

## VIII. — MALADIES DE L'ORBITE.

## ARTICLE PREMIER.

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ORBITE.

## 1° Contusions et plaies contuses.

Dans les plaies contuses de l'orbite, les téguments sont plus ou moins dilacérés et ecchymosés. Cependant, si le corps contondant a porté son action sur la partie externe et tranchante du rebord orbitaire, la solution de continuité peut ressembler à une plaie faite par un instrument tranchant. Dans ce cas, la section des téguments a lieu de dedans en dehors, de telle sorte que ces plaies s'accompagnent fréquemment de dénudation des os sous-jacents. Avec cette déchirure de la peau, on rencontre quelquefois des fractures, des épanchements sanguins, lesquels peuvent donner naissance à des phlegmons orbitaires. Dans certains cas, la contusion a été assez violente pour entraîner du côté du cerveau des troubles matériels plus ou moins profonds. Enfin, il n'est pas rare d'observer une contusion concomitante du globe oculaire.

L'amaurose est un accident qu'on a quelquefois observé à la suite des contusions du sourcil et de l'orbite. Elle est sans doute assez rare, mais cependant il en existe des observations authentiques. Hippocrate signale cet accident, et Morgagni rapporte trois faits de cécité survenue dans de semblables conditions; Vicq-d'Azyr, Beer, Dupuytren, Ribes, etc., en ont aussi relaté d'incontestables exemples.

Cette amaurose consécutive aux contusions du sourcil et de l'orbite peut se montrer sous deux formes : elle est immédiate ou tardive. Dans certains cas, l'amaurose persiste indéfiniment; dans d'autres, au contraire, elle n'a qu'une courte durée.

L'anatomie pathologique n'a pas encore dit le dernier mot sur ce singulier accident. Tout d'abord on a supposé que cette affection résultait d'une lésion du nerf frontal (Morgagni), et l'on a expliqué de plusieurs façons le mécanisme de ce grave désordre. Walther, Boyer et Dupuytren, ont pensé que cette sorte de cécité provenait de quelques altérations concomitantes du cerveau ou de ses membranes; mais c'est encore là une hypothèse que les faits anatomiques n'ont pas confirmée jusqu'ici.

Dans l'état actuel de la science, il est presque impossible d'expliquer le mécanisme de ces amauroses. Cependant, dans quelques cas de cécité succédant immédiatement au traumatisme, l'ophtalmoscope a permis de constater l'existence d'un décollement rétinien et d'un épanchement sanguin intra-oculaire; aussi, à mesure que cet épanchement se résorbe, la vue revient-elle d'une façon plus ou moins complète.

Quand il s'agit d'amauroses tardives, les altérations de l'œil sont plus

complexes; elles peuvent porter sur le muscle ciliaire et l'appareil irido-choroïdien, sur les milieux transparents et sur la rétine. Dans tous ces cas, nous croyons qu'il est rationnel d'invoquer une action sympathique ou réflexe, qui, née des branches sensibles de la 5<sup>e</sup> paire, va réagir sur les nerfs vaso-moteurs et entraîne un trouble nutritif plus ou moins généralisé.

Dans quelques circonstances, l'amaurose tardive, suite du traumatisme, se traduit par une atrophie de la papille du nerf optique. On peut alors se demander si l'ébranlement qu'a produit le traumatisme n'a pas modifié la texture du nerf optique au point d'y amener plus tard des désordres nutritifs, incompatibles avec l'exercice de la vision. Cette opinion se rapprocherait de celle de Mackenzie et Tyrrel, qui ont invoqué un ébranlement de la rétine pour expliquer cette cécité.

Le pronostic de ces amauroses est très-variable : quelques-unes ont résisté à tous les moyens mis en usage pour les combattre, et le malade a fini par perdre complètement la vue.

Le traitement doit consister dans le repos, les antiphlogistiques et les révulsifs sur le tube intestinal. Si, au bout de quelque temps, l'amaurose persiste, on pourra avoir recours aux excitants et à l'électricité; d'ailleurs les règles de cette thérapeutique sont subordonnées à l'existence des lésions qu'il sera possible de déterminer à l'aide de l'ophtalmoscope.

