

DILATATION PAR LE PROCÉDÉ DE WEBER. — Weber a substitué des bougies élastiques et des bougies en cire (de 1 millimètre et demi à leur petite extrémité) aux bougies métalliques de Bowman : si le rétrécissement est infranchissable à ces bougies, il a recours pour le dilater de force à une sonde métallique biconique dont nous donnons ici la figure. Bien que le procédé de Weber ait été très vivement attaqué, il a donné de bons résultats.

Quel que soit le procédé auquel on ait recours, il convient de compléter l'action mécanique de la dilatation par des injections modificatrices pratiquées avec la seringue d'Anel. Injections au sulfate de zinc à 1 p. 100 ou au nitrate d'argent à 1 p. 300.

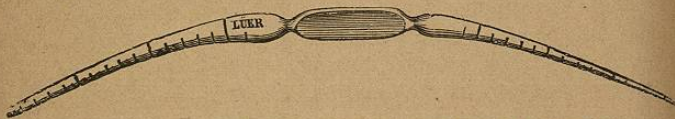


Fig. 173. — Sonde de Weber pour la dilatation des voies lacrymales.

La présence d'une fistule lacrymale ne change rien au traitement, il doit être tel que nous venons de l'indiquer, la fistule se ferme d'elle-même dès que les voies lacrymales ont recouvré leur perméabilité ; parfois des cautérisations directes au nitrate d'argent ou au thermo cautère en hâtent la guérison.

#### POLYPES DU SAC LACRYMAL.

On trouve dans la science quelques observations de polypes développés dans le sac lacrymal, ils s'accompagnaient d'un catarrhe plus ou moins intense, sans qu'il soit possible de dire si le catarrhe avait été la cause ou la conséquence du polype. — L'incision du sac lacrymal a seule permis de porter un diagnostic précis, de plus elle a seule permis d'extirper le polype.

## CHAPITRE VII

### MALADIES DE L'ORBITE

#### I. — Lésions traumatiques de l'orbite.

A. CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES. — Lorsqu'un corps contondant vient frapper tout le pourtour de l'orbite, ou seulement une de ses parties, on peut observer divers accidents, ce sont :

1° La déchirure des téguments, qui, fortement comprimés contre le relief saillant de l'orbite, peuvent être sectionnés aussi nettement que par un instrument tranchant ;

2° Une commotion ou une contusion cérébrale ;

3° Une fracture des os qui forment la voûte de l'orbite ;

4° La chute de la paupière supérieure, par lésion du filet nerveux qui anime le releveur ;

5° L'amaurose, qui peut se produire soit au moment même de l'accident, soit après un certain laps de temps <sup>1</sup>.

Le traitement sera adapté aux lésions qui l'on aura constatées : on préviendra par l'emploi des antiphlogistiques le développement des phénomènes inflammatoires ; on combattra par les excitants et l'électricité la paresse du nerf optique.

B. PLAIES. — Elles présentent, suivant leur profondeur, leur direction et la nature des organes intéressés, des varié-

<sup>1</sup> Cette amaurose peut tenir, soit à un décollement de la rétine, soit à une compression ou même à un simple ébranlement du nerf optique, soit à une action réflexe de nature inconnue ; la variété de ces causes explique l'évolution si diverse de ces amauroses, qui s'effacent en quelques jours ou, au contraire, aboutissent à l'atrophie du nerf optique.



tés si nombreuses, qu'elles se prêtent peu à une description générale. Les lésions les plus ordinaires sont :

Des *épanchements sanguins* qui, s'accumulant dans le tissu cellulaire de l'orbite, ont pu produire une exophtalmie momentanée <sup>1</sup> ;

La présence de *corps étrangers*, qui éveillent des accès inflammatoires à marche intermittente, et qui, sous la double influence de la pesanteur et de la zone inflammatoire qu'ils éveillent autour d'eux, peuvent se frayer une voie insolite ; ainsi on les a vus arriver au-dessous de la muqueuse buccale, et y former un abcès dont l'ouverture a permis leur extraction <sup>2</sup>.

