

D'autres fois, il en résulte la production d'une sécrétion bleu foncé ou noirâtre, qui colore la peau des paupières, elle s'enlève par le frottement et reparait ensuite. Cette affection bizarre, à laquelle on a donné le nom de *chromhydrose*, est trop souvent reliée à des simulations pour que toutes les observations que l'on en peut recueillir ne laissent pas planer quelques doutes sur l'existence réelle de cette lésion de sécrétion. Aussi n'insisterons-nous pas.

E. — Vices de conformation.

1° SYMBLÉPHARON, ANKYLOBLÉPHARON.

Les affections palpébrales que déterminent les vices de conformation sont tantôt congénitales, tantôt et le plus souvent elles sont la conséquence de cicatrices vicieuses à la suite de brûlures et plus rarement d'ulcérations chroniques.

Les bords libres des deux paupières peuvent se souder par cicatrices vicieuses, il en résulte un rétrécissement de l'orifice palpébral, c'est surtout au niveau de l'angle externe que l'on observe cet *ankyloblépharon*; ce côté de l'orbite est en effet toujours le plus exposé aux brûlures et aux accidents de toute nature, l'angle interne étant garanti par la saillie du nez.

Lorsque les paupières, au lieu de se souder entre elles sur une étendue plus ou moins grande, se soudent à la conjonctive du bulbe oculaire et quelquefois même à la cornée, l'affection, beaucoup plus grave, prend le nom de *symblépharon*. Tout le globe oculaire ou une partie seulement peut être atteint, et l'on comprend, après tout ce que nous avons dit plus haut, combien après la destruction de ces adhérences leur récurrence est toujours à craindre.

Traitement. — Dans les cas simples d'ankyloblépharon, il suffit d'ordinaire de détruire les adhérences, de les exciser et de suturer isolément les deux lambeaux; mais quand l'affection est plus grave, quand surtout dans le *symblépharon* la conjonctive bulbaire est en grande partie adhérente à la conjonctive palpébrale, l'opération se complique, il faut détruire les adhérences et faire de l'autoplastie conjonctivale par glissement des lambeaux muqueux sains. Souvent l'opération est délicate, minutieuse et malheureusement les récurrences sont toujours à craindre.

2° TRICHIASIS.

Les cils peuvent être déjetés en dedans et leur contact avec la conjonctive et la cornée détermine une irritation permanente qui donne naissance à des conjonctivites et à des kératites rebelles.

Cette déviation des cils peut être congénitale ou produite par une

cicatrice vicieuse qui, comme dans l'entropion, renverse le bord palpébral en dedans.

Lorsque les cils seuls sont déviés sans renversement de la paupière, l'affection prend le nom de *trichiasis* qui peut être partiel ou total. Quand les deux rangées de cils participent à la malformation, on dit qu'il y a *districhiasis*.

L'irritation du globe oculaire détermine une contracture réflexe de l'orbiculaire des paupières, qui augmente la déviation ciliaire et, par suite, les accidents.

Traitement. — L'indication est évidente, il faut redresser les cils ou les enlever par arrachement, mais quand l'affection est congénitale, ce n'est pas le cil seul qui est dévié, c'est bien le bulbe pileux qui est obliquement implanté dans la peau, aussi après l'arrachement le nouveau cil repoussera-t-il tout aussi vicieusement, et l'opération est à recommencer. Il en est de même, au reste, après les ligatures cutanées de Snellen; ce procédé permet bien de redresser les cils, mais ils s'atrophient, tombent et repoussent toujours vicieusement. Pour combattre le blépharospasme souvent rebelle qui aggrave les accidents, l'on doit, s'il est nécessaire, débrider l'orbiculaire par une incision au niveau du grand angle de l'œil.

3° ENTROPION.

Quand, par une cause quelconque, le bord libre de la paupière est déjeté vers le bulbe oculaire, les cils, bien que normalement implantés, sont entraînés par cet enroulement palpébral et le trichiasis devient la conséquence de l'*entropion*.