## 2° Plaies par instruments piquants et tranchants. — Plaies par armes à feu.

Les plaies de l'orbite par instruments piquants et tranchants peuvent être *pénétrantes* ou non *pénétrantes*. Ces dernières n'offrent rien de particulier à signaler, mais les premières méritent qu'on s'y arrête un instant.

Ce sont surtout les instruments piquants qui peuvent facilement pénétrer dans l'orbite et y produire des lésions très-variées. Les corps lancés par la poudre viennent encore se loger dans cette cavité. Dans ces différentes conditions, il peut se produire des lésions des annexes de l'œil, du globe oculaire, de ses vaisseaux et de ses nerfs, enfin du cerveau lui-même. Le globe oculaire est peut-être moins souvent intéressé que les parties qui l'entourent, à cause de sa grande mobilité, de sa forme et du poli de sa surface, qui lui permettent en quelque sorte d'échapper aux corps vulnérants.

SYMPTOMATOLOGIE.— Les désordres fonctionnels qui succèdent aux plaies pénétrantes de l'orbite varient à l'infini, suivant le trajet parcouru par le corps vulnérant. Ainsi l'on peut observer une perte plus ou moins complète de la vue, du strabisme, des accidents cérébraux, tels que du coma, du délire, des convulsions, etc. Deux sortes d'accidents doivent surtout ici fixer notre attention, ce sont les *épanchements sanguins* et les *corps étrangers*.

Les *épanchements sanguins*, désignés sous le nom d'*hématomes* ou d'*héma-*

*tocèles de l'orbite*, reconnaissent pour cause la rupture de l'artère, de la veine ophthalmique ou de leurs branches. A mesure que le sang s'épanche dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite, il repousse l'œil en avant et avec lui la conjonctive qui se montre sous l'aspect d'un bourrelet rouge ou noir entourant le globe oculaire. Cette compression de l'œil ne tarde pas à entraver mécaniquement ses fonctions et à produire quelquefois des troubles de nature inflammatoire.

Le sang épanché peut se résorber, et l'on voit l'œil, primitivement poussé au dehors, rentrer peu à peu dans la cavité orbitaire et reprendre lentement ses fonctions. Mais cette résorption du sang n'a pas toujours lieu, et il se forme parfois dans l'orbite de vastes collections purulentes dont nous étudierons les symptômes et le traitement un peu plus loin.

Les *corps étrangers*, qui restent dans la cavité orbitaire, peuvent y faire naître des accidents inflammatoires fort graves qui, parfois, s'apaisent pendant un temps plus ou moins long pour reparaitre sans aucune cause appréciable. Cette répétition des mêmes symptômes, à des époques plus ou moins éloignées, doit toujours faire soupçonner la présence d'un corps étranger. Sous l'influence de la pesanteur et du travail de suppuration qui se fait autour de ces corps étrangers, on peut voir ceux-ci changer de place et sortir par quelque voie insolite : c'est ordinairement par la bouche qu'ils se font jour, et alors ils viennent faire saillie au-dessous de la muqueuse et donnent lieu à un abcès au centre duquel est logé le corps étranger. Dans un cas, Marchetti trouva, au centre d'un volumineux abcès du palais, un fragment d'éventail long de 7 à 8 centimètres, qui, primitivement, avait pénétré dans l'orbite par le côté interne de cette cavité.

Quelquefois, ces corps font un très-long séjour dans l'orbite avant de se montrer au dehors; ainsi, au rapport d'Horstius, un fer de lance put rester trente ans et trois mois dans l'orbite avant de se déplacer; cependant il finit par descendre dans la narine gauche, puis dans la bouche et le pharynx.

DIAGNOSTIC. — C'est chose fort difficile que de diagnostiquer l'étendue et la profondeur d'une plaie de l'orbite, car les plaies les plus étroites et en apparence les plus bénignes peuvent être graves et suivies de résultats funestes. On devra donc rechercher avec soin quelles sont les parties atteintes, examiner si la lésion n'intéresse pas le globe oculaire, et surtout le cerveau; on interrogera l'état de la motilité et de la sensibilité générales et locales, et, dans tous les cas, on doit faire des réserves sur la gravité possible de la lésion.

