

sait le sac de façon à supprimer tout à fait les voies lacrymales; Desmarres, qui avait adopté cette manière de faire, employa, pour la réaliser, la pâte de Vienne et ensuite le fer rouge. La situation, on le voit, n'était pas très heureuse, et la découverte d'Anel n'avait pas encore porté tous ses fruits. Aussi accueillit-on comme elle le méritait la pratique de Bowmann, lequel exécutait la canalisation par les voies naturelles, au moyen de sondes petites qui ne restaient pas en place. Il faut noter encore la dilatation forcée de Weber, la stricturotomie de Stilling, à une époque rapprochée de nous. Enfin, actuellement et en certains cas, on s'attaque directement au sac pour le modifier avant de pratiquer la canalisation.

La *chirurgie plastique* des paupières fit de très grands progrès au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle. Les traités classiques enregistrent tous, avec détails, les nombreux procédés proposés dans l'ectropion cicatriciel, par Adams, Warton Jones, Denonvilliers, Fricke, Dieffenbach. Certains ne sont que des modifications heureuses des procédés antiques d'Anthyllus et des chirurgiens arabes. Par-dessus tout, lorsqu'il est question de blépharoplastie, il faut citer Mirault (d'Angers) qui a fait connaître la suture palpébrale provisoire sans laquelle aucun procédé de blépharoplastie ne saurait réussir complètement.

Dans le trichiasis, il y a à enregistrer le procédé de Gaillard (1844) connu sous le nom de « sutures de Gaillard » et encore en usage aujourd'hui. Enfin c'est vers la même époque que Jæsche fit connaître sa célèbre opération de la « transplantation du sol ciliaire », qu'on retrouve dans Aëtius.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup préoccupé de l'étiologie et de la pathogénie des affections oculaires, et on a cherché à déterminer notamment les relations existant entre les maladies des yeux et les maladies générales, nerveuses, viscérales, diathésiques ou infectieuses et les intoxications.

Bouchut recherche des symptômes oculaires dans les ma-

ladies cérébrales et son ouvrage sur la *cérébroscopie* (1862) renferme, sinon des résultats importants, du moins des tendances significatives. L'école de la Salpêtrière, avec Charcot et Parinaud, donne toute son importance diagnostique et pronostique à l'examen de l'œil dans la pathologie nerveuse. Jæger, Arlt, Færster, dans le traité de Græfe et Sæmisch; de Wecker, Gayet, Panas, les auteurs contemporains, dans leur enseignement et leurs publications; tous les ophtalmologistes, sur de multiples points de détails, s'appliquent à montrer que l'œil n'est point un organe isolé, mais que, comme tous les autres, il se rattache étroitement à l'organisme entier, subissant ses troubles de nutrition, ses infections, ses intoxications. Un grand nombre de thèses en France ou à l'étranger mettent en relief la parenté morbide de l'œil avec les autres organes. Cette question se trouve très complètement exposée dans l'excellent livre de E. Berger (1892).

---

## CHAPITRE II

### MALADIES DE L'ORBITE

#### I. — Blessures.

§ 254. — Les blessures de l'orbite sont produites par des instruments contondants, piquants, tranchants ou des armes à feu qui frappent les os, les parties molles ou le globe oculaire; il peut s'y ajouter la présence de corps étrangers.

Lorsque le *rebord orbitaire* est fracturé à la suite d'une chute ou d'un coup quelconque, on constate une douleur localisée, de la mobilité, parfois de la crépitation. Si les cavités voisines, sinus, fosses nasales, sont ouvertes, de l'emphysème se manifeste. L'hémorrhagie, des ecchymoses profuses sont habituelles.