Les causes de ce vice de conformation sont multiples. Il peut dépendre de cicatrices vicieuses et surtout de cicatrices rétractées à la suite de conjonctivites granuleuses. Il peut encore, surtout à la paupière supérieure qui par la disposition du bord libre de son cartilage tarse se prête mieux au renversement en dedans, arriver que la contracture spasmodique réflexe de l'orbiculaire fasse basculer le bord palpébral et détermine ainsi un entropion musculaire.

Nous ne reviendrons pas sur les accidents produits par l'entropion, ce sont ceux du trichiasis compliqués des irritations dues au contact de l'air et des poussières sur le globe incomplètement recouvert par les paupières quand l'entropion atteint un degré considérable.

Traitement. — L'indication est de ramener la paupière à l'extérieur, de la maintenir dans sa position normale, nous renvoyons aux traités de médecine opératoire et d'oculistique pour tous les procédés employés. Quand le spasme musculaire est la cause de l'accident, s'il ne cède pas aux antispasmodiques, on sectionnera l'orbiculaire par un coup de ciseaux porté sur l'angle externe de l'œil.

4° ECTROPION.

On donne le nom d'*ectropion* au renversement de la paupière en dehors. Les cicatrices vicieuses en sont la cause la plus habituelle, soit qu'elles aient contracté des adhérences au rebord osseux de l'orbite, soit que la rétraction du tissu inodulaire ait seule suffi à faire basculer la paupière et le cartilage tarse vers le dehors. C'est là, en réalité, l'*ectropion*, bien qu'on ait donné le même nom à des affections d'origine différente. La paralysie de l'orbiculaire permet d'autant mieux le renversement de la paupière inférieure en dehors, que le globe n'étant plus suffisamment recouvert et garanti contre l'influence de l'air et des poussières en suspension s'irrite, la conjonctive se tuméfie et renverse pour ainsi dire mécaniquement la paupière inférieure en dehors.

La contracture spasmodique de l'orbiculaire peut, elle aussi, déterminer l'*ectropion* lorsqu'elle accompagne les affections à la suite desquelles la conjonctive, hypérémiée et chroniquement enflammée, forme un bourrelet qui, par son augmentation progressive, fait saillie entre les paupières et rejette la supérieure surtout en avant et la renverse en dehors; quand, comme il arrive souvent en pareil cas, le cartilage tarse supérieur est lui-même altéré dans sa structure et ramolli, il cède sous cette pression excentrique et la paupière se renverse en dehors.

Les tubercules sur lesquels sont placées les ouvertures des points lacrymaux se dévient par suite de l'*ectropion*, et au lieu de passer par ces points et les conduits qui leur font suite, les larmes se déversent sur la joue qu'elles finissent par ulcérer en amenant toutes les conséquences de l'épiphora.

Quand les cicatrices vicieuses existent sur les deux paupières et ont entraîné l'*ectropion* de ces deux voiles membraneux, le globe oculaire ne saurait plus être soustrait aux causes d'irritation extérieures, poussière, etc., la conjonctive, la cornée elle-même s'enflamment, s'ulcèrent; cette dernière peut se perforer, et le globe lui-même passe à la fonte phlegmoneuse.

Traitement. — Quelle que soit la cause de l'*ectropion*, il faut ramener la paupière et par suite les tubercules lacrymaux à leur position normale. Si c'est un spasme de l'orbiculaire qui détermine la lésion, on pourra être obligé d'en arriver à la section du muscle; si l'*ectropion* est d'origine paralytique on combattra les causes de la paralysie, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

S'agit-il au contraire, comme dans la plupart des cas, de cicatrices rétractées ou d'adhérences vicieuses, il importe avant tout de les détruire et de remplacer par des lambeaux autoplastiques interposés les pertes de substance produites par l'enlèvement des parties inodulaires excisées. Ces lambeaux devront toujours être assez largement taillés pour

permettre à la paupière de reprendre sa place normale, on peut même dans quelques cas se voir contraint d'exciser un fragment triangulaire du cartilage tarse, si celui-ci par suite de son ramollissement est devenu trop large. Dans toutes ces opérations, on ne devra jamais perdre de vue que si la cicatrisation n'est pas obtenue par première intention, si les surfaces cruentées des lambeaux mal sectionnés viennent à s'apurer, la rétraction consécutive est toujours à redouter.