Les difficultés ne sont pas moins grandes quand il s'agit de préciser l'origine de l'amaurose qui survient dans quelques cas à la suite des plaies pénétrantes de l'orbite. En déterminant la nature et les dimensions du corps étranger qui a pénétré dans l'orbite, en explorant le trajet suivi par ce corps, en tenant compte de la quantité de sang épanché et du moment où l'amaurose s'est montrée, on pourra, dans quelques cas,

présumer que la cécité est due à une lésion cérébrale, à une altération du nerf optique ou bien enfin à une affection du globe oculaire. Des recherches exploratrices sont nécessaires pour déterminer la présence d'un corps étranger, toutefois elles doivent être faites avec de grandes précautions.

Le pronostic est aussi variable que les lésions qui peuvent exister; mais, pour s'en tenir aux troubles de la vision et aux déviations du globe, on peut dire que les amauroses survenues subitement indiquent souvent une lésion grave du nerf optique, et partant sont incurables. Quant aux déviations musculaires de l'œil, elles ne sont guère d'une guérison plus facile.

Il est évident que l'existence de troubles fonctionnels, s'accompagnant de phénomènes cérébraux, indique toujours une blessure fort grave; mais on ne saurait trop insister sur ce fait, c'est que des lésions en apparence insignifiantes et ne donnant lieu à aucun symptôme immédiat, peuvent être suivies au bout de quelques jours d'accidents formidables et trop souvent mortels.

Les épanchements de sang, la présence de corps étrangers, aggravent encore singulièrement le pronostic.

TRAITEMENT. — Deux cas se présentent ici : le corps étranger qui a produit la blessure est ou n'est pas resté dans les tissus. Si l'on est sûr que l'instrument vulnérant a été complètement entraîné au dehors, il faut se borner à prescrire un repos absolu, une diète sévère, des topiques froids sur l'œil, et à pratiquer quelques émissions sanguines locales et générales. On devra surveiller très-attentivement le malade, car, dans quelques cas, les accidents cérébraux ne surviennent que plusieurs jours après la blessure. C'est alors qu'il faudrait insister de nouveau sur les saignées et les révulsifs intestinaux.

La complication de la présence d'un corps étranger dans cette région exige qu'on en pratique l'extraction immédiate. Le voisinage du cerveau et de l'œil explique une semblable pratique. Si le corps étranger fait saillie au dehors, on le saisira avec des pinces à mors solides; c'est avec des tenailles de maréchal que A. Paré put extraire, chez le duc de Guise, l'extrémité rompue d'une lance qui avait pénétré au-dessus de l'œil droit, vers la racine du nez et était venue ressortir entre la nuque et l'oreille, déchirant dans son trajet les vaisseaux et les nerfs, et fracturant les os.

Lorsque le corps étranger ne fait pas au dehors une saillie suffisante pour être bien saisi, il sera nécessaire de pratiquer quelques incisions de façon à le mettre à nu, mais le chirurgien ne devra agir ici qu'avec la plus grande prudence. La conduite suivie par Percy (1), dans un cas de ce genre, ne doit pas être imitée : ce chirurgien fut appelé près d'un maître d'armes qui avait reçu sur l'œil droit un coup de fleuret si violent que la lame avait pénétré de près d'un demi-pied dans la tête et s'y était cassée. Le blessé perdit connaissance, et il survint un gonflement si considérable

(1) *Manuel du chirurgien d'armée*, p. III, 1792.

que le corps étranger disparut complètement. Percy ouvrit l'œil et évacua son contenu; ses pinces n'étant pas assez fortes, il se servit de pinces à écrou d'un horloger, et il put ainsi saisir et extraire l'extrémité rompue du fleuret, ce qui d'ailleurs n'empêcha pas la mort du blessé.

On doit rapprocher de ce fait malheureux un cas où Sabatier (1), après de nombreuses tentatives, parvint à extraire de l'orbite la lame d'un couteau; dans ce cas, la cure fut rapide et la vue bien conservée.

Si malgré des efforts bien dirigés, on ne pouvait arriver à enlever tout de suite le corps étranger, il faudrait attendre que la suppuration donnât un peu plus de liberté à l'instrument vulnérant. Dans tous les cas, même lorsque l'œil est gravement atteint, il vaut mieux laisser cet organe en place que de l'enlever, car il pourra supporter plus tard et plus facilement un œil artificiel.