Des instruments pénétrants, fleuret, sabre, des projectiles, de violentes contusions entraînent parfois, sans lésion marginale, des *fractures des parois orbitaires* ou du *canal optique*. Une hémorrhagie abondante, de l'exophtalmie, des lésions vasculo-nerveuses, la compression optique, qui en résultent produisent de graves troubles visuels. Le globe oculaire peut être en partie arraché ou luxé. La luxation traumatique de l'œil est souvent la suite de coups de pince; c'est là une manœuvre qui serait familière aux lutteurs de certains pays lors de rixes sérieuses.

Les projectiles déterminent, quand ils sont volumineux, des lésions généralement graves; petits comme des grains de plomb, ils s'enkystent parfois sans grand dommage.

Les *parties molles de l'orbite* peuvent être diversement lésées par des contusions ou des corps pénétrants. La contusion détermine souvent la section des parties molles sur le rebord tranchant de l'orbite. Les corps pénétrants déchirent les muscles, les vaisseaux, les nerfs ou le globe oculaire. Un hématome volumineux, des paralysies immédiates, le strabisme, l'amblyopie ou la cécité résultent des lésions profondes. On a observé maintes fois, dans ces cas, des *anévrismes de l'artère ophtalmique*, ou *artério-veineux* du sinus caverneux et de la carotide. L'exophtalmie, le souffle et des battements isochrones du pouls, sont alors significatifs.

Le *globe oculaire* contusionné ou perforé est plus ou moins altéré suivant la violence, l'étendue et la profondeur de la lésion. Depuis les éraillures de la cornée ou de la sclérotique jusqu'aux plaies du cristallin, de l'iris, des membranes profondes et à la destruction totale, tous les degrés de traumatismes sont observés. Les corps étrangers ne sont pas rares.

Le *diagnostic* des blessures de l'orbite est facile mais l'appréciation exacte des lésions devient souvent délicate. On devra examiner successivement les os, les parties molles, le globe. La douleur, les hémorrhagies, l'exorbitis, les mouvements de l'œil, l'état visuel permettront de se rendre compte des désordres produits. Le pronostic dépend de la blessure

même et des complications oculaires ou infectieuses. Il est prudent d'être réservé au début, car des troubles tardifs restent longtemps possibles.

Le *traitement* comprend l'antisepsie locale, les sutures, le drainage au besoin et, s'il y a lieu, l'extraction des corps étrangers assez volumineux ou peu susceptibles d'enkystement.

## II. — Périostite et Ostéite.

§ 255. — L'ostéo-périostite orbitaire présente des symptômes différents suivant que la lésion affecte le rebord extérieur ou les parois profondes de la cavité. Vers le rebord orbitaire, elle se manifeste par les signes suivants: empâtement de la région, douleur, chaleur, puis fluctuation s'il survient de la suppuration, enfin ouverture extérieure, issue d'un pus plus ou moins bien lié, établissement d'une fistule (fistule malaire).

La forme chronique revêt des symptômes plus atténués que la forme aiguë; les deux principaux sont le gonflement et la douleur sourde continue, avec exacerbations nocturnes.

La périostite ou l'ostéo-périostite profonde offre un ensemble différent de symptômes et ceux-ci sont en général graves. Si elle est aiguë, c'est l'apparence d'un phlegmon de l'orbite avec une protrusion très considérable du globe oculaire et des douleurs extrêmement vives. Il n'y a guère que la dénudation osseuse lors du débridement du foyer suppuratif qui permette de fixer exactement le diagnostic.

L'ostéo-périostite chronique est plus difficile encore à reconnaître, et on peut dire de celle-ci qu'elle est ordinairement méconnue jusqu'à la ponction exploratrice. Les symptômes sont ceux d'une tumeur solide: protrusion lente du globe avec exophtalmie directe ou latérale, battements profonds et douleurs sourdes, absence de rougeur de la peau mais dilatation veineuse considérable, comme on l'observe dans les néoplasmes malins. Aussi les erreurs de diagnostic des abcès sous-périostiques de l'orbite pris pour des cancers de la région sont-elles ordinaires; il en est même de célèbres.