3° LÉSIONS DE L'APPAREIL LACRYMAL.

Les lésions chirurgicales de l'appareil lacrymal peuvent porter sur l'organe producteur, la glande, sur les canalicules excréteurs, sur les points lacrymaux, leurs canaux, sur le sac lacrymal et enfin sur le canal nasal.

1° *Glande lacrymale.* — Quand nous aurons dit que bien rarement la glande lacrymale et ses canalicules peuvent être atteints directement par les *traumatismes extérieurs*, en raison de leur situation abritée derrière les os de la voûte orbitaire; quand nous aurons fait remarquer que l'un ou plusieurs des multiples canalicules peuvent cependant être compris dans les plaies de la région externe de la paupière supérieure, et qu'en ce cas il peut en résulter une fistule qu'il suffira de faire déverser sur la conjonctive, en oblitérant par une suture la plaie cutanée, nous aurons indiqué tout ce qui se rapporte aux lésions traumatiques de la glande lacrymale.

Ses *lésions nutritives* très rares sont des inflammations aiguës ou chroniques, dépendant toujours d'affections voisines étendues à la glande. Suivant que la *dacryoadénite* aiguë a déterminé un gonflement glandulaire ou péri-glandulaire plus ou moins volumineux, la glande fait une saillie plus ou moins grande sous la paupière qui elle-même est gonflée et rouge, la tumeur peut passer à la suppuration et devenir un phlegmon péri-oculaire qui s'ouvre dans le cul-de-sac conjonctival.

Quand l'inflammation est chronique d'emblée, auquel cas on a cru devoir quelquefois évoquer la syphilis, ou lorsque l'état chronique est consécutif à un état aigu primordial, la glande ou mieux sa partie palpébrale apparaît sous la forme d'un corps dur, peu douloureux, que l'on rencontre sous la peau de la paupière dont l'aspect est normal.

Traitement. — Dans la forme aiguë les émoullients et une incision pour hâter l'évacuation du pus; dans la forme chronique mieux vaut s'adresser aux antiscrofuleux et à l'iodure de potassium, qu'aux pomades résolutives desquelles il n'est pas prudent d'attendre un effet favorable.

La glande lacrymale et ses canalicules peuvent présenter des *tumeurs* dues à l'oblitération de l'un ou de plusieurs de ces petits déversoirs.

C'est toujours à une irritation chronique ou à une cicatrisation vicieuse que cette oblitération est due. Le liquide s'accumule derrière l'obstacle, distend la cavité et forme alors une petite tumeur transparente, *dacryops*, qui fait saillie sous la paupière et proémine dans le cul-de-sac conjonctival.

Le revêtement épithélial de cette poche démontre son origine par son identité avec celui qui tapisse les canalicules normaux; mais par suite de l'irritation que détermine la distension de la poche, le liquide qui y est contenu ne ressemble plus chimiquement aux larmes; il en est ainsi du reste dans toutes les poches kystiques de même nature, le liquide contenu dans le kyste n'est jamais identique à celui de la sécrétion glandulaire, il est modifié par les produits inflammatoires.

Il faut livrer passage au liquide contenu dans la petite tumeur et en éviter la récurrence, soit en excisant la partie qui fait saillie dans le cul-de-sac conjonctival et en assurant l'écoulement normal des larmes, soit mieux encore en extirpant le petit kyste par la face interne de la paupière.

Les *néoplasies* de la glande lacrymale sont ou bien développées sur place : les adénomes et une variété spéciale de sarcome de couleur verte, le *chloroma*; ou bien et beaucoup plus souvent ce sont des néoplasies de voisinage qui s'étendent à la glande.