Quand un corps étranger a été extrait de l'orbite, il ne faut pas croire qu'il n'y ait plus rien à redouter; il peut survenir une inflammation destructive de l'œil ou une méningo-encéphalite. Dans un cas cité par Demours (2), la mort survint un quart d'heure après l'extraction d'une broche pointue d'une machine à filer du coton; l'instrument séjournait depuis plus d'un mois dans la cavité orbitaire, sans pour cela entraîner la perte de la vision, ou donner naissance à aucun symptôme grave.

Lorsque la plaie de l'orbite se complique d'un épanchement sanguin, on prescrira le repos, la diète, les réfrigérants, une compression modérée, enfin on pourra avoir recours aux antiphlogistiques, s'il y a la moindre tendance à l'échauffement du foyer sanguin.

Carron du Villards avait conseillé dans ces circonstances de pratiquer une incision profonde, dans le but de donner issue au sang épanché. Cette méthode doit être rejetée, elle serait tout au plus praticable dans les cas où l'exophtalmie produite par la collection sanguine donnerait lieu à des phénomènes douloureux très-intenses, et menacerait l'intégrité du globe oculaire.

### 3° Fractures de l'orbite.

Les fractures de l'orbite peuvent intéresser la base, les parois ou le sommet de cette cavité. La base de l'orbite, plus exposée à l'action des agents vulnérants, est aussi plus souvent le siège de ces fractures, et des quatre bords qu'on lui décrit, c'est le bord externe qui est d'ordinaire atteint. La fracture peut être simple, unique ou bien multiple et comminutive; elle peut enfin coexister ou non avec une fracture de la base du crâne.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître une fracture de l'orbite, cependant lorsque la lésion siège vers la

(1) *Médecine opératoire*, 1822, t. I, p. 409.

(2) *Traité des mal. des yeux*, t. II, p. 45. Paris, 1818.

base de cette cavité, lorsqu'il existe une plaie, ou bien que les parties fracturées sont mobiles, le diagnostic est des plus simples.

Mais quand la fracture a atteint les parois orbitaires, ou qu'il n'y a qu'une fêlure, on peut méconnaître la lésion, et ne la soupçonner qu'à l'apparition d'une ecchymose sous-conjonctivale, qui finit par gagner la paupière, comme on l'observe dans les fractures du crâne. Mais il est bon de remarquer que ce symptôme n'est pas toujours facile à constater, la fracture de l'orbite s'accompagnant souvent de contusion des paupières et d'épanchements sanguins immédiats plus ou moins considérables.

Les fractures comminutives, avec destruction des parties molles de l'orbite, issue de fragments osseux, et parfois même de portions du cerveau, sont plus faciles à reconnaître; cependant, dans un cas, on a pris pour de la substance cérébrale les matières blanchâtres fournies par la muqueuse du sinus frontal qui avait été largement intéressé (1). Dans ces dernières circonstances, la solution de continuité du sinus se traduit souvent par de l'emphysème des paupières.

Les complications de ces fractures sont des contusions, des plaies de l'encéphale, des lésions des nerfs, et en particulier des nerfs optique, frontal et sous-orbitaire, des altérations plus ou moins profondes du globe oculaire, enfin des déchirures des vaisseaux de l'orbite et des parties voisines. C'est ainsi que Nélaton a observé un anévrysme artérioso-veineux, formé par la communication de la carotide interne avec le sinus caverneux, et résultant d'une fracture du sommet de l'orbite (2).

Le pronostic varie évidemment selon les différentes variétés de fractures et leurs complications; toujours est-il qu'on doit le réserver, car les accidents cérébraux consécutifs à ces lésions ne sont malheureusement pas très-rares.

TRAITEMENT. — Quand la fracture est simple, il suffit de prescrire le repos, la diète, les résolutifs, et les applications réfrigérantes; ces moyens sont surtout dirigés contre la contusion et l'épanchement sanguin concomitant. Si le rebord orbitaire était déplacé et mobile, il faudrait essayer de le remettre dans sa position normale, et de l'y maintenir.

Dans les fractures compliquées et multiples, les indications sont très-variées; tantôt il faut remédier à l'emphysème palpébral en pratiquant quelques mouchetures; tantôt on doit enlever les parties osseuses détachées, en prenant garde toutefois d'extirper aussi celles qui tiennent encore aux parties molles, et qu'on doit autant que possible remettre en place. Enfin lorsqu'on suppose l'existence d'une fracture du crâne ou d'une lésion du cerveau, il faut agir suivant les règles que nous avons déjà données à propos de l'étude de ces graves altérations.

