III

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ORBITE

1. — *OSTÉO-PÉRIOSTITE ORBITAIRE*

L'ostéo-périostite des parois orbitaires dont l'histoire se confond en partie avec celle du phlegmon de la cavité, présente une plus grande fréquence que cette dernière affection. Elle figure pour le chiffre de 16 pour 100, d'après de Wecker, dans la statistique des maladies de l'orbite.

Sous cette dénomination d'ostéo-périostite, il convient d'englober toutes les altérations des parois qui ont été décrites sous le nom de carie ou nécrose des os. Il n'est pas possible, sans doute, de démontrer que la lésion débute toujours par le périoste, mais la minceur des os qui forment les parois de la cavité, et l'absence du tissu spongieux dans la plus grande partie de leur étendue rendent peu vraisemblable la production d'une ostéo-myélite primitive, et les altérations osseuses qu'on constate après l'ouverture des collections purulentes paraissent le plus souvent secondaires.

Étiologie. — Parmi les causes locales, l'action du traumatisme (contusions, fractures, coups de feu) est celle qui est le mieux démontrée.

Parfois l'ostéo-périostite résulte de la propagation d'une inflammation développée primitivement dans une des cavités voisines de l'orbite (sinus maxillaire, sinus frontaux, cavité des fosses nasales) ou encore dans le canal nasal à la suite d'un traitement mal dirigé.

Parmi les causes générales on a rangé l'action hypothétique du froid. Il faut surtout tenir compte de l'influence débilitante des maladies aiguës, rougeole, fièvre typhoïde qu'on retrouve fréquemment dans les antécédents. Carron du Villards signale le développement de l'ostéo-périostite chez les lépreux. Enfin la tuberculose et la syphilis sont les deux causes les plus habituelles de l'ostéo-périostite orbitaire.

C'est dans l'enfance et pendant l'adolescence que cette maladie s'observe le plus souvent. Relativement fréquente avant vingt ans, on ne la rencontre plus guère après quarante ans. Elle se présente, d'ailleurs, en proportions égales dans les deux sexes.

Symptômes. — On décrit quelquefois isolément l'ostéo-périostite du rebord orbitaire et celle du fond de l'orbite. Les phénomènes observés diffèrent en effet notablement suivant le siège primitif du mal; mais la marche, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, a une importance plus considérable encore.

Forme aiguë. — Si le rebord orbitaire est seul atteint, dès le début, on constate l'existence d'une douleur localisée au point malade. La pression l'exaspère. En même temps on note des phénomènes généraux, de la céphalalgie ou quelques étourdissements. Par le palper on reconnaît une tuméfaction circonscrite, sur la dureté de laquelle Sichel père a insisté dans un mémoire souvent cité. D'après cet auteur, la tumeur existerait plus souvent sur la moitié supérieure du rebord

orbitaire, tandis que Mackenzie indique sa plus grande fréquence à la partie inférieure et externe. La paupière supérieure ou inférieure, suivant le siège de l'ostéo-périostite, devient bientôt rouge, luisante, et est le siège d'un gonflement notable. La conjonctive est œdémateuse, mais le chémosis ne se forme en général que tardivement.

Si la tuméfaction est un peu considérable, l'œil est refoulé du côté opposé à la lésion et il peut se produire de la diplopie, en même temps que les mouvements sont gênés. Cependant Galezowski nie la diplopie et l'immobilité de l'œil, au moins dans la forme chronique.

Au bout de quelques jours, les phénomènes inflammatoires atteignent leur maximum et aboutissent à la formation d'un abcès. Après l'ouverture de celui-ci, la sonde cannelée reconnaît ordinairement une dénudation de l'os. Le gonflement, la suppuration persistent; une fistule s'établit et après la guérison une cicatrice rétractile et adhérente entraîne le plus souvent la production d'un ectropion.

Si la périostite s'est développée au fond de l'orbite, on ne constate pas, au début, de tumeur dure et circonscrite, mais les phénomènes généraux sont plus accentués; il y a une fièvre vive, de l'agitation, quelquefois du délire et des convulsions. Il peut même survenir, si la voûte orbitaire est atteinte, une méningite par propagation et des phénomènes généraux graves.

L'œil est repoussé presque toujours en avant; quelquefois cependant vers l'un des côtés. Les phénomènes locaux sont ceux du phlegmon de l'orbite et c'est vers la fin seulement qu'une tuméfaction se montre en un point et devient fluctuante.

