

la plaie et la cavité du phlegmon en employant les procédés antiseptiques les plus rigoureux.

2° *Périostite orbitaire*. — On a vu, à la suite de contusions violentes, des périostites localisées se développer sur les parois orbitaires. C'est alors une variété du phlegmon, le pus est collecté entre le périoste et l'os au lieu d'avoir son siège dans les tissus connectifs de l'orbite; les douleurs sont les mêmes, mais comme ce n'est qu'en un point que se trouve l'accumulation du pus, sa pression ne s'exerce pas aussi activement sur tout le globe oculaire dont la projection en avant est moindre par conséquent.

Il peut se faire que la périostite évolue plus lentement, que le pus mette un temps assez long à se collecter, ou même ne se forme pas, et que l'affection se borne à un épaissement douloureux du périoste. On a cru devoir invoquer en ce cas la diathèse rhumatismale et la syphilis. La gêne des mouvements de l'œil varie avec le volume de la tumeur. Le périoste altéré peut donner naissance à une périostose, à une exostose, ou, si la suppuration s'établit, elle peut déterminer la nécrose des os et le passage du pus dans les cavités voisines, dans le crâne si la périostite a son siège sur la voûte orbitaire; on comprend que, d'autre part, la rupture de l'abcès sous-périosté peut se faire vers les parties molles de l'orbite et déterminer un phlegmon de ces parties.

Il est évident, d'après tout cela, qu'il n'est pas toujours facile de savoir si l'on a affaire à un phlegmon de l'orbite ou à une périostite suppurée; les commémoratifs, l'examen attentif de l'œil et de ses parties enveloppantes, la nature nocturne des douleurs en cas de syphilis, peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic toujours obscur.

Traitement. — Les indications et les moyens de les remplir sont les mêmes que dans le cas de phlegmon. Un point seul reste à noter : si une collection purulente sous-périostée est ouverte, il importe de s'assurer de l'état de l'os sous-jacent et de le racler avec soin, mais avec beaucoup de précautions, s'il est possible de le faire sans courir le risque de pénétrer dans la cavité crânienne, par exemple.

C. — Lésions formatives.

Tumeurs de l'orbite. — Ces tumeurs peuvent prendre naissance dans l'orbite elle-même ou dans les régions voisines; dans ce dernier cas elles s'insinuent dans l'orbite et s'y développent.

Quel que soit leur point d'origine, elles agissent sur le globe oculaire, les vaisseaux et les nerfs de l'orbite qu'elles compriment; on comprend donc que plus leur volume est considérable plus l'œil est déplacé; il est projeté en avant et dévié latéralement vers le point opposé à celui où la tumeur presse sur lui. Cette déviation de l'axe visuel entraîne la diplopie; la compression du globe ou celle des nerfs ciliaires amène des

anomalies de la vision, de la photophobie; la compression des nerfs sensitifs détermine des douleurs violentes dans le globe oculaire. Tous ces symptômes augmentent à mesure que la tumeur prend un développement plus considérable; elle arrive enfin à faire saillie elle-même au dehors de la cavité orbitaire, et permet alors au chirurgien de juger de sa nature, d'après sa consistance, ses bosselures, etc. Ce n'est donc qu'à ce moment que l'on pourra tenter d'établir nettement à quelle espèce de tumeur sont dus les accidents.

Les *sarcomes* sont de toutes les tumeurs orbitaires celles qui sont les plus fréquentes; ses variétés que l'on rencontre d'ordinaire sont le sarcome encéphaloïde, le sarcome fasciculé, le sarcome névroglie et le sarcome mélanique (Voyez t. I, pages 71 et suivantes).

Ces tumeurs se développent plus ou moins rapidement, envahissent plus ou moins les parties voisines et récidivent d'autant plus facilement que leur extirpation totale est plus difficile; aussi la gravité du pronostic, l'impossibilité de savoir exactement leur point d'implantation ont-ils amené beaucoup de chirurgiens à ne pas tenter d'opération et à se contenter d'un traitement palliatif dont la conséquence fatale est la mort du malade. C'est la nature des accidents, l'étude attentive des symptômes et de la marche de la tumeur qui doivent seuls décider l'intervention chirurgicale; chaque cas présentant des indications différentes suivant la nature de la tumeur, la rapidité de son évolution, les accidents déterminés, il est impossible de fixer des règles précises.

