Le déplacement du globe de l'œil entraîne la production de la diplopie. Ce signe, néanmoins, n'est pas constant. On trouve la pupille dilatée, immobile et la vision plus ou moins altérée. Dans quelques cas, elle est abolie dès les premiers instants. Le plus souvent, l'amblyopie ou l'amaurose résultent d'une atrophie ultérieure de la papille.

Dans les premiers temps, l'examen ophtalmoscopique montre des troubles circulatoires des vaisseaux rétiniens, des hémorragies ou une ischémie rétiniennes. Plus tard, il permet de suivre les différents stades de l'atrophie papillaire.

L'épanchement de sang, dans bon nombre de cas, se résorbe sans que ces troubles graves du côté de la vision se produisent. La résorption se fait en trois ou quatre semaines. Quelques auteurs pensent encore que le sang peut aussi s'enkyster et se transformer en tumeurs.

Berlin a signalé la phtisie du globe de l'œil lorsque, par suite d'un épanchement volumineux, l'œil se trouve soumis à une compression excessive.

Le ***pronostic*** de l'épanchement sanguin de l'orbite est, comme on peut le voir par ce qui précède, extrêmement variable.

Le ***traitement*** de l'hématome devra rarement être actif. Le plus souvent, on se bornera à appliquer un pansement compressif pour diminuer la saillie de l'œil et favoriser la résorption du sang.

Même avec les précautions antiseptiques, on s'abstiendra d'inciser pour évacuer le sang; car, dans le cas de fracture, l'existence d'une plaie extérieure constituerait une situation dangereuse.

De Wecker rejette aussi l'aspiration, parce qu'elle est inefficace, le sang étant généralement coagulé. Dans le fait de Panas, elle a permis cependant d'évacuer un sang liquide, noirâtre, évidemment décomposé. Il s'agissait, il est vrai, d'un hématome spontané.

Employée le plus souvent comme moyen d'exploration, la ponction aspiratrice peut donc devenir un mode de traitement.

4. — *CORPS ÉTRANGERS DE L'ORBITE*

La présence de corps étrangers dans la cavité orbitaire a depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens, tant à cause des circonstances dans lesquelles ces corps étrangers pénètrent dans l'orbite que de leur nature extrêmement variable et des accidents parfois très graves qui en résultent.

Berlin a établi que, dans la moitié des cas (49 pour 100), le corps étranger résultait de blessures reçues dans une rixe ou une agression criminelle et, dans 45 pour 100 des cas, de chutes sur un corps aigu. La nature du corps étranger varie beaucoup : ce sont tantôt des projectiles de guerre (grains de plomb, balles, fragments d'obus, morceaux de bois), tantôt des fragments d'épée, de fleuret, des lames de couteau, des tuyaux de pipe, des éclats de verre.

Le plus souvent il n'y a qu'un seul corps étranger. On comprend cependant que plusieurs grains de plomb peuvent pénétrer à la fois. Dans quelques cas enfin, on a retiré successivement un nombre considérable de fragments de verre.

C'est plus ordinairement vers l'angle supéro-interne de l'orbite que pénètre le corps étranger. Mais il franchit souvent les limites de cette cavité pour arriver dans les fosses nasales, les sinus voisins et jusque dans la cavité crânienne.

Lorsque le corps étranger ne dépasse pas les limites de la loge orbitaire et qu'il y séjourne, il détermine une induration des tissus voisins et arrive à s'enkyster, puis à être toléré pendant un temps fort long et parfois même indéfini. On voit quelquefois des ostéophytes se produire sur les parois de l'orbite, au voisinage du corps étranger.

Symptômes. — Il n'est pas toujours facile de faire la part des phénomènes produits par la blessure, et de ceux qui résultent de la présence du corps étranger ou des complications. La plaie qui a servi de porte d'entrée siège le plus habituellement sur la peau des paupières, parfois sur le cul-de-sac conjonctival. Les dimensions de cette plaie sont souvent minimes et elle peut échapper à un examen superficiel.

Si le corps étranger est de petit volume, s'il n'a pas introduit de matières septiques dans la profondeur de son trajet, la plaie se ferme et la présence du corps étranger ne se révèle par rien au premier moment.