Les ostéo-périostites, quand elles n'aboutissent pas à la suppuration, peuvent amener une hypertrophie de certains points des parois osseuses de l'orbite.

Le traitement des formes aiguës antiphlogistique au début comporte l'incision et l'évacuation du foyer purulent dès qu'il sera constitué, enfin le grattage des parties osseuses s'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse (fistule de l'os malaire).

Dans les formes chroniques, souvent d'origine syphilitique, le traitement spécifique sera institué. S'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse, outre l'établissement d'un régime reconstituant approprié, injections de gâicol, phosphate de chaux, huile de morue, etc., on bourrera la plaie cavitaire suppurante de gaze simple ou iodoformée.

Quand l'ostéo-périostite provient d'une altération des parties osseuses voisines de l'orbite ou d'une suppuration des sinus, chose fréquente, il est indiqué de s'attaquer à cette cause infectieuse par des interventions directes et des lavages antiseptiques.

### III. — Tenonite.

§ 256. — C'est l'inflammation de la bourse séreuse rétro-oculaire qui emboîte l'œil en arrière et lui constitue, avec la capsule de Tenon, comme une séreuse articulaire.

Un chémosis occupant la moitié inférieure du globe, une imitation des mouvements du globe avec douleur, une légère exophtalmie *directe*, sont les signes cardinaux de cette affection.

La tenonite est spontanée et primitive, ou bien secondaire.

La tenonite *primitive* ou *spontanée*, presque exclusive à l'adulte, est de nature rhumatismale. A la suite de l'exposition à un courant d'air froid, on voit, d'un côté, se produire une légère exophtalmie directe, un peu de chémosis; on observe surtout que les mouvements du globe sont limités et particulièrement douloureux. Généralement l'affection, qui débute par un seul œil, devient bilatérale après quelques jours. La résolu-

tion est la règle. On a rapproché cette affection, avec raison, d'un hygroma ou d'une hydarthrose aiguë (Panas).

Ordinairement, la papille optique offre un léger nuage, indice d'une certaine gêne circulatoire par le fait de la compression, mais la vision reste conservée. Parfois pourtant, quand la tenonite relève de causes plus graves que le rhumatisme simple, dans l'influenza ou l'érysipèle, par exemple, on voit des lésions optiques sérieuses se produire.

Le traitement de la tenonite simple consistera dans un pansement chaud à sec appliqué sur les yeux et dans l'administration du salicylate de soude.

La tenonite *secondaire* est constituée par une suppuration de la poche séreuse rétro-oculaire. Elle succède à une infection de voisinage : inoculation accidentelle dans les cas de plaie avec ou sans corps étranger, inoculation opératoire parfois lors d'intervention sur la capsule de Tenon, dans l'opération du strabisme notamment, etc.

La tenonite secondaire s'accompagne de chémosis avec douleur, exophtalmie légère et immobilité du globe. Tout peut se terminer par résolution; toutefois s'il survient de la suppuration, le pus perfore en général la séreuse rétro-oculaire, se répand dans le tissu cellulaire de l'orbite et l'affection se confond alors avec le phlegmon orbitaire proprement dit.

### IV. — Phlébite orbitaire et Thrombose du sinus caverneux.

§ 257. — On peut les réunir dans un même chapitre parce que l'une est la conséquence directe et forcée de l'autre. D'ailleurs cette affection, symptomatique dans son ensemble comme par ses origines, se rapproche de l'inflammation générale du tissu cellulaire de l'orbite que nous allons étudier sous le nom de phlegmon.

La phlébite orbitaire survient à la suite d'une infection du voisinage qui peut provenir du nez, du pharynx, du pé-

rioste alvéolo-dentaire, des sinus, de toutes les parties qui avoisinent l'œil, mais spécialement du sac lacrymal.

Ses symptômes consistent principalement en une exophtalmie considérable, avec stase veineuse et œdème, qui offre ce caractère particulier de s'étendre jusqu'à la région temporelle. Le début de ces phénomènes est annoncé par des frissons. Il en résulte souvent une fonte purulente du contenu de l'orbite, du globe, et la mort se produit par méningite ou septico-pyohémie aiguë.