Les *ostéomes* sont assez fréquents dans l'orbite, ils se développent soit sur les os qui en constituent les parois, soit dans les sinus voisins. Très souvent les exostoses sont isolées; elles varient depuis le volume d'une petite noix jusqu'à celui d'un gros œuf et même davantage; fréquemment elles sont pédiculées. On comprend combien est grande la compression qu'elles exercent sur l'œil et comment aussi par leur développement excentrique elles détruisent les parois orbitaires, proéminent dans les cavités voisines et y entraînent des troubles fonctionnels de toute nature.

Les périostoses traumatiques peuvent donner naissance à ces ostéomes qui peuvent encore être de nature syphilitique. On a cru, en raison de leur présence plus fréquente chez les jeunes gens, devoir les rattacher aux affections osseuses de naissance.

Lorsque les exostoses ont fait saillie en dehors de l'orbite leur dureté, leurs bosselures permettront de les reconnaître; mais déjà avant ce moment, si on constate les accidents du côté de l'œil et si en même temps on soupçonne la syphilis, il faut avoir recours à un traitement spécifique actif. Lorsque cette médication sera restée inefficace, le chirurgien devra intervenir directement et tenter l'enlèvement de la tumeur, qui n'a aucune tendance à récidiver après son ablation. Mais l'opération peut être très laborieuse et très difficile, le point d'implantation pou-

vant être très éloigné et se trouver dans des sinus presque impossibles à atteindre.

On a signalé quelques cas d'*adénomes* et de *lymphadénomes* de l'orbite. Nous n'avons rien de particulier à en dire.

Les *kystes de l'orbite* sont congénitaux ou acquis.

Les kystes congénitaux ou kystes dermoïdes nous ont déjà occupé quand nous avons parlé des kystes du sourcil; il suffit de rappeler qu'ils sont dus à une invagination du feuillet externe du blastoderme, qu'ils siègent au niveau de la queue du sourcil ou de l'angle interne de l'œil, que, par leur développement à l'époque de la puberté, ils peuvent agir sur le globe oculaire et le comprimer.

Les *kystes huileux*, qui, au lieu de poils, de cellules épidermiques, d'éléments stéatosés et calcifiés, contiennent un liquide dont la couleur opaline est due à des gouttelettes graisseuses en suspension, sont eux aussi des kystes congénitaux dus à l'invagination du feuillet externe doublé par un clivage du feuillet moyen.

Des *kystes séreux* développés dans l'orbite sont dus à une accumulation de plasma modifié dans les interstices lacunaires qui séparent les trabécules du tissu connectif orbitaire. Ils peuvent acquérir un volume assez considérable.

On connaît, en outre, quelques cas de *kystes hydatiques* développés, dans l'orbite.

Le danger de toutes ces tumeurs kystiques consiste d'une part dans la compression qu'elles exercent sur le globe oculaire, compression qui peut entraîner la perte de l'œil, et d'autre part dans leur développement excentrique lent mais incessant, qui, à un moment donné, peut les faire pénétrer dans la cavité crânienne.

Avant qu'elles n'aient fait saillie en dehors de l'orbite, que l'on puisse y constater la fluctuation, qu'il soit possible de les ponctionner pour s'assurer de leur contenu, il est impossible de savoir à quelle espèce de tumeur sont dus les accidents. Quand on sera certain d'avoir affaire à des kystes, on fera mieux d'extirper le sac que de se borner à le ponctionner et à y faire une injection irritante. Il ne faut cependant jamais oublier que l'on a vu des encéphalocèles qui simulaient des kystes orbitaires et dont l'ouverture entraînait des méningites diffuses rapidement mortelles.

Des *angiomes* peuvent se développer dans la cavité orbitaire ou peuvent s'y étendre après avoir pris naissance dans le voisinage. Ces tumeurs vasculaires varient d'origine et de structure. Tantôt ce sont des angiomes des paupières qui finissent par gagner l'orbite, tantôt ce sont de vrais tissus caverneux développés très lentement aux dépens des vaisseaux artériels ou veineux de la cavité orbitaire elle-même; d'autres fois encore, et c'est le cas de ce qu'on a appelé *tumeurs veineuses*, les veines ophthalmiques et leurs branches d'origine sont devenus vari-

queuses, se sont pelotonnées, enroulées sur elles-mêmes, comme dans toutes les varices.

Les angiomes de l'orbite, quelle qu'en soit la variété, ne présentent jamais ni pulsations ni souffle. Les efforts, les cris, la flexion de la tête en avant, en augmentent le volume, tandis qu'ils diminuent sous l'influence d'une pression méthodique.