Après l'ouverture de l'abcès, on peut constater une dénudation étendue des os. Lawson a vu la totalité des parois être éliminée et extraite sans accidents à la suite d'une cautérisation avec le chlorure de zinc.

Forme chronique. — Les phénomènes locaux sont les mêmes, mais la marche est beaucoup plus lente. Il s'agit presque toujours, en effet, dans cette forme, de l'évolution de gommes périostiques tuberculeuses ou syphilitiques. La tumeur circonscrite se ramollit peu à peu; l'abcès se forme sans réaction notable et lorsqu'il est ouvert, le pus s'écoule en petite quantité; il est grumeleux, souvent fétide. Après l'évacuation du pus, la tumeur ne s'affaisse que très imparfaitement. Le stylet constate l'altération de l'os et une fistule s'établit. Souvent il se fait une élimination insensible des parties altérées; quelquefois, cependant, on voit sortir ou on est obligé d'extraire des parcelles osseuses d'un certain volume.

Le pus n'est pas toujours évacué directement au dehors. Il se fait jour dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux ou le sinus maxillaire, quelquefois vers la fosse temporale, par la fente sphéno-maxillaire, ou dans l'intérieur du crâne. Cependant, en raison de la marche plus lente des lésions, on voit plus rarement que dans la forme aiguë survenir des accidents cérébraux.

Lorsque la suppuration existe depuis longtemps, le stylet introduit par la fistule reconnaît parfois des ostéophytes plus ou moins saillantes et irrégulières (de Graefe, Hulke, Horner).

Le globe oculaire résiste habituellement aux désordres des parties voisines et la vision n'est pas compromise. Exceptionnellement on a observé des complications oculaires graves, un décollement de la rétine (de Graefe), une hémorragie rétinienne (Galezowski). Horner a constaté trois cas de périnévrite optique. De Wecker signale la persistance, dans quelques cas, d'un peu d'exophtalmie.

Le plus souvent, lorsque la fistule est guérie, outre une cicatrice déprimée, très disgracieuse, on observe un ectropion marqué.

Diagnostic. — Au début, dans la forme aiguë la rougeur, l'aspect luisant de la paupière, peut faire songer à un érysipèle. L'absence d'engorgement ganglionnaire, la douleur localisée au rebord orbitaire permettront de faire le diagnostic.

A la période d'exophtalmie, lorsque la périostite occupe le fond de l'orbite, il sera le plus souvent impossible de distinguer le phlegmon de l'orbite, de l'inflammation du périoste des parois et, par le fait, les deux affections se confondent et coexistent souvent.

L'inflammation de la capsule de Tenon se reconnaîtra à la rougeur faible du chémosis et à ce fait que le gonflement localisé autour du globe oculaire n'atteint pas le rebord de l'orbite.

Dans la forme chronique, les phénomènes peuvent faire songer à un néoplasme de la cavité et la ponction exploratrice ne suffit pas toujours pour lever les doutes.

Pronostic. — Sauf le cas où l'affection est le résultat d'un traumatisme, le pronostic de l'ostéo-périostite de l'orbite a toujours une certaine gravité, en raison de la diathèse qui lui a donné naissance et de la débilitation antérieure de l'organisme.

On peut dire cependant que, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic de l'ostéo-périostite du rebord orbitaire est moins grave que le pronostic de l'ostéo-périostite qui occupe les parois de la cavité et que pour cette dernière, la périostite de la voûte est la plus grave parce qu'elle expose aux complications cérébrales.

Traitement. — Au début de la forme aiguë les émissions sanguines locales (applications de sangsues, ventouses scarifiées à la tempe) diminuent la douleur, sans cependant arrêter l'évolution du mal. Les onctions avec la pommade mercurielle employées quelquefois ont l'inconvénient de déterminer une irritation de la peau si fine des paupières et doivent être rejetées. Pour calmer les douleurs, on aura recours plutôt aux applications continues d'eau glacée, ou aux injections sous-cutanées de morphine.

Le calomel est encore prescrit par quelques chirurgiens, avec l'idée de produire sur le tube digestif une révulsion dont l'effet paraît bien hypothétique.

Dans la forme chronique, les préparations mercurielles et spécialement les frictions avec l'onguent napolitain aux membres inférieurs, associées à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur devront être prescrites sans retard si l'on soupçonne une gomme syphilitique du périoste. Dans le cas plus fréquent où il s'agit de gommes tuberculeuses, l'administration des iodures, de l'iodure de fer en particulier, sera également indiquée.

Mais c'est, en définitive, presque toujours au traitement chirurgical qu'il faut recourir, dès que la suppuration est évidente. La ponction sera faite avec un bistouri étroit, qu'il sera nécessaire d'enfoncer à 3 ou 4 centimètres si la collection est née au fond de l'orbite. On se préoccupera avant tout d'éviter la lésion du globe de l'œil.

S'il est possible, on pratiquera la ponction par le cul-de-sac conjonctival. Dans quelques cas, il y a même avantage à débrider préalablement la commissure externe des paupières.

L'ouverture sera maintenue béante par un drain qui servira à pratiquer des injections antiseptiques. Malgré ces précautions on empêche rarement la rétraction de la cicatrice qui succède à la fistule de produire un ectropion. Le conseil donné par Sichel de mobiliser la peau pendant la cicatrisation pour éviter les adhérences est tout à fait illusoire.

Pour prévenir l'ectropion, la suture temporaire des paupières est le seul moyen efficace, mais il faut le faire accepter aux malades pour une durée qui ne doit pas être inférieure à dix-huit mois. Mentionnons aussi l'opération qui consiste à transplanter l'orifice fistuleux. Elle a été imaginée et mise en pratique par Desmarres.

2. — *INFLAMMATION DE LA CAPSULE DE TENON. — CAPSULITE. — TENONITE.*

Cette affection, encore appelée *périophtalmite*, est fort rare et pour quelques auteurs elle ne serait guère qu'un épiphénomène dans le cours du phlegmon ou de la périostite orbitaire.

Elle a été décrite pour la première fois, en 1841, par O'Ferral (*Dublin Journ. of med.*, t. XIX, p. 343). Plus récemment Panas (*Archives d'ophtal.*, 1883) et, d'après lui, Puéchagut (*De la tenonite d'origine rhumatismale.* Thèse de Paris, 1883-1884), ont repris l'histoire de cette maladie.

Étiologie. — Les causes sont générales ou locales. Parmi les premières, O'Ferral admettait l'influence de la diathèse rhumatismale. Panas reconnaît aussi l'influence de l'arthritisme. Les fièvres graves, la scarlatine et la rougeole (Carron du Villards), l'érysipèle (de Wecker), les oreillons et peut-être la blennorragie (Panas) peuvent la produire, ainsi que la suppression des règles (de Wecker).

Parmi les causes locales, il faut signaler toutes les opérations sur l'œil, notamment les opérations de strabisme. Cependant de Wecker, sur 5000 opérations de ce genre, n'a vu qu'une seule fois survenir cette complication. L'emploi d'instruments non aseptiques doit, sans doute, dans ce cas, être incriminé.

Pathogénie. — Si l'on considère le tissu cellulaire lâche qui existe entre la face antérieure de la capsule de Tenon et la face postérieure du globe de l'œil comme une vaste cavité lymphatique, la capsulite ne serait autre chose qu'une lymphangite périoculaire (de Wecker). Mais pour que cette opinion fût définitivement admise, il faudrait que les notions anatomiques relatives à la capsule fussent plus précises et l'anatomie pathologique de la capsulite mieux connue. Tous les auteurs n'admettent pas qu'il y ait inflammation véritable; pour beaucoup il n'y a qu'une hydropisie, ce que semble confirmer l'absence habituelle de la suppuration. Or, on sait avec quelle facilité suppurent les lymphangites des autres régions.

Les injections expérimentales poussées dans la cavité de la capsule de Tenon ne franchissent jamais le trou optique. Ainsi s'explique la localisation habituelle des inflammations à cette cavité et l'absence de retentissement du côté du cerveau.

Symptômes. — Dès le début, on signale l'existence de douleurs périorbitaires ou temporales vives. Elles sont lancinantes, reviennent souvent par accès comme des névralgies. Il y a en même temps une douleur profonde, plus fixe et

plus continue. Cette douleur, exaspérée par une compression localisée en un point de l'œil, serait, au contraire, soulagée par la compression exercée sur une large surface (O'Ferral).

Les mouvements de l'œil sont gênés, douloureux. Il en résulte que l'œil ne peut être que difficilement porté dans les positions extrêmes et qu'il se produit alors de la diplopie. Il existe en même temps un peu d'exophtalmie, mais elle est moindre que dans le phlegmon.

Au bout de deux ou trois jours, on observe un chémosis, débutant par le cul-de-sac conjonctival inférieur. Il est habituellement séreux, d'après Panas, et ne devient rouge et vasculaire que s'il y a étranglement ou par le fait du contact irritant de l'air. Linhardt, Mooren, Carron du Villards, ont décrit aussi le chémosis comme séreux. De Wecker, au contraire, dit qu'il est rouge et vasculaire.

La cornée est transparente, mais il y a un peu de photopsie et Panas a constaté la gêne de la circulation rétinienne avec production du pouls veineux. La pupille reste sensible à la lumière et aux agents mydriatiques.

La tenonite atteint fréquemment les deux côtés; elle est bilatérale, mais presque toujours plus prononcée d'un côté que de l'autre.

La durée de l'affection est de deux à trois semaines suivant Panas. Elle irait jusqu'à six à huit semaines pour de Wecker. La terminaison habituelle est la résolution.

Mackenzie admettait la terminaison par suppuration, le pus venant décoller et soulever la conjonctive tout autour de la cornée. La plupart des auteurs s'accordent à considérer l'apparition du pus comme la preuve de l'existence d'un phlegmon orbitaire.

L'absence habituelle de phénomènes généraux concorde avec l'absence de suppuration.

L'existence d'une forme chronique, admise par Carron du Villards, est généralement rejetée et l'observation citée par cet auteur, comme exemple de cette forme, est trop étrange pour la faire admettre.

De Wecker a rapporté un cas unique qu'il considère comme une capsulite gommeuse.

Le ***pronostic*** de la capsulite n'est pas grave. Il peut arriver cependant que le nerf optique se trouve comprimé et qu'une névrite rétro-bulbaire se développe avec toutes les conséquences qu'elle entraîne pour la vision.

Traitement. — O'Ferral conseillait l'usage du calomel, de l'opium et de l'iodure de potassium. Panas a reconnu l'action efficace du salicylate de soude. Le salicylate de lithine a aussi été employé à la dose de 2 à 3 grammes.

En même temps on instille l'atropine entre les paupières.

Les scarifications sont utiles pour amener l'affaissement du chémosis qu'accélère encore la compression exercée sur l'œil à l'aide d'ouate et d'un bandage.

3. — *PHLEGMON DE L'ORBITE*

L'inflammation du tissu cellulo-graisseux qui remplit la loge orbitaire et se trouve séparé du globe oculaire par la capsule de Tenon, constitue le phlegmon de l'orbite. Le phlegmon de l'orbite doit être, dans la description, séparé de la périostite orbitaire, mais il a avec la phlébite des branches de la veine ophtalmique des rapports intimes, de telle sorte qu'il est, en clinique, difficile de l'en séparer.

Nous décrirons seulement la *forme aiguë* du phlegmon de l'orbite; l'existence de la forme chronique n'est pas suffisamment démontrée.

Étiologie et pathogénie. — Le phlegmon orbitaire s'observe à tous les âges, mais spécialement à l'âge adulte. Mooren le croit fréquent chez les nouveau-nés, tandis que Arlt le considère comme rare à cette période de la vie.

Nul doute que le phlegmon de l'orbite ne soit habituellement, sinon toujours, d'origine infectieuse. Mais la nature et le mode de pénétration de l'agent infectieux varie. Celui-ci peut pénétrer dans le tissu cellulaire de l'orbite par effraction brutale. C'est ainsi que les plaies contuses de l'orbite, celles surtout qui sont accompagnées de la pénétration ou du séjour d'un corps étranger, en sont une cause fréquente. De même pour les fractures des parois orbitaires lorsqu'elles s'accompagnent de plaies.

Les opérations pratiquées sur le globe oculaire, la ténotomie, l'ablation de tumeurs, l'énervation, l'énucléation de l'œil, l'extraction de la cataracte, ont été suivies de phlegmon de l'orbite, à l'époque où les chirurgiens, ne connaissant pas le rôle des microbes, négligeaient les précautions antiseptiques.

Le simple cathétérisme des conduits lacrymaux a pu donner lieu au développement de cette affection (Fulton). Mais le plus souvent, dans les opérations des voies lacrymales, il y a eu fausse route ou passage d'une injection dans le tissu cellulaire voisin.

Toutes les inflammations du globe de l'œil qui s'accompagnent de la production de pus peuvent devenir une cause de phlegmon orbitaire : la panophtalmite, la conjonctivite blennorragique (Middlemore), les kératites à hypopyon (Berlin). Nous avons vu le phlegmon survenir chez un malade qui depuis vingt-cinq ans était atteint d'un leucome de la cornée avec adhérence de l'iris. Selon toutes probabilités, les germes infectieux avaient pénétré d'abord dans l'œil lui-même par la portion de l'iris adhérente à la cornée, déterminé une choroïdite suppurative et, de là, passé dans la loge orbitaire par les veines ciliaires (voy. Despagnet, *De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée*. Thèse de doctorat. Paris, 1887).

Les germes infectieux, dans un autre ordre de faits, pénètrent dans le tissu cellulaire orbitaire, après avoir d'abord envahi les parties voisines. C'est ce qui a lieu lorsque l'affection est précédée d'un érysipèle de la face, d'une suppuration des fosses nasales ou des sinus voisins. Peut-être même, la méningite ou l'encéphalite suppurée se propagent-elles par contiguïté jusque dans l'orbite.

D'autres fois enfin, le phlegmon orbitaire s'observe dans le cours d'une maladie générale infectieuse, la fièvre typhoïde, la variole, la fièvre puerpérale, la pyohémie, la morve ou le charbon. Dans ce cas, la suppuration orbitaire doit être considérée comme métastatique.

Anatomie pathologique. — On ne trouve au début qu'une suffusion séreuse du tissu cellulaire orbitaire. Plus tard le pus est infiltré ou bien il forme un foyer plus ou moins considérable, parfois nettement enkysté. L'existence de plusieurs abcès n'est pas rare et, spécialement dans le cas d'inflammation métastatique, on voit de nombreux abcès disséminés dans la loge orbitaire. Berlin, dans les quelques faits qu'il a réunis, signale comme habituelle la phlébite de

la veine ophtalmique. Dans le cas que nous avons observé, en arrière de l'abcès, existait une masse indurée de tissu cellulaire entourant le nerf optique et simulant au premier abord une tumeur.

Symptômes. — Des phénomènes généraux, frissons, malaises, anorexie, précèdent le plus ordinairement l'apparition des phénomènes locaux et en démontrent aussi la nature infectieuse. L'orbite est le siège d'une douleur d'abord sourde, profonde, qui s'irradie au front, à la tempe et à la moitié correspondante de la tête.

A ces phénomènes s'ajoute bientôt une fièvre vive, avec insomnie, agitation, quelquefois délire et convulsions.

Au début, les phénomènes locaux consistent dans l'exophtalmie avec gonflement des paupières, effacement du sillon orbito-palpébral, rougeur, vascularisation et aspect luisant de la peau. Autour du globe de l'œil se forme un bourrelet chémosique rougeâtre. L'œil est non seulement saillant, mais plus ou moins immobile; quelquefois la protrusion est latérale.

La pression sur les paupières ne peut être supportée.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué au début, montre seulement de l'hypérémie de la papille; les veines sont dilatées.

En même temps on observe des troubles fonctionnels de l'œil, de la photophobie avec dilatation de la pupille, quelquefois de la diplopie. La cornée perd son aspect brillant et parfois sa vitalité est compromise au point qu'elle se perfore. Il y a alors complication de panophtalmite. Les douleurs à cette période sont devenues pulsatives. Lorsque le pus est sur le point de se faire jour au dehors, elles diminuent d'intensité et un soulagement très marqué suit l'évacuation du pus, qu'elle soit naturelle ou artificielle. C'est en général en bas et en dehors que l'abcès a le plus de tendance à se porter (Galezowski). Très exceptionnellement on a vu le pus se faire jour à travers une perforation osseuse, dans les cavités voisines, le sinus maxillaire, les fosses nasales, la cavité crânienne. Encore, dans ces cas, est-il très probable que le phlegmon orbitaire était consécutif à une périostite des parois.

Complications. — C'est du côté des sinus de la dure-mère et du globe oculaire que le phlegmon de l'orbite peut causer des complications redoutables. Schwendt a établi (Thèse de Bâle, 1882) que le passage du phlegmon d'une orbite à l'autre se fait par l'intermédiaire des sinus et que la terminaison a lieu constamment par la mort, dans ce cas.

La panophtalmite, parfois primitive, est aussi quelquefois secondaire et la perforation de la cornée, l'évacuation des humeurs de l'œil entraînent la perte de la vision.

La cécité peut aussi se produire par suite de l'atrophie du nerf optique. Cette complication s'observe surtout dans le phlegmon consécutif à l'érysipèle (de Graefe, Parinaud). Dans quelques cas pourtant où le nerf optique est atteint d'inflammation, la vision se rétablit. De Wecker pense que la névrite rétro-bulbaire est surtout sous la dépendance des altérations du périoste du fond de l'orbite et particulièrement du trou optique.

L'ophtalmoscope permet de constater plus tard, dans ces cas, quelle qu'en soit la cause, l'atrophie du nerf avec décoloration de la papille, et état filiforme des vaisseaux rétiniens.

Terminaison. — La résolution du phlegmon orbitaire est rare; le plus souvent, il y a suppuration. Mais après que le pus a été évacué au dehors, les parties molles de l'orbite ne reprennent pas toujours leur souplesse normale. On peut observer la terminaison par induration et ce sont, sans doute, les faits de ce genre qui ont été considérés comme des cas de phlegmon chronique. On cite toujours comme exemple le cas du feld-maréchal Radetzky pris pour une tumeur maligne par Jaeger et se terminant par l'ouverture d'un abcès.

L'œil peut, consécutivement au phlegmon orbitaire, perdre sa mobilité; d'autres fois la disparition d'une partie du tissu cellulo-graisseux produit seulement l'enfoncement du globe (*enophtalmie*). On aurait observé aussi parfois une modification consécutive dans la forme du globe oculaire qui d'emmétrope serait devenu hypermétrope ou myope.

Le ***pronostic*** du phlegmon de l'orbite est donc grave. Beer le considérait comme extrêmement grave. Celui du phlegmon bilatéral, résultant de la propagation par l'intermédiaire des sinus, serait toujours mortel.

Diagnostic. — Le phlegmon de l'orbite peut être confondu avec la plupart des tumeurs de la cavité, qui s'en distinguent avant tout par une marche plus lente et avec la périadénite lacrymale dont le siège spécial permettra habituellement d'éviter l'erreur. Il est encore quelquefois confondu avec la panophtalmite, ou avec l'inflammation de la capsule de Tenon.

Mais c'est surtout avec la périostite et la phlébite de la veine ophtalmique que la confusion est facile. Dans la périostite cependant, le déplacement de l'œil est surtout latéral; la pression sur le rebord orbitaire est douloureuse; enfin, on signale la coloration plus pâle du chémosis.

Traitement. — Les applications de sangsues à la tempe sont rarement prescrites aujourd'hui; elles soulagent cependant la douleur, au début. La glace en application permanente sur les paupières est un moyen plus certain d'obtenir la diminution des phénomènes inflammatoires. La douleur est également calmée par les injections de morphine. On évitera les applications de cataplasmes malgré le soulagement qu'en éprouvent les malades, parce qu'elles favorisent la multiplication des germes.

Les onctions mercurielles sur les paupières, l'administration du calomel, du sulfate de quinine à l'intérieur, ont été surtout prescrites dans les formes infectieuses de la maladie.

Galezowski préconise les scarifications et même l'excision du chémosis. Dès que le pus est formé, c'est à l'évacuation par la ponction qu'il faut recourir; elle se fera avec un petit bistouri à lame très étroite qui peut être plongé hardiment à une profondeur de plusieurs centimètres, à la condition d'être dirigé parallèlement à la paroi externe et à distance du globe de l'œil. S'il est possible, on fera pénétrer l'instrument par le cul-de-sac conjonctival inférieur pour éviter la cicatrice cutanée. Un drain sera placé ensuite dans l'ouverture pour assurer l'écoulement, dans le cas seulement où l'ouverture aura été faite à la peau.

Si l'œil est perdu par le développement d'une panophtalmite, on n'hésitera pas à en pratiquer l'énucléation pendant la période même de suppuration du phlegmon orbitaire.

Si, consécutivement à une atrophie du nerf optique, la vision est abolie, il pourra être aussi indiqué de recourir plus tard à l'énucléation.

[*E. DELENS.*]