Sauf les cas de lésions considérables, il est souvent difficile de préciser la profondeur de la blessure et la nature des organes intéressés.

Si l'on a lieu de croire que la plaie est simple, on cherchera par un traitement antiphlogistique à prévenir le développement de l'ophtalmie ; mais si la plaie se complique de la présence d'un corps étranger, il faut l'extraire, soit immédiatement, soit au moment où la suppuration s'est établie.

C. FRACTURES. — Les fractures de l'orbite peuvent être méconnues, car parfois elles consistent simplement en une *fêlure* qui ne se traduit que par une *echymose sous-conjonctivale* ; mais lorsque le trait de la fracture atteint la base de l'orbite, lorsqu'il existe une plaie, ou qu'un des fragments est mobile, le diagnostic n'offre aucune difficulté.

Leurs complications sont très fréquentes : 1<sup>o</sup> ce sont des lésions du globe oculaire, des muscles ou des nerfs de l'œil ; 2<sup>o</sup> des lésions du cerveau, de ses enveloppes, etc. <sup>3</sup>.

Nous avons déjà exposé le traitement à l'article FRACTURES DU CRANE ; rappelons qu'une fracture simple ne demande que le repos, aidé de quelques résolutifs.

1. En ce sens qu'au fur et à mesure de la résorption du sang épanché l'œil rentre dans l'orbite.

2. Quant aux graves désordres produits par les projectiles de guerre, ils déterminent fréquemment la perte de l'œil.

3. On a vu parfois un emphysème se produire par l'ouverture du sinus frontal.

## II. — Lésions inflammatoires et organiques.

### A. — PHLEGMON. — PÉRIOSTITE. — ABCÈS.

PHLEGMON. — L'inflammation du tissu cellulo-graisseux qui occupe le fond de l'orbite a été parfois observée à la suite de *contusions*, d'*opérations sur l'œil*, de corps étrangers, à la suite de fièvres graves, etc.

Elle s'annonce par une *douleur* dans le fond de l'orbite ; d'abord sourde et bien limitée, cette douleur devient très intense, s'irradie sur tout le pourtour de l'orbite, s'accompagne de battements très pénibles. En même temps l'œil devient *proéminent*, *fixe*, *exophtalmique* ; il est couronné d'un *bourrelet œdémateux*, formé par l'infiltration du tissu cellulaire sous-conjonctival, les paupières sont œdématisées ; il survient aussi divers *troubles visuels*, tels que photophobie, diplopie et même perte de la vision ; dans quelques cas l'œil s'enflamme par voisinage.

Quoi qu'il en soit, les destinées de ce phlegmon sont variables : quelques malades ont succombé au développement d'une *méningo-encéphalite*, mais souvent tous les phénomènes que nous venons d'indiquer s'effacent peu à peu, et la maladie se termine par *résolution* ; dans d'autres cas il se forme *du pus* que l'on voit pointer au-dessous de la conjonctive ; enfin, on a plusieurs fois observé l'*induration* du tissu cellulaire de l'orbite.

On pourrait confondre le phlegmon de l'orbite avec le phlegmon de l'œil, si dans le premier cas on ne constatait, malgré les troubles visuels, l'intégrité des milieux de l'œil, etc.

Au début, on aura recours au *calomel à doses fractionnées*, aux réfrigérants et même aux émissions sanguines ; si l'on ne parvenait à prévenir la suppuration, il faudrait se hâter de lui ouvrir une voie par une incision pratiquée au niveau du point le plus saillant.

PÉRIOSTITE ET OSTÉITE. — Leurs causes ne présentent dans cette région rien de spécial (syphilis, scrofule, traumatisme).

Elles se traduisent par les mêmes symptômes que le phleg-



mon, avec cette particularité que l'ostéo-périostite se limitant d'ordinaire à l'une des parois de l'orbite, l'œil se trouve projeté du côté opposé, au lieu d'être directement saillant, ainsi que cela s'observe dans le phlegmon.