Si la gêne qu'ils occasionnent le nécessite, il faut en arriver à l'extirpation, sauf à ne jamais oublier que la veine ophthalmique aboutit au sinus caverneux et qu'une opération qui ouvrira une ou plusieurs branches de cette veine pourra entraîner le transport de caillots ou de produits inflammatoires jusqu'au sinus et déterminer ainsi une méningite avec toutes ses conséquences fatales.

Tumeurs anévrysmales de l'orbite. — Contrairement aux angiomes que nous venons de décrire, toutes ces tumeurs sont pulsatiles et donnent naissance à un bruit de souffle. Les tumeurs anévrysmales de l'orbite peuvent dépendre de l'artère ophthalmique ou d'une de ses branches, ou encore et surtout des lésions de la carotide interne à son passage dans le canal inflexe du rocher et dans le sinus caverneux. A ce niveau, en raison même de ses flexuosités, la carotide interne est souvent altérée; ses parois amincies ou calcifiées cèdent sous l'effort exagéré de l'ondée sanguine, et tantôt il se forme un anévrysme, tantôt un anévrysme artérioso-veineux quand l'artère s'est rompue dans le sinus caverneux.

Quand l'anévrysme dépend de l'artère ophthalmique, il est le plus habituellement dû à un traumatisme; projectiles, pointe de fleuret, de couteau ou embout de parapluie, qui ont déchiré directement le vaisseau, ou encore l'ont lésé secondairement par des esquilles dues à des os fracturés par la cause vulnérante. Les tumeurs sont tantôt des anévrysmes faux, tantôt des anévrysmes artérioso-veineux. Dans les quelques rares cas où il existait un anévrysme cirsoïde sur le trajet de l'ophthalmique, on n'a pu en rattacher l'origine à aucune cause bien déterminée.

Toujours ces tumeurs s'accompagnent de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, puis quand l'anévrysme vient à se rompre subitement, le malade perçoit tout à coup un bruit violent suivi d'un souffle plus ou moins aigu, intense et continu. Dans les cas d'anévrysmes traumatiques le souffle s'établit d'emblée. La tumeur augmente alors de volume; qu'elle soit d'origine intra-orbitaire ou qu'elle pénètre par la fente sphénoïdale en partant de la carotide, elle comprime le globe oculaire, occasionne les accidents dus à cette compression et déplace l'œil en avant ou latéralement, suivant que sa pression agit dans tel ou tel sens. Quand enfin la tumeur est perceptible à la palpation, on y reconnaît les battements isochrones au pouls, et le stéthoscope permet d'y constater les bruits de souffle. La compression de la carotide arrête les battements et le souffle.

La circulation oculaire étant gênée, la stase sanguine se produit dans toutes les branches de l'ophtalmique. Par les palpébrales il se fait un œdème des paupières, par la centrale de la rétine une congestion ou une hémorrhagie papillaire, etc.

La rupture de l'anévrysme carotidien peut déterminer la mort rapide; celle de l'ophtalmique sera toujours cause d'hémorrhagies successives qui à leur tour deviendront mortelles par épuisement des malades.

Traitement. — Si la tumeur n'est pas volumineuse, si les accidents ne semblent pas compromettre la vie, on peut d'autant plus s'en tenir aux palliatifs et à la méthode de Valsalva, que l'on a vu quelquefois ces tumeurs guérir spontanément. Dans les cas contraires, on a proposé d'agir sur le sac en tentant de faire coaguler le sang qui s'y trouve contenu. Les accidents emboliques ou suppuratifs ont fait renoncer à cette méthode. Il ne reste plus alors qu'à agir sur la carotide primitive par la compression digitale mal supportée d'ordinaire, ou par la ligature de ce vaisseau, ligature qui semble, d'après les statistiques, avoir donné de bons résultats.

Aujourd'hui l'ophtalmologie se sépare de plus en plus de la pathologie externe pour devenir une branche distincte des sciences médicales. Cette tendance est sanctionnée par la création de chaires et de cliniques spéciales d'ophtalmologie dans toutes les facultés.

Nous renonçons donc à faire ici une étude des maladies de la conjonctive, du globe oculaire, de ses muscles et du nerf optique, étude qui dans un traité de pathologie externe serait nécessairement écourtée, et nous renvoyons le lecteur aux traités spéciaux des maladies des yeux.

Nous en agissons de même plus loin pour les maladies de l'oreille interne et pour quelques lésions spéciales du larynx, la pathologie