Boiteux, Demons, A. Terson), l'exophtalmie peut être *unilatérale*, et débiter même *du côté opposé* au sinus pris d'abord.

Les phénomènes ophtalmoscopiques se réduisent à une dilatation veineuse avec léger œdème papillaire, mais ils n'ont ni la fixité ni la fréquence de ceux qui accompagnent le phlegmon de l'orbite.

Le pronostic est, surtout pour la forme secondaire, d'une gravité exceptionnelle : néanmoins un certain nombre de cas, à virulence moindre, pourraient guérir quelquefois, et on a pu voir alors des abcès métastatiques, situés même aux paupières, fixant et évacuant l'infection, former la terminaison de la maladie. Il est possible que certaines irido-choroïdites suppurées, dues à des angines (Truc), et n'ayant pas entraîné la mort des malades, malgré des accidents cérébraux, aient été, à un moment donné, précédées et accompagnées de phlébites des sinus.

Étiologie. — Le plus souvent les phlébites ophtalmiques sont liées à une infection de voisinage (face, cavités buccale, nasale, auriculaire, œil, cuir chevelu, etc.). Les autres causes sont des infections générales, telles que les fièvres graves (puerpéralité, etc.), la cachexie (diarrhées chroniques, tuberculose, cardiopathies, etc.), la thrombo-phlébite reconnaissant même alors une origine microbienne. (Vaquez.)

Les *traumatismes* crâniens et orbitaires, surtout les fractures compliquées de plaie, peuvent entrer en ligne de compte. De plus les lésions inflammatoires des *os du crâne*, en particulier la carie du *sphénoïde*, du rocher et de l'apophyse mastoïde;

Les lésions *auriculaires* (otites);

Les lésions *nasales* (rhinites chroniques, surtout avec lésions osseuses, tumeurs, ozène, résection du maxillaire supérieur);

Les lésions *orbito-oculaires* (ostéopériostites, panophtalmies avec ou sans énucléation, cathétérisme et injection lacrymales [Leplat]);

Les lésions *bucco-pharyngées*. La carie dentaire, par les lésions péri-dentaires qu'elle entraîne, l'avulsion des dents en pleine fluxion, sont au premier rang. D'une façon générale, les lésions de la mâchoire supérieure provoquent surtout soit un phlegmon orbitaire, soit une phlébite *primitive* pouvant arriver (dents antérieures) par la veine faciale (Duret). Il en est tout autrement (A. Terson) des lésions de la *mâchoire inférieure*, dont les veines vont d'emblée vers les plexus ptérygoïdiens : la phlébite des *sinus* et celle orbitaire *secondaire* sont alors la *règle*, et, pour des raisons inexplicées, la lésion siège

presque toujours à *gauche* (Pietkiewicz, Van Leynseele, Meynier, Tueffert, Boiteux, Demons, Coppens, A. Terson). Le phlegmon de l'orbite (Teirlinck) et la phlébite primitive sont exceptionnels.

L'épulis, les abcès de la joue, les amygdalites phlegmoneuses (Ogle, Blachez, Panas, Fauvel) provoquent aussi la phlébite intracrânienne. On sait que les *angines* peuvent donner des dacryoadénites (Panas), des irido-choroïdites suppurées (Bergé, Truc), des phlegmons de l'orbite. (Truc.)

Enfin, plus fréquemment encore, il s'agit d'infections *faciales*. — L'anthrax et les furoncles du nez, de la lèvre supérieure, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, l'érysipèle, l'orgelet même (Lesniowski), constituent une série de causes d'un mécanisme désormais banal.

Anatomie pathologique et bactériologie. — Quelquefois les microbes parcourent les veines orbitaires sans donner grande réaction (Leber) et donnent lieu à la phlébite des sinus. Un transport plus rapide des microbes à travers le sang des vaisseaux opposés explique peut-être l'exophtalmie unilatérale dans quelques cas de phlébite *secondaire*. (Mitvalsky.)

Il est démontré, depuis de Graefe et Cohn, que l'exophtalmie ne se produit pas, quand la lésion est bornée aux sinus, sans atteindre les veines ophtalmiques. Il en était ainsi dans notre cas, et du côté exophtalmique, les veines étaient pleines de pus, tandis que le sinus caverneux seul, avec intégrité des veines orbitaires, et sans caillot appréciable, était plein de pus du côté opposé. Les expériences de Fernari parlent également dans ce sens.

Presque tous les sujets atteints sont en état de moindre résistance (dyscrasies, suppurations prolongées, etc.). Notre sujet était atteint de cirrhose hépatique d'origine alcoolique.

Au point de vue microbien, on retrouve dans les veines les microbes originels (staphylocoques de l'anthrax, streptocoques de l'érysipèle, etc.). Dans notre cas (ostéopériostite du maxillaire inférieur), les staphylocoques et les streptocoques existaient seuls. On a aussi trouvé le *pneumocoque*. (Okintchitz.)

Nous croyons que la carie dentaire exalte, comme le fait la putréfaction, la virulence des microbes, qui existent normalement sans causer d'accidents, dans les cavités nasale et bucco-pharyngée.

On trouvera de longs détails histologiques, sur la question, dans les travaux de Mitvalsky (1).

Diagnostic. — L'unilatéralité, l'intensité des douleurs, l'énorme gonflement dur de l'orbite, feront diagnostiquer le *phlegmon*, qui peut être précédé ou suivi des diverses variétés de phlébite.