Le pronostic de ces ostéo-périostites est grave, en raison des méningo-encéphalites qui, dans quelques cas, en ont été la conséquence.

C'est au traitement général qu'il faut d'abord recourir ; il sera aidé par quelques révulsifs appliqués sur le pourtour de l'orbite.

ABCÈS. — L'orbite peut être le siège de collection s purulentes d'origines diverses. Les unes sont engendrées par les phlegmons ou les périostites dont nous venons de parler ; ce sont les *abcès chauds* ; d'autres sont le produit de lésions osseuses (carie, nécrose), de l'orbite elle-même ou des régions voisines ; ces abcès ont toute la physionomie des abcès par congestion : ce sont des *abcès froids* ; ils doivent être ouverts largement, de façon à permettre l'évacuation complète du pus et les injections de substances excitantes (surtout de teinture d'iode), destinées à modifier les surfaces malades. Quant aux *abcès métastatiques* liés à l'infection purulente, ils sont fort rares, et ne donnent lieu à aucune indication spéciale 1.

#### B. — TUMEURS DE L'ORBITE.

Elles sont de trois sortes : les unes se développent aux dépens des *organes contenus dans l'orbite* ; d'autres naissent de *ses parois* ; d'autres, enfin, *formées en dehors* de cette cavité, n'y arrivent que par le fait de leur accroissement. Ces tumeurs sont des lipomes, fibromes, exostoses, enchondromes, kystes, tumeurs vasculaires, sarcomes, cancers.

1. Plusieurs ophthalmologistes décrivent, à titre de maladie distincte, l'inflammation de la capsule de Tenon et de cette mince couche de tissu cellulaire qui facilite les glissements du globe de l'œil dans cette capsule ; cette lésion fort rare aurait été observée à la suite d'opérations pratiquées sur l'œil, sous l'influence du froid, du rhumatisme, etc. Elle se caractériserait par une injection sous-conjonctivale, une légère exophthalmie, la fixité de l'œil. La maladie ne suppure jamais, mais elle peut aboutir à l'atrophie du nerf optique (de Wecker).

Les **symptômes** qu'elles déterminent tiennent, les uns aux compressions diverses des organes qui se trouvent dans cette région, d'autres à la nature de la tumeur elle-même.

*Symptômes de compression.* — Le début de la tumeur s'annonce par un sentiment de gêne et de pesanteur dans le fond de l'œil, bientôt surviennent des douleurs plus ou moins vives suivant le degré de distension et de compression des organes contenus dans l'orbite et aussi suivant la nature de la tumeur.

Puis se déroulent une série de phénomènes engendrés mécaniquement par la tumeur, et pouvant être divisés en signes physiques et fonctionnels.

Les *signes physiques* consistent : 1° en une *exophthalmie*, c'est-à-dire en une saillie de l'œil que la tumeur chasse de l'orbite, cette exophthalmie qui s'accroît avec les progrès de la tumeur est directe ou latérale suivant le sens de l'évolution de cette tumeur ; en tous cas, l'œil est fixe. 2° En un *œdème des paupières* avec chémosis séreux et dilatation variqueuse des veines du pourtour de l'orbite, engendré par la compression de la veine ophthalmique. 3° En un *strabisme* produit par la paralysie des muscles ou par la compression du globe de l'œil. — Les *signes fonctionnels* sont, outre la douleur, divers troubles visuels, au début de l'héméralopie ou de la myopie suivant que le globe oculaire sera aplati ou allongé, de la photophobie, des étincelles et finalement une cécité complète.

*Symptômes propres à chaque tumeur.* — 1° **LIPOME.** — Très rare on n'en connaît que deux ou trois exemples ; le lipome n'a par lui-même aucun symptôme spécial.

2° **FIBROME.** — Tout aussi rare et tout aussi dépourvu de caractères spéciaux.