Dans toutes ces variétés, la tumeur, ne pouvant guère se développer du côté des parois osseuses résistantes, exerce son action sur le globe oculaire. Il est d'abord gêné dans ses mouvements, puis il est déjeté en bas, en avant et en dedans avec diplopie, et enfin si la tumeur continue à s'accroître, il se produit une véritable exophtalmie et tous les accidents consécutifs : ulcération et perforation de la cornée.

Traitement. — Il n'en est qu'un seul qui soit réellement efficace, quelle que soit la nature de la tumeur bénigne ou maligne : c'est l'extirpation de la glande, car les tumeurs bénignes elles-mêmes, par leur accroissement incessant, entraînent le déplacement du globe oculaire. Les tumeurs malignes, le *chloroma* surtout, récidivent fatalement sur place, aussi faut-il, si l'on veut avoir quelque chance de succès, opérer dès le début de l'affection et surtout tout enlever.

2° Les *points lacrymaux et leurs conduits* sont souvent atteints par les traumatismes des paupières; les plaies de ces voiles membraneux peuvent en effet, suivant les régions atteintes, comprendre les points lacrymaux ou leurs canaux. Toujours alors, comme dans les cas où les paupières par leur renversement en dehors ne permettent plus aux points lacrymaux de plonger dans le lac lacrymal, les larmes ne sauraient y pénétrer, parcourir leurs conduits et être amenées jusqu'au lac lacrymal et au canal nasal. Les larmes se déversent donc alors sur les joues, qu'elles irritent, en raison de la grande proportion de sels alcalins qu'elles contiennent. Cette irritation locale persistante peut pro-

duire des ulcérations cutanées avec toutes leurs conséquences : adhérences vicieuses des paupières, blépharites et conjonctivites chroniques, etc.

Il est de toute évidence que les mêmes accidents se produiront lorsque la continuité de ces canaux, au lieu d'être interrompue par une plaie, l'est par un corps étranger qui y aura pénétré, soit qu'il vienne du dehors, cils, barbes d'épis, poussières, etc., soit qu'il vienne du dedans et soit formé par des concrétions calcaires, *dacryolithes*, développées dans les conduits lacrymaux, ou encore par un simple gonflement hypertrophique de leur muqueuse, avec ou sans végétations polypeuses.

Dans toutes ces lésions il est un symptôme commun, c'est l'*épiphora*, l'écoulement des larmes sur les joues, la continuité des canaux d'écoulement étant en effet toujours interceptée.

Lorsque cette oblitération a pour cause un corps étranger, la muqueuse irritée suppure, les canaux sont hypertrophiés, durcis et des gouttelettes de pus sourdent par les points lacrymaux.

Dans tous les cas d'*épiphora*, il importe de s'assurer de la perméabilité des points et des canaux lacrymaux par l'examen à l'œil nu ou à la loupe, et à l'aide d'un stylet, si ces moyens simples ne suffisent pas.

Aussitôt l'obstruction reconnue, il faut y porter remède et rétablir le cours normal des larmes, soit par la dilatation forcée des points lacrymaux, soit par leur incision. Le stylet permettra de repousser jusque vers la cavité élargie du sac lacrymal les corps étrangers qui oblitérent les canaux, et la pince suffira pour extraire ceux qu'elle peut atteindre. Souvent il faudra en arriver à la dilatation et même à l'incision des points et des canaux oblitérés, et avant d'abandonner le malade, on fera toujours sagement de s'assurer par des injections que les voies lacrymales sont bien rétablies.

3° Le *sac lacrymal et le canal nasal* peuvent eux aussi être oblitérés, soit par des traumatismes, fractures des os du nez, fractures du maxillaire supérieur, soit par des tumeurs venues des fosses nasales ou du sinus des os de la face, tumeurs qui agissent comme de vrais corps étrangers. L'inflammation chronique de la muqueuse nasale peut se propager à celle du canal et du sac lacrymal, qui alors s'hypertrophie et devient elle-même, par son boursoufflement, un obstacle mécanique au cours naturel des larmes. Il ne faut pas perdre de vue que des cathétérismes mal faits du canal nasal peuvent les blesser et même en décoller la muqueuse, qui en ce cas s'enflamme et rend le canal imperméable.