(1) *Mém. Ac. de chirurgie*, 1743, t. I, p. 331

(2) Henry, thèse de Paris, 1856, p. 43

## ARTICLE II.

## LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE L'ORBITE.

## § I. — Maladies inflammatoires de l'orbite.

## 1° Phlegmon.

Le tissu cellulo-graisseux situé en arrière de la capsule fibreuse de l'œil peut être le siège d'une inflammation qui se montre sous deux formes : la *forme aiguë* et la *forme chronique*. Le phlegmon primitivement chronique est très-rare et l'on a dû le confondre souvent avec certaines inflammations chroniques du périoste ou de la paroi osseuse de l'orbite.

A. *Phlegmon aigu*. — ÉTIOLOGIE. — L'inflammation phlegmoneuse aiguë de l'orbite n'est point une affection commune ; elle naît sous l'influence de causes variées, quoique son origine soit le plus ordinairement traumatique. Ainsi les contusions, les corps étrangers qui pénètrent dans cette région, les piqûres pour l'opération de la cataracte par abaissement, le froid, peuvent donner naissance à cette affection, qu'on voit encore apparaître à la suite des fièvres graves.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie s'annonce quelquefois par du malaise et des frissons ; puis survient une douleur sourde qui se fait sentir d'abord dans l'orbite et irradie ensuite dans les régions voisines du crâne et de la face. Cette douleur, supportable à son début, peut augmenter au point de produire une grande agitation, des mouvements convulsifs, du délire. Bientôt on constate une notable saillie de l'œil, et autour du globe l'existence d'une sorte de bourrelet dû à l'infiltration séro-sanguine du tissu cellulaire sous-conjonctival. L'œil a ainsi perdu sa mobilité et l'on est frappé tout à la fois de sa saillie et de sa fixité. Si l'inflammation envahissait plutôt un côté de l'orbite que l'autre, l'œil pourrait se dévier, soit en dedans, soit en dehors ; cette déviation latérale n'est donc pas, comme on l'a dit, un signe pathognomonique de la périostite orbitaire.

En même temps que de la douleur, le malade accuse des battements dans toute la région orbitaire, il se plaint de photophobie et ne tarde pas à s'apercevoir de quelques désordres dans la vision. C'est ainsi qu'il existe tantôt de la diplopie, tantôt un trouble général, quelquefois même une perte complète de la vue. La pupille est ordinairement dilatée ; dans certains cas la surface de la cornée devient le siège d'une anesthésie complète.

Quand la maladie dure quelques jours, le globe oculaire s'enflamme soit par la compression qu'il subit, soit par la propagation de la phlegmasie de voisinage, et cette *ophthalmite* peut être suivie de toutes ses conséquences habituelles.

Les paupières participent aussi aux phénomènes inflammatoires qui se

sont développés dans l'orbite : elles sont tendues, rouges, luisantes, quelquefois violacées.

A ces phénomènes localisés dans l'orbite et aux paupières, viennent se joindre presque toujours des symptômes de réaction générale.

L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite peut se terminer par *résolution*, par *suppuration* et par *induration*.

Quand la *résolution* survient, les phénomènes locaux et généraux diminuent, l'exorbitisme s'efface peu à peu et la vision peut se rétablir complètement.

La *suppuration* s'annonce d'ordinaire par quelques frissons, suivis de sueur, par une sorte de détente locale, et surtout par une diminution dans la rénitence exagérée des parties ; dans quelques cas enfin, il est facile de sentir la fluctuation à travers les paupières.

L'*induration* n'est point une terminaison rare du phlegmon orbitaire, dans un cas observé par nous, le tissu cellulaire de l'orbite resta longtemps tuméfié et induré, en même temps que l'œil faisait une saillie anormale.

Enfin, la mort a été la conséquence de quelques phlegmons de l'orbite, soit que le malade ait succombé à la violence des douleurs, soit que l'inflammation se soit propagée au cerveau et aux méninges.