3° **EXOSTOSES (OSTÉOMES).** — Plus fréquentes, elles naissent, soit des parois de l'orbite, soit des parties voisines ; on les a rattachées à la syphilis, à la scrofule, à la périostite chronique. Les unes sont formées de tissu compact, les autres de tissu spongieux ; elles atteignent parfois d'énormes proportions.



4° ENCHONDROMES. — Fort rares et ne donnant lieu à aucune considération spéciale.

5° KYSTES. — On en a rencontré de toutes sortes : des kystes dermoïdes ; des kystes glandulaires, formés par l'hypertrophie des glandes lacrymales ; des kystes séreux, véritables hygromas de l'orbite ; des kystes hydatiques, et même des kystes formés dans l'épaisseur des parois orbitaires.

6° TUMEURS PULSATILES OU ANÉVRYSMOÏDES DE L'ORBITE. — Sous ce titre, on réunit certaines tumeurs dont les caractères cliniques sont semblables, mais qui n'ont pas le même point de départ : ce sont des anévrysmes de l'artère ophthalmique, une dilatation anormale de la veine ophthalmique, une communication anormale entre l'artère carotide interne et le sinus caverneux, des tumeurs érectiles, etc. Toutes ces tumeurs vasculaires ont des caractères communs, *pulsations, exophtalmie*, bruits de souffle, ce n'est qu'exceptionnellement que leur diagnostic différentiel est possible.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs peuvent naître spontanément ou se produire sous l'influence d'un traumatisme. Le début s'annonce souvent par un sentiment de craquement, de rupture dans l'œil ou dans la tête ; puis la maladie se caractérise par la *gêne circulatoire de toutes les parties molles intra-orbitaires*, les paupières se vascularisent, la conjonctive se boursoufle ; souvent la vascularisation de la face est plus grande de ce côté, l'œil devient proéminent. Cette exophtalmie peut exister à des degrés très divers ; mais si on l'ausculte, on entend un *bruit de souffle* continu ou intermittent. Très souvent le malade a conscience de ce bruit, qu'il compare à celui d'une scie en mouvement ; il peut être perçu non seulement par l'auscultation de l'orbite, mais aussi par celle de la tempe etc... Ce bruit de souffle s'accompagne de *pulsations* plus ou moins appréciables.

Dans plusieurs cas, on a vu se développer, au niveau de la partie interne de la base de l'orbite, une ou plusieurs tumeurs assez semblables à ce que pourrait produire une dilatation

variqueuse de la veine ophthalmique au niveau de sa jonction avec la veine faciale.

Ces tumeurs ont de la tendance à s'accroître, et, s'il est fort rare d'observer leur rupture, il est fréquent de voir l'exophtalmie se prononcer de plus en plus et entraîner la cécité ; d'ailleurs, les bruits perçus par le malade, les douleurs, l'insomnie, l'engagent à recourir à une intervention chirurgicale.

**Traitement.** — Vous tenterez d'abord la compression digitale de la carotide primitive ; en cas d'insuccès, il faut recourir à la ligature de la carotide interne ou même de la carotide primitive. On cite quelques tentatives heureuses d'injections coagulantes avec du perchlorure de fer.

7° SARCOMES. — On trouve dans les annales de la science plusieurs observations de tumeurs fibro-plastiques ou sarcomes développés dans les parois de l'orbite : on les a observés sur des sujets jeunes : outre les symptômes ordinaires aux tumeurs de l'orbite, ils donnent lieu à des douleurs très vives, et parfois, lorsqu'ils sont très vasculaires, à des pulsations et à des bruits de souffle ; ils progressent rapidement, envahissent les cavités voisines et récidivent d'ordinaire après leur extirpation.

8° CANCER. — Le cancer peut se développer aux dépens de toutes les parties constituantes de l'orbite, et il peut se présenter sous toutes ses formes ; cependant la *mélanose* paraît être la plus ordinaire. Sa physionomie est assez tranchée pour ne point donner lieu à une erreur de longue durée. Car, outre les symptômes ordinaires aux tumeurs de l'orbite, le cancer se présente sous l'aspect d'une masse bosselée, irrégulière qui envahit les téguments, les détruit et qui, dans d'autres cas, se propage du côté des os du crâne, en déterminant des accidents rapidement mortels.