Dans tous ces cas les larmes continuant à arriver au sac lacrymal le distendent outre mesure et progressivement, en même temps la muqueuse du méat inférieur n'étant plus humectée par les larmes occasionne une sensation de sécheresse des plus gênantes. Le sac distendu fait saillie au-dessus et au-dessous du tendon de l'orbiculaire des pau-

pières, puis la distension augmentant encore, il s'enflamme, la peau participe à l'inflammation, devient rouge et tendue, et si le chirurgien n'intervient pas, on la voit se rompre en un point et donner issue à du pus phlegmoneux et à des larmes; la fistule lacrymale est alors établie. Il n'en est pas toujours ainsi, et la tumeur peut rester indolente ou à peu près; quand en ce cas on vient à presser sur son cul-de-sac supérieur, on fait refluer des gouttelettes de pus par les points lacrymaux dilatés. Les malades prennent l'habitude d'exercer eux-mêmes cette pression et de vider ainsi leur sac lacrymal, mais survienne une cause d'irritation, conjonctivite, coryza, blépharite, déterminés par une cause quelconque, la tumeur peut passer à l'état aigu et devenir ainsi un véritable phlegmon lacrymal.

On a vu des cas où ce phlegmon négligé par le malade ou le chirurgien déterminait, quand le pus n'avait pas trouvé d'issue facile, la destruction des parois osseuses voisines, unguis, apophyse montante, et mieux os propres du nez. La guérison se fait avec grande rapidité dès que la tumeur est ouverte et le pus évacué, mais si l'on n'empêche pas les larmes de venir à nouveau s'accumuler dans le sac, la tumeur reparaitra.

Traitement. — On a songé à enlever la cause primordiale en extirpant la glande lacrymale, et cette méthode, qui a donné de bons résultats, doit être employée en dernier ressort, lorsque l'affection résiste à tous les traitements moins radicaux.

Une autre méthode non moins radicale mais qui, à mon avis, est de beaucoup inférieure à la précédente, consiste dans la destruction, par les caustiques, du sac et des canaux lacrymaux; la tumeur disparaît incontestablement, mais le larmolement persiste toujours.

Enfin les procédés les plus usités consistent dans la dilatation des voies lacrymales par les cathétérismes répétés avec des sondes de plus en plus grosses que l'on fait pénétrer par les points lacrymaux, ou par le cathétérisme forcé des mêmes voies; et, dans le cas d'oblitération du canal nasal, par le cathétérisme de bas en haut, des fosses nasales vers le sac lacrymal. On obtient encore des résultats très avantageux en faisant le débridement multiple du pourtour du sac lacrymal. Ce moyen ne donne de bons effets que lorsque l'oblitération est due à l'hypertrophie de la muqueuse qui, débridée ainsi, laisse la voie libre pour l'écoulement des larmes dans le canal nasal.

4° LÉSIONS CHIRURGICALES DE L'ORBITE.

A. — Lésions traumatiques.

1° *Plaies par instruments piquants sans lésions des os ni du globe oculaire.* — Les fleurets, pointes d'épée, de couteau, etc., peuvent