Si son volume est plus considérable, si la plaie a été infectée, il se produit de l'exophtalmie ou une déviation latérale du globe oculaire, en même temps que des accidents phlegmoneux.

Dans bien des cas, la douleur est nulle ou médiocre au début ; mais ultérieurement il se développe des névralgies sus-orbitaires (Hardy) ou sous-orbitaires (Saemisch). Ces névralgies ne se produisent parfois que dans une position déterminée de la tête (Dolbeau). On a noté aussi une anesthésie frontale. Lorsqu'un fragment de tuyau de pipe a séjourné dans l'orbite, on a signalé l'odeur persistante de tabac accusée par le patient.

Les complications primitives résultent de l'enclavement du corps étranger dans la paroi osseuse dont il a déterminé la fracture, ou de la pénétration dans une cavité voisine et surtout de la blessure concomitante du cerveau. Elles consistent aussi dans des désordres graves du globe de l'œil. Plus souvent, les muscles ont été déchirés et le nerf optique dilacéré ou sectionné.

On comprend quelles sont les conséquences de ces lésions. Elles varient depuis l'apparition d'un strabisme paralytique avec diplopie jusqu'à l'amblyopie ou la cécité immédiate et complète.

Ces mêmes complications ne se montrent pas toujours au premier moment, et doivent alors être attribuées non à une lésion primitive, mais aux effets de la compression.

L'examen ophtalmoscopique montre des décollements de la rétine, des hémorragies intra-oculaires, ou seulement des phénomènes de névrite optique qui aboutissent plus tard à l'atrophie.

La marche des accidents est extrêmement variable. Le corps étranger séjourne parfois des mois et des années dans l'orbite sans révéler par rien sa présence, s'il est de petit volume, ou sans produire autre chose qu'un certain degré d'exophtalmie ou de déviation de l'œil, si son volume est plus considérable. On cite toujours l'observation de Hortius, qui a vu un fer de lance séjourner plus de trente ans dans l'orbite. Higgens a rapporté un cas dans lequel un morceau de bois d'un pouce de longueur a été toléré pendant quarante-neuf ans.

Mais souvent des phénomènes de phlegmon apparaissent tout à coup; un abcès se forme, du pus s'écoule et une fistule s'établit. Par cette fistule le stylet introduit constate la présence du corps étranger souvent non soupçonnée

jusque-là. Celui-ci s'élimine quelquefois spontanément par la plaie ou par les fosses nasales.

Il n'est pas facile de s'expliquer la cause de l'apparition de ces suppurations tardives. On comprend que l'infection de la plaie par des corps septiques se traduise par des accidents immédiats, mais comment expliquer la suppuration après plusieurs années d'enkystement? Tout ce qu'on sait, c'est que les fragments de métal et de verre causent moins souvent des accidents de ce genre que les fragments de bois ou de substances poreuses.

Les phénomènes inflammatoires déterminés par la présence de corps étrangers peuvent aussi se calmer spontanément pour reparaître plus tard.

Diagnostic. — L'existence d'une plaie de la paupière avec gonflement et infiltration sanguine considérables permet de soupçonner, les commémoratifs aidant, la présence d'un corps étranger. Une saillie, une induration sont quelquefois perçues par le doigt, en un point de la base de l'orbite et lèvent tous les doutes. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où une partie du corps étranger est visible dans la plaie. Ce sont, d'ailleurs, les plus rares.

L'exploration prudente avec la sonde est permise au premier moment. Les corps étrangers métalliques sont facilement reconnaissables par ce moyen. Si cependant on craignait de confondre la sensation que donne la paroi osseuse dénudée avec celle d'une balle, on pourrait employer le stylet de Nélaton. La sonde de Trouvé servirait à reconnaître tous les fragments métalliques quelle que soit leur nature.

Dans le cas où la pénétration remonte à une époque éloignée, la propulsion de l'œil, sa déviation latérale, la perte de ses mouvements et, lorsqu'elle existe, la constatation d'une saillie dure en un point de l'orbite permettent de soupçonner l'enkystement d'un corps étranger. De Wecker insiste sur la valeur de l'induration des tissus autour du corps étranger et fait remarquer que cette induration donne l'idée d'un corps étranger d'un volume beaucoup plus considérable que le volume réel. Michon a signalé l'apparence noirâtre du corps étranger revêtu de son enveloppe kystique, coloration qui peut en imposer pour l'existence d'une tumeur mélanique.