L'extirpation est le seul traitement convenable, et malheureusement il ne met pas à l'abri des récidives.

**Diagnostic des tumeurs de l'orbite.** — A leur début, lors-



que l'œil n'est pas encore déplacé, il est difficile de reconnaître la tumeur; peut-être les bruits anormaux, les pulsations de l'œil pourront-ils faire soupçonner l'existence d'une tumeur érectile, de même que des phénomènes inflammatoires, tels que douleur profonde, chaleur, rougeur de la conjonctive, pourraient faire croire à un phlegmon orbitaire.

Plus tard, lorsque l'œil est déplacé, il faut rechercher la cause de cette exophtalmie<sup>1</sup>. Elle peut se rattacher à un *épanchement de sang* dans le fond de l'orbite, mais ces épanchements sanguins se produisent à l'occasion d'un traumatisme, on les reconnaît aisément; elle peut tenir à la *maladie de Basedow* (voy. GOITRE EXOPHTHALMIQUE). Le *relâchement des muscles de l'œil* peut également permettre la projection en avant du globe oculaire; mais, outre la rareté de cette paralysie, il est toujours possible, dans ces cas, de refouler l'œil en arrière.

Si la tumeur qui refoule l'œil est une tumeur *vasculaire*, elle se reconnaît aux pulsations du globe oculaire, au bruit de souffle, etc. Si elle est d'origine inflammatoire, les phénomènes aigus qui l'accompagnent en démontrent la nature.

En dehors de ces cas, il est difficile d'arriver à un diagnostic précis, à moins que la tumeur ne fasse saillie à l'extérieur; dans ce cas, si elle est très fixe et très dure, on aura lieu de croire qu'il s'agit d'une *exostose*; si elle est bosselée, irrégulière, adhérente aux téguments, douloureuse et à évolution rapide, il y a lieu de croire qu'il s'agit d'un *cancer*. Quant aux tumeurs liquides (*abcès, kystes*), leur mollesse, leur fluctuation, et, au besoin, une ponction exploratrice révéleront leur nature.

1. On ne confondra cette exophtalmie ni avec une hydrophthalmie, dans laquelle l'œil lui-même est augmenté de volume et présente des bosselures, ni avec un phlegmon de l'œil.

## TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER

### PREMIÈRE PARTIE

#### MALADIES DES TISSUS

PRÉLIMINAIRES.		Verrues, poireaux,.....	32
<b>L'asepsie est la base de la chirurgie.</b>		ARTICLE III	
Micro-organismes.....	4	<b>Maladies des glandes de la peau.</b>	
Traitement antiseptique.....	3	Hypertrophies glandulaires, comédons, tannes, loupes, stéatomes, tumeurs mélicériques.....	
Asepsie.....	5	33	
Technique de l'antisepsie.....	5	Abscess tubéreux, hidrosadénite....	
CHAPITRE I		37	
MALADIES DE LA PEAU		Chéloïde.....	
ARTICLE I		39	
<b>Maladies inflammatoires.</b>		Sclérodermie.....	
Érysipèle.....	40	42	
Furoncle.....	20	Fibromes de la peau. — Fibroma molluscum.....	
Anthrax.....	24	43	
ARTICLE II		Bouton d'Alep, de Biskra.....	
<b>Hypertrophies de la peau.</b>		44	
Cor.....	28	CHAPITRE II	
Productions cornées.....	31	MALADIES DES ONGLES	
		Onyxis, ongle incarné.....	
		46	
		Onyxis rétro et sous-unguéal.....	
		48	
		Onyxis syphilitique.....	
		50	
		Onyxis scrofuleux. — Onychia maligna.....	
		50	
		Hypertrophie des ongles.....	
		50	