Le diagnostic est basé sur l'œdème étendu à la tempe et à la joue, l'exophtalmie et surtout la bilatéralité de la lésion. C'est là un signe capital et il est ordinaire de voir des signes d'exophtalmie, encore qu'atténués, se manifester de l'autre côté avec de la douleur.

On modifiera énergiquement le foyer infectieux initial, puis on administrera des calmants, des résolutifs et des mercuriaux.

#### V. — Phlegmon orbitaire.

§ 258. — Il survient à la suite de traumatisme accidentel (plaie du sourcil surtout) ou opératoire, d'affections générales pyhémiques et même sans cause nettement appréciable. Les symptômes débutent par un malaise général et des frissons, de la gêne péri-oculaire, de la douleur, de l'œdème palpébral, du chémosis, parfois de l'exophtalmie et de la fièvre. La rougeur localisée, la fluctuation indiquent une suppuration superficielle et l'issue prochaine du pus. Celui-ci peut toutefois n'être révélé que par une ponction. La suppuration péri-oculaire ou rétro-oculaire étant évacuée spontanément ou chirurgicalement, l'amélioration est ordinairement rapide. L'œil peut rester plus ou moins intact, mais il subit quelquefois de la compression bulbaire, surtout de la compression optique capable d'être suivie d'une atrophie complète du nerf.

En certains cas très infectieux, le phlegmon revêt la forme grave du phlegmon diffus gangreneux, gagnant la fosse tem-

porale, les paupières, et pouvant entraîner la mort par méningite ou septicémie aiguë.

On reconnaît aisément le phlegmon orbitaire à la période d'acmé, mais, au début, le diagnostic est plus difficile. L'œdème palpébral ou conjonctival, la tenonite séreuse peuvent y faire croire; dans ces cas, la marche paraît moins aiguë et moins grave.

Dans la thrombose des sinus caverneux, l'exophtalmie, double souvent, est aussi plus marquée et il existe de la stase dans les veines orbitaires et rétiniennes; en outre, on constate de l'œdème de la région mastoïdienne et des symptômes cérébraux graves. La thrombose peut succéder d'ailleurs au phlegmon, mais le plus ordinairement elle le précède et est consécutive à des pyrexies infectieuses graves, scarlatine, érysipèle, ou à des inflammations de voisinage, nasales, faciales, pharyngées, dentaires.

L'incision, le drainage, les lavages sont surtout indiqués.

#### VI. — Tumeurs.

§ 259. — Elles offrent, dans l'orbite, une très grande variété en raison de la diversité des tissus et des organes que renferme cette cavité: glandes, muscles, tissu conjonctif, graisse, os, vaisseaux, etc. On trouve dans l'orbite des kystes, des tumeurs vasculaires, des néoplasmes bénins et malins.

Toutes ces tumeurs présentent des symptômes communs: d'abord, en première ligne, l'exophtalmie directe ou latérale, puis la déviation de l'œil, des troubles de motilité du globe et de la gêne circulatoire de la région. On peut souvent aussi reconnaître la tumeur à la palpation directe en insinuant le doigt entre l'œil et le rebord orbitaire.

Chacune des variétés de tumeur, suivant son genre, présente en outre des signes distinctifs particuliers.

**Kystes.** — Il faut distinguer les kystes à entozoaires, les kystes séreux et les kystes dermoïdes.

Les *kystes à entozoaires* sont rares, surtout les kystes à cys-

ticerques qui ne se voient guère que sous la conjonctive.