B. *Phlegmon chronique*. — Le phlegmon chronique de l'orbite, décrit dans quelques traités d'ophtalmologie sous le nom de *périostite chronique*, nous paraît encore trop peu connu pour qu'on puisse en faire une étude détaillée et complète. Nous nous bornerons donc à dire, avec les auteurs qui l'ont mentionnée, que cette affection est marquée à son début par une certaine pesanteur dans l'orbite, par une gêne notable dans les mouvements du globe oculaire, par une exophtalmie d'abord très-légère, puis par une tuméfaction indolente assez résistante au toucher, et enfin par des troubles visuels. Les terminaisons du phlegmon chronique sont absolument les mêmes que celles du phlegmon aigu décrit plus haut.

DIAGNOSTIC. — La seule maladie avec laquelle on puisse confondre le phlegmon aigu de l'orbite est l'ophtalmite. Les principaux éléments du diagnostic différentiel doivent être tirés de l'augmentation du volume de l'œil, du trouble primitif de ses milieux transparents, enfin de l'absence de toute tuméfaction orbitaire dans l'ophtalmite.

Le phlegmon chronique est plus difficile à reconnaître : sa marche, l'absence de douleurs vives, l'exophtalmie, la rénitence de la tuméfaction qui l'accompagne, ont pu faire croire dans quelques cas à une tumeur maligne de la cavité orbitaire. Nous pouvons signaler, entre autres observations, l'erreur de diagnostic célèbre commise par Jæger (1) sur la personne du maréchal Radetzky ; toutefois, dans ce cas particulier, les accidents aigus locaux et généraux du début de l'affection auraient pu mettre sur la voie du diagnostic.

(1) *Ann. d'oculistique*, 1850, t. XXIII, p. 14.

PRONOSTIC. — Le phlegmon de l'orbite est une maladie toujours fort grave, car elle peut avoir une influence funeste sur le globe oculaire et sur le cerveau.

TRAITEMENT. — Au début, il faut avoir recours aux émissions sanguines, aux réfrigérants et aux mercuriaux.

Si ces moyens antiphlogistiques n'ont point entravé la marche de la maladie et si la suppuration survient, il faut songer à évacuer le pus. C'est sur le point le plus saillant et le plus fluctuant de la tumeur qu'il faudra faire porter l'incision; on aura soin toutefois de diriger la pointe et le tranchant du bistouri vers la paroi orbitaire afin de mieux éviter toute blessure du globe oculaire. Dans quelques cas, l'écoulement du pus pourra être favorisé par des injections émollientes et par une douce compression exercée sur le globe oculaire.

Enfin, l'induration inflammatoire qui suit certains phlegmons orbitaires, sera combattue par les applications répétées de vésicatoires et par la compression.

Lorsque les douleurs sont très-intenses et que le pus tarde à se faire jour vers l'extérieur, on pourrait, suivant le conseil du professeur Richet (1), plonger un bistouri à lame étroite dans le sillon oculo-palpébral qui répond au bord inférieur de l'orbite. Les auteurs du *Compendium* proposent aussi les ponctions exploratrices afin de s'assurer de la présence du pus dans la cavité orbitaire, et afin de lui donner issue à l'extérieur aussitôt que possible.

#### 2° Périostite et ostéite.

Cette affection est rarement d'origine traumatique; elle reconnaît pour cause ordinaire la scrofule ou la syphilis. Dans quelques cas, la périostite orbitaire résulte de l'extension d'une inflammation du périoste des os du crâne ou de la face.

La périostite et l'ostéite de l'orbite peuvent affecter une marche aiguë ou une marche chronique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes sont les mêmes que ceux du phlegmon orbitaire, mais la lésion se généralisant moins souvent que dans cette dernière inflammation, il y a plutôt déviation du globe oculaire que projection directe en avant. Dès lors, suivant le siège de la périostite, l'œil sera porté en haut ou en bas, en dedans ou en dehors. Cependant, cette déviation latérale ne doit pas être regardée comme un signe pathognomonique de la périostite, car elle peut manquer lorsque l'inflammation siège vers le sommet ou à la base de la cavité de l'orbite; dans le premier cas, en effet, l'œil peut être directement porté en avant, dans le second cas, il peut se faire qu'il n'y ait aucune déviation du globe oculaire.

Le périostite syphilitique ou scrofuleuse marche avec lenteur, mais se

(1) *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, Paris, 1860, 1<sup>re</sup> éd., p. 335.

termine le plus souvent par la suppuration. L'abcès s'ouvre sur un des points du pourtour de l'orbite et reste fistuleux pendant un temps souvent fort long. Le stilet permet généralement d'atteindre une surface osseuse cariée ou nécrosée, et si cette portion osseuse s'élimine spontanément, la guérison de la fistule peut survenir sans aucun traitement.