atteindre les parties molles de l'orbite. Les graisses qui la garnissent peuvent alors s'écouler par gouttelettes floconneuses et éclairer le chirurgien sur la nature de la lésion. Mais il arrive aussi que l'instrument vulnérant ait atteint des troncs nerveux, d'où des paralysies variables suivant le nerf blessé, ou encore que des vaisseaux aient été lésés. L'hémorragie varie alors de forme et de siège suivant que les vaisseaux blessés sont situés en dehors de la capsule de Tenon ou entre celle-ci et le globe oculaire. Dans ce dernier cas, le sang extravasé ne pouvant agir sur la capsule inextensible comprimera le globe oculaire d'arrière en avant et tendra à le chasser en dehors de l'orbite. Cette exophtalmie variera d'intensité avec la quantité de sang épanché, quantité qui est d'ordinaire assez minime, le calibre des vaisseaux atteints n'étant pas considérable. Si les caillots formés par le sang épanché compriment l'œil dans un sens, soit en dedans, soit en dehors, les mouvements sont gênés, et, les axes visuels des deux yeux n'étant plus concordants, les images seront doubles, d'où diplopie; on a signalé des cas de mydriase à la suite d'épanchements sanguins, il faut admettre en ce cas que les caillots compriment soit les nerfs ciliaires, soit le ganglion ophtalmique.

Toutes ces plaies sont généralement sans grande gravité quand elles ne s'accompagnent ni d'épanchement sanguin ni de présence de corps étrangers dus à la brisure de la pointe de l'instrument piquant.

Traitement. — Quelques couches de ouate phéniquée, l'immobilisation de l'œil par un bandage légèrement compressif, suffisent dans les cas ordinaires, alors même que l'on reconnaît l'existence d'un épanchement sanguin qui d'habitude se résorbe facilement; on aiderait à sa résorption par quelques purgatifs s'il était nécessaire.

2° *Contusions et plaies contuses sans fractures.* — Les contusions s'accompagnant toujours d'ecchymoses et le tissu connectif des paupières étant très lâche, le sang s'y infiltrera facilement.

Le rebord osseux de l'orbite constitue une saillie plus ou moins tranchante; quand la peau est comprimée directement entre cette arcade osseuse et un corps contondant, elle se rompt d'une façon nette qui, dans beaucoup de cas, peut en imposer et faire prendre cette plaie contuse pour une plaie par instrument tranchant. La section de la peau s'accompagne souvent de celle de l'artère sus-orbitaire, d'où une hémorragie assez abondante, et de celle du nerf frontal externe qui peut entraîner la paralysie d'une partie du muscle frontal et l'anesthésie de la peau de la région correspondante. Les parties profondes des téguments moins nettement coupées sont plus ou moins altérées par la contusion, aussi sont-elles exposées à des mortifications et par suite à des suppurations qui peuvent quelquefois s'étendre au loin, décoller les téguments crâniens, gagner les parties molles de l'orbite et y déterminer un phlegmon.

On voit quelquefois à la suite de contusions ou de plaies contuses du rebord orbitaire survenir la perte de la vision, qui tantôt disparaît au bout d'un certain temps, et qui d'autres fois est malheureusement irrémédiable. Quel est le mécanisme de cette complication immédiate ou tardive? Dans un certain nombre de cas on a pu constater un décollement de la rétine; d'autres fois on n'a rien pu découvrir même à l'ophtalmoscope; il faut donc admettre que la cécité est d'origine centrale; on a cru devoir attribuer cet accident si grave à des paralysies sensorielles réflexes ayant leur origine dans les nerfs sus-orbitaires sectionnés. Jusqu'ici cette explication reste purement hypothétique, car nous ne connaissons nullement les connexions que pourraient avoir les noyaux du trijumeau avec les centres optiques. L'hypothèse d'une névrite ascendante n'est pas admissible non plus, car nous ne voyons pas comment les branches de l'ophtalmique de Willis altérées pourraient transmettre leur altération aux centres percepteurs de la vision.

Traitement. — Dans les cas simples, il suffit de mettre l'œil au repos, de l'immobiliser par un bandeau; quand il y a plaie, l'occlusion antiseptique avec un drain de soies de porc passées à l'acide phénique est indiquée.