Les kystes hydatiques sont moins exceptionnels; ils occupent le tissu cellulaire rétro-bulbaire et occasionnent de l'exophtalmie. On peut soupçonner ces lésions par la fluctuation et surtout la ponction et l'examen microscopique. Les crochets, la composition du liquide sont caractéristiques. La ponction suivie de l'issue d'un liquide clair comme de l'eau de roche suffit déjà à renseigner. Ces kystes hydatiques peuvent suppurier; le pus, fusant dans le tissu cellulaire de l'orbite, occasionne souvent des dégâts étendus.

Les *kystes séreux* se rencontrent sous la paupière inférieure, au lieu d'élection, en bas et en dedans. Ils sont peu volumineux et coïncident ordinairement avec la microphthalmie. Congénitaux, ils résultent peut-être d'une invagination de la muqueuse sous-nasale; ils sont liés à des troubles de développement du globe oculaire (Panas).

Comme traitement, l'extirpation pure et simple est préférable à la ponction.

Les *kystes dermoïdes* sont analogues à ceux de la queue du sourcil. On les rencontre surtout en bas et en dedans, puis en haut et en dehors.

Leur volume est petit et leur consistance molle. On y trouve des poils, des glandes, un épithélium atrophié. Il s'agit d'invagination ou d'inclusion ectodermique au niveau de la fente branchiale naso-lacrymale.

Les troubles oculaires sont nuls. On constate seulement une légère tuméfaction palpébrale. Beaucoup de malades préfèrent conserver leur kyste; mais l'extirpation peut être pratiquée, surtout pour des motifs d'esthétique.

Les *méningocèles* et les *méningo-encéphaloïdes* offrent l'*aspect kystique*. On constate à leur niveau de la fluctuation et, à la ponction, on retire du liquide céphalo-rachidien. Parfois même, si la communication de la méningocèle avec la cavité crânienne est oblitérée, l'illusion est complète. Il s'agit ici de perforation des parois crâniennes au niveau de la suture ethmoïdo-frontale. On peut reconnaître en effet l'ouverture

crânienne, percevoir les pulsations cérébrales et réduire à l'intérieur le liquide de la tumeur; au besoin, une ponction confirmerait le diagnostic. Les méningocèles ou encéphalocèles sont très rares. L'expectation est la règle, mais, avec l'antiseptie actuelle, elle peut devenir moins absolue qu'autrefois.

**Tumeurs vasculaires.** — Elles comprennent les varices, les angiomes, les anévrysmes.

Les *varices* sont exceptionnelles. On les reconnaît à une tuméfaction variable et pâteuse, vers l'angle interne, mais cette tuméfaction peut manquer. Dans tous les cas, on observe une exagération de la saillie oculaire quand le sujet fait effort ou baisse la tête. On ne doit pas désigner cette affection sous le nom d'exophtalmie pulsatile. On n'aurait à intervenir que si l'exophtalmie était excessive ou le globe altéré. L'extirpation, la ligature ou l'électrolyse seraient, dans les cas graves, aujourd'hui indiquées.

Les *angiomes* sont variqueux et surtout caverneux ou kystiques. Ils forment des tumeurs de volume variable et généralement encapsulées. On peut les voir débiter sous forme de naevi à la paupière ou bien ils prennent naissance dans la cavité orbitaire et alors dans le fond de l'entonnoir musculaire de l'œil.

Les angiomes superficiels sont souvent animés de battements et aussi réductibles à la pression. Ceux qui occupent le fond de l'orbite, étant emprisonnés dans une gangue fibreuse, peuvent perdre toute réductibilité et ne donnent lieu à aucun bruit anormal.

L'exophtalmie est plus ou moins prononcée, suivant le volume de la tumeur vasculaire. Du degré de cette exophtalmie dépend l'état du globe oculaire lui-même. Le nerf optique peut être comprimé et atrophié; parfois au contraire il conserve une intégrité remarquable. La cornée, exposée à l'air, peut s'ulcérer et l'œil tout entier subir les plus graves altérations ou s'atrophier.

L'ablation de l'œil, suivie d'extirpation de la tumeur vasculaire, est le procédé de choix quand le globe est atteint de