Le pronostic de cette affection est grave, car l'inflammation des parois et surtout du sommet de l'orbite peut se propager aux méninges et au cerveau. La guérison est souvent suivie de déformations persistantes des paupières (*ectropion, lagophthalmie*).

TRAITEMENT. — Dans le cas de périostite ou d'ostéite syphilitique, c'est aux mercuriaux et à l'iode de potassium qu'il faudra avoir recours. Les antiphlogistiques seront conseillés au début de la périostite traumatique, enfin, chez les individus strumeux, il est toujours indiqué d'instituer un traitement antiscrofuleux.

Si la maladie s'est terminée par suppuration, il faut donner issue au pus collecté, et s'il existe un trajet fistuleux, on retirera quelques avantages de l'emploi des injections iodées.

#### 3° Abcès.

On peut rencontrer dans la cavité de l'orbite des *abcès chauds*, des *abcès froids* et des *abcès métastatiques*.

Les *abcès chauds* ont été déjà étudiés à propos du phlegmon et de la périostite aigus de l'orbite, nous n'y reviendrons donc pas; nous ajoutons seulement que leur marche rapide, les symptômes aigus qui les accompagnent rendent leur diagnostic assez facile.

Les *abcès froids* sont symptomatiques ou idiopathiques. Ces derniers peuvent être le résultat d'un phlegmon chronique qui s'est terminé par suppuration, mais c'est là un fait exceptionnel, mal étudié, et, dans la majorité des cas, il est fort difficile sinon impossible de préciser à quelle affection on peut avoir affaire.

Les abcès froids symptomatiques sont les plus fréquents; ils résultent soit d'une affection des parois orbitaires, comme la carie, l'ostéite, la nécrose, etc., soit d'altérations analogues, siégeant dans des régions voisines de l'orbite, comme dans les sinus frontaux et maxillaires, dans les cavités nasales et les voies lacrymales, etc.

En général ces diverses altérations osseuses donnent naissance à des collections purulentes mal limitées, à parois parfois très-épaisses, qui reviennent difficilement sur elles-mêmes et sont l'origine de fistules persistantes. Le liquide de ces abcès est séreux, mal lié, quelquefois odorant et mêlé avec des particules osseuses ou de petits séquestres.

La marche de ces collections est fort lente et elles arrivent à l'extérieur après avoir suivi un trajet dont l'étendue varie beaucoup selon le point de l'orbite ou des régions voisines primitivement atteint. Les téguments de la base de l'orbite sont soulevés et l'on peut percevoir une sensation

de fluctuation entre le rebord orbitaire et la paupière; toutefois ce signe n'est pas constant, et, pour l'obtenir, Lisfranc (1) a conseillé de refouler le globe oculaire vers le sommet de l'orbite, de façon que le liquide situé dans les parties profondes vienne faire saillie du côté des téguments.

Ces abcès doivent être incisés assez largement, afin de pouvoir modifier leur surface interne et même les parties osseuses qui sont altérées, à l'aide d'injections excitantes. Nous avons déjà dit que ces abcès donnaient naissance à des fistules interminables, or, celles-ci déterminent des adhérences des paupières et souvent un ectropion. C'est dans le but de prévenir ces fâcheuses complications, qu'en ouvrant ces abcès von Ammon (2) évitait d'inciser la peau au niveau du rebord orbitaire, et que Stoeber recommandait de fermer les paupières jusqu'à parfaite cicatrisation du trajet fistuleux. Enfin, dans un cas où l'abcès faisait saillie vers l'angle interne de l'orbite, Riberi proposa d'enlever ou de perforer la lame orbitaire de l'éthmoïde, pour que le liquide collecté puisse facilement s'écouler dans le nez. Un emploi rationnel des injections détersives et modificatrices est de beaucoup préférable à tous ces moyens, dont quelques-uns sont pires que le mal.

Les *abcès métastatiques* de l'orbite étant fort rares et ne donnant lieu à aucun symptôme caractéristique ni à aucune indication thérapeutique, nous ne ferons que signaler leur existence.