3° *Fractures de l'orbite.* — Si la force vulnérante est suffisante, les rebords orbitaires peuvent être brisés, soit isolément, soit tous les deux. Tantôt ils le sont sans que la peau présente une solution de continuité, tantôt, au contraire, la fracture se complique de plaies contuses et est alors compliquée. Il est évident que les projectiles de guerre amènent souvent des lésions de cette nature, lésions qui, en ces cas, sont toujours en rapport avec la force dont le projectile est animé, et varient depuis la fêlure jusqu'à l'écrasement. Les effets de la force vulnérante pourront se borner au point touché ou retentir beaucoup au delà et irradier même jusqu'à la base ou jusqu'à la voûte du crâne. Lorsqu'un corps vulnérant, projectile ou autre, pénètre dans l'orbite assez obliquement pour en fracturer la voûte, ou encore lorsqu'il atteint jusqu'au fond de la cavité et la fracture, il est évident que les régions correspondantes seront atteintes, et les fractures de l'orbite ne seront que choses accessoires devant la gravité de la blessure de l'encéphale.

Puisque par un mécanisme inconnu les contusions et les plaies contuses peuvent entraîner la cécité immédiate ou tardive, passagère ou définitive, monoculaire ou binoculaire, il est de toute évidence qu'il en est de même dans les fractures. Il peut se faire en outre que des fragments osseux détachés des parois fracturées blessent le globe oculaire ou le nerf optique. Tous ces accidents possibles du côté de la vision doivent, dans les cas de fractures de l'orbite, être sans cesse présents à la pensée du chirurgien, car toujours ils sont à craindre, soit immédiatement, soit tardivement.

Traitement. — S'il n'y a pas de plaie, un simple bandage; si, au contraire, la fracture est compliquée, il faut agir comme nous l'avons dit en parlant des fractures en général, retirer tous les corps étrangers s'il y en a, toutes les esquilles qui peuvent jouer ce rôle, remettre en place les fragments adhérents, immobiliser l'œil par un bandage après pansement antiseptique, et surveiller les accidents cérébraux qui pourront se manifester.

4° *Corps étrangers.* — Leur présence dans l'orbite est fréquente; surtout à la suite d'accidents de chasse, des grains de plomb peuvent se loger dans la cavité orbitaire ou dans les os qui la limitent. Souvent ils s'enkystent et ne produisent aucun accident; d'autres fois au contraire ils sont causes de phlegmon ou compriment le globe oculaire. Dans ces derniers cas il importe de les enlever, à moins que l'opération ne soit elle-même plus dangereuse que leur présence.

B. — *Lésions nutritives.*

1° *Phlegmon de l'orbite.* — Les plaies contuses, les fractures, les corps étrangers, esquilles ou autres; les plaies chirurgicales des régions voisines de l'orbite, peuvent entraîner l'inflammation et la fonte purulente des parties molles qui entourent le globe oculaire. Il en advient un phlegmon de l'orbite qui a été signalé encore quelques rares fois dans la convalescence de fièvres putrides.

Les symptômes sont ceux de tous les phlegmons, rougeur, tuméfaction des paupières et de la conjonctive, projection du globe en avant par le pus accumulé derrière lui, impossibilité des mouvements de l'œil, douleurs vives profondes, pulsations dans l'orbite, compression du globe et des nerfs ciliaires, d'où mydriase.

La suppuration s'établit rapidement et presque sans espoir de résolution; si on l'abandonne à elle-même, elle peut se faire jour au niveau du grand angle de l'œil, ou encore détruire les minces lamelles osseuses qui séparent l'orbite des cavités nasales ou des sinus osseux; le pus peut aussi se faire jour par la fente sphénoïdale, gagner la base du cerveau, le sinus caverneux et déterminer alors une méningo-encéphalite plus ou moins diffuse.

On a vu cependant des cas où la suppuration ne s'établissait pas et où le phlegmon avortait. Dans ces conditions les tissus connectifs enflammés contractent des adhérences avec le globe et l'immobilisent ou à peu près par suite de leur induration cicatricielle.

Traitement. — L'indication est, au début, de s'opposer à la suppuration par les sangsues, les révulsifs cutanés, les dérivations sur le tube digestif, moyens très incertains. Dès que la suppuration aura été reconnue, il importe de lui donner une issue facile et prompt, de déterger