Le diagnostic des complications, surtout des complications cérébrales, s'impose généralement par la violence même des accidents.

Signalons, enfin, la supercherie dont quelques malades hystériques se sont rendues coupables en réintroduisant à maintes reprises dans la plaie des fragments de verre en grand nombre.

Le ***pronostic*** doit être très réservé lorsqu'on a reconnu la présence d'un corps étranger dans l'orbite. La possibilité de l'apparition d'accidents tardifs du côté de l'œil doit toujours être présente à l'esprit, et l'on n'oubliera pas que lorsque le cerveau a été intéressé, les phénomènes de méningo-encéphalite n'apparaissent parfois qu'au moment des tentatives faites pour extraire le corps étranger.

Traitement. — Si le corps étranger est de petit volume, s'il ne se développe pas de signes de phlegmon primitif de l'orbite, l'abstention est la règle.

Si le corps étranger est plus volumineux, si la plaie permet d'arriver jusqu'à lui à l'aide du stylet, le chirurgien est autorisé à faire des tentatives immédiates

d'extraction. Au besoin, il pratiquera quelques débridements, surtout si le corps étranger est friable et ne peut être largement saisi avec une pince. Sabatier a pu ainsi extraire avec succès la lame d'un couteau brisée dans l'orbite (*Médecine opératoire*, 1822, t. I, p. 409).

Lorsque le corps étranger est implanté par une de ses extrémités dans la paroi osseuse, des tractions énergiques sont souvent nécessaires et elles ne sont malheureusement pas toujours exemptes de danger.

L'enkystement du corps étranger nécessite une véritable dissection, comme pour l'ablation d'une tumeur.

S'il s'est développé un abcès, suivi d'un trajet fistuleux, on peut quelquefois espérer l'élimination spontanée. Dans des cas tout à fait exceptionnels, on peut être amené à pratiquer une résection partielle de l'orbite pour arriver jusqu'au corps étranger ou même la trépanation de la paroi externe (Galezowski).

S'il y a quelque raison de soupçonner la pénétration du corps étranger dans le cerveau, il faut s'abstenir de toute intervention. Demours rapporte l'observation d'un enfant de dix ans chez lequel l'extraction d'un fil de fer bien toléré pendant six semaines fut suivie de convulsions et de mort au bout d'un quart d'heure. Percy ne fut guère plus heureux dans l'extraction de l'extrémité d'un fleuret qui s'était brisée dans l'orbite après avoir pénétré dans le crâne.

5. — *EMPHYSÈME DE L'ORBITE*

Le tissu cellulaire de l'orbite est, dans quelques cas rares, le siège d'un emphysème qui repousse en avant le globe de l'œil. Habituellement il coïncide avec l'emphysème palpébral et reconnaît pour cause une déchirure de la muqueuse du sac lacrymal ou du canal nasal, consécutive à une fracture de la paroi externe des fosses nasales. L'air peut aussi pénétrer dans l'orbite par le sinus frontal, comme on le voit dans une observation de Jarjavay, ou par le sinus maxillaire, ainsi que Berlin l'a noté à la suite d'un coup de revolver.

L'effort, l'action de se moucher, l'éternuement augmentent l'emphysème et déterminent la protrusion du globe oculaire. Il n'y a pas de changement de couleur de la peau, ni de douleur, mais l'exophtalmie s'accompagne quelquefois de diplopie (Desmarres). La pression refoule l'œil, et la crépitation gazeuse que perçoit alors le doigt provient surtout du déplacement des bulles gazeuses dans le tissu cellulaire des paupières.

L'emphysème n'est pas grave par lui-même. Dans le cas seulement où il s'est établi une fistule communiquant avec une des cavités voisines de l'orbite, il peut persister longtemps.

Un pansement compressif permanent est le meilleur traitement de l'emphysème. Il suffit à guérir l'emphysème récent. S'il existe une fistule, on doit chercher à l'oblitérer, mais il n'est pas utile, comme le conseillait Demarquay, de donner issue par des ponctions au gaz infiltré. Ces ponctions, en effet, si l'emphysème était réellement orbitaire, devraient pénétrer assez profondément pour risquer de devenir dangereuses.

[*E. DELENS.*]