La *ténonite* pourrait en imposer : mais les antécédents rhumatis-

(1) MITVALSKY, *Arch. d'opht.*, 1895.

maux, l'absence d'origine locale, la persistance d'un bon état général, aideront à la faire éliminer.

Les caractères plus haut décrits serviront à différencier la phlébite *primitive* de la phlébite *secondaire*.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, on est infiniment plus désarmé dans la forme *secondaire* que dans la forme *primitive*. Dans les deux cas, on désinfectera à fond l'origine du mal (carie, abcès, anthrax, panophtalmie, angine, etc.), que l'on enlèvera, le cas échéant (séquestres, dents, etc.).

Horsley a ouvert le sinus et lié la jugulaire, mais sans succès; cette conduite semble peu recommandable. On essayera (Panas) les injections de sérum antistreptococcique, si le streptocoque est constaté en abondance, et surtout dans les cas d'érysipèle. On soutiendra l'état général comme dans toute pyohémie.

Dans la phlébite primitive, dûment diagnostiquée, des incisions orbitaires exploratrices, et des injections antiseptiques, le drainage, l'application de sangsues, sont indiquées.

ENTOZOAIRE.

1° Cysticerques. — Le cysticerque sous-conjonctival est moins rare que le cysticerque orbitaire que de Graefe n'a trouvé qu'une fois sur quatre-vingt mille malades: c'est lui qui en a fourni la première observation. Horner, Sichel, Hirschberg, Badal et Fromaget (1), en ont successivement rapporté les exemples connus.

On n'a observé l'affection que chez de jeunes sujets. C'est constamment *près du rebord orbitaire* qu'on rencontre le parasite (fig. 77): il n'est jamais dans le fond de l'orbite, mais en *avant* de l'œil, d'où l'absence d'exophtalmie au début.

Le début peut se faire par une tumeur indolore et mobile, avec ou sans névralgies; plus souvent un *phlegmon de l'orbite* suit ou masque la scène, mais il y a plutôt des poussées phlegmoneuses ou ténoniennes (Sgrosso) produites par les sécrétions irritantes du parasite qu'un phlegmon total, et, dans l'intervalle de leurs récives qui laissent souvent une blépharoptose, on finit par sentir une tumeur dure.

La marche est rapide et c'est l'intervention qui découvre la coque fibreuse du parasite dont la possibilité du phlegmon orbitaire constitue le principal danger.

Les dimensions du cysticerque contenu dans une capsule fibreuse, souvent du volume d'une datte (Panas), ne sont guère que d'un centimètre à deux millimètres. (Hirschberg.)

(1) FROMAGET, Cysticerques de l'orbite (*Arch. d'ophth.*, 1896).

L'extirpation de la poche soigneusement disséquée amène, si elle est pratiquée dès le début, la guérison complète.

2° Kystes hydatiques. — L'histoire des kystes hydatiques de l'orbite date à peine d'un siècle. Sauf Jean-Louis Petit, qui en rapporte une observation douteuse, personne avant A. Schmidt (1801) n'en avait donné de description nette. En 1880, Berlin en avait recueilli trente-neuf observations, dont plusieurs discutées. Nous signalerons, depuis.

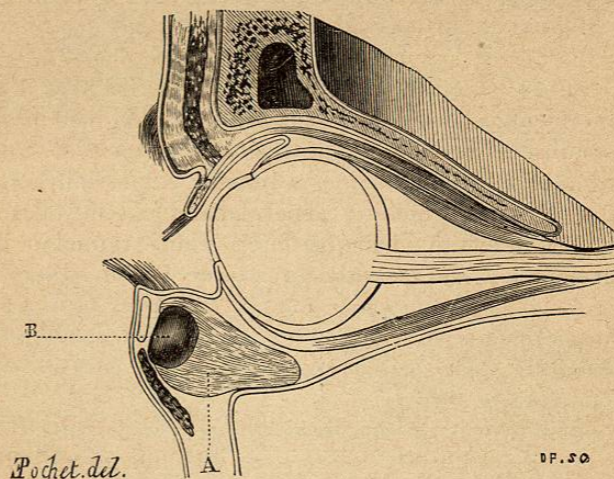


Fig. 77. — Cysticerque de l'orbite. — A, tumeur; B, cysticerque (de Graefe).

les cas de Dieu, ceux de Weeks (1), de Valude, celui de Terson père, et la thèse de Mandour (2) inspirée par lui.

Il y a plus d'hommes que de femmes parmi les sujets atteints, et plus de jeunes sujets (entre seize et trente ans).

La rareté est extrême, surtout en France. Les pays froids (charcuterie) et très chauds (usage fréquent de la viande crue) prédisposent à la maladie. Il semble démontré que, comme pour les autres kystes hydatiques, un traumatisme antérieur (coup de bâton, chute, etc.) joue un rôle occasionnel important. On peut voir coexister le bec-de-lièvre (Valude), ce qui pourrait induire en erreur et faire penser à un kyste congénital.

Le début est généralement insidieux: quelquefois, rapidement, une exophtalmie considérable se développe. Dans des cas exceptionnels (Lawrence, Mac Gillivray), la maladie met plusieurs années à évoluer.

La douleur précède l'exophtalmie et revient par crises névralgiques extrêmement violentes. On a noté aussi l'assoupissement continu. L'exophtalmie, de direction et d'intensité variables, constitue le prin-

(1) WEEKS, *Archiv für Augenheilk.*, 1890.

(2) MANDOUR, Les kystes hydatiques de l'orbite, thèse de Paris, 1895.