#### 4° Inflammation de la capsule de Tenon.

Le globe oculaire est contenu dans une capsule fibreuse, signalée par Tenon et parfaitement étudiée par le professeur Sappey (3), qui la considère comme la portion centrale ou oculaire de l'aponévrose orbitaire. En arrière, cette capsule donne passage au nerf optique et aux vaisseaux et nerfs ciliaires courts; en avant, elle s'insère à la conjonctive oculaire, au pourtour de la cornée. Les muscles moteurs du globe semblent la perforer vers son tiers moyen, ou plutôt elle donne naissance, en ces points, à des prolongements qui constituent de véritables gaines pour les muscles droits et petit oblique, le prolongement du grand oblique n'entourant pas la portion charnue de ce muscle.

Ces quelques notions anatomiques suffisent pour démontrer que la cavité orbitaire est divisée en deux cavités secondaires: l'une antérieure, contenant le globe de l'œil; l'autre postérieure, renfermant les parties molles de l'orbite: tissu cellulo-adipeux, muscles, vaisseaux et nerfs.

D'après les ophthalmologistes, le tissu cellulaire lâche contenu entre la capsule oculaire et le globe de l'œil serait susceptible de s'enflammer,

(1) *Revue médicale*, 1827, p. 431.

(2) *Journal d'ophthalmologie*, t. I, p. 30.

(3) *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1868, 2<sup>e</sup> éd., t. II, p. 114.

et cette inflammation donnerait naissance à des symptômes en quelque sorte caractéristiques. Cependant, après une étude attentive de ce qui a été écrit à ce sujet, il nous a semblé que les symptômes attribués à la capsulite, assez mal déterminés et variables selon les auteurs, pouvaient être le plus souvent rapportés, soit à la phlegmasie du globe oculaire, soit au phlegmon du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Signalée pour la première fois par O'Ferral (1), l'inflammation de la capsule de Tenon donnerait lieu aux violentes douleurs, à l'exophtalmie, et à la fixité de l'œil, qui se manifestent dans le phlegmon de l'orbite. O'Ferral mentionne aussi un chémosis œdémateux de la conjonctive oculaire; mais le signe en quelque sorte pathognomonique de cette inflammation, c'est que le gonflement et la rougeur de la paupière supérieure sont limités en haut par une ligne bien accusée, de sorte qu'ils n'atteignent pas le contour de l'orbite.

Ces caractères ne nous paraissent pas suffisants pour établir une distinction entre cette inflammation et le phlegmon orbitaire. Telle est aussi l'opinion de L. Wecker, qui, cependant, admet l'existence isolée de la capsulite, et même lui conserve l'un des signes d'O'Ferral: le chémosis œdémateux sous-conjonctival.

L. Wecker donne trois symptômes comme caractérisant cette affection: 1° une injection et un œdème sous-conjonctival analogues à ceux des iritis ou des choréïdites, et limités au tissu sous-muqueux du globe oculaire; 2° une légère exophtalmie persistant pendant toute la durée de la maladie, mais n'étant jamais aussi prononcée que dans les phlegmasies de l'œil ou de l'orbite; 3° enfin une diminution de la mobilité de l'œil. Cette diminution de mobilité peut passer inaperçue, car elle ne se fait guère sentir que dans les mouvements exagérés du globe oculaire; elle se traduit au malade par l'apparition d'images doubles, qui, à égale distance, offriraient un même écartement, preuve que l'exophtalmie s'est produite uniformément.

Toujours d'après Wecker, et contrairement à l'opinion d'O'Ferral, cette inflammation aurait une marche lente et se terminerait fort rarement par suppuration, excepté lorsqu'elle résulte du phlegmon de l'œil ou de l'orbite.

Le pronostic de cette inflammation serait peu grave; cependant elle pourrait donner naissance à des troubles de la vue, par suite d'une altération consécutive du nerf optique. Voici comment L. Wecker explique ce fait, qui nous paraît fort hypothétique: Sous l'influence de l'inflammation, le tissu cellulaire qui tapisse la capsule devient le siège d'une hypergénése très-active dans quelques cas, et à laquelle succède une sorte de rétraction cicatricielle qui peut exercer son action sur l'émergence du nerf optique et amener la cécité.

ÉTIOLOGIE. — O'Ferral rattachait cette affection au rhumatisme ou

(1) *Dublin Journ. of Med. Science*, 1841, vol. XIX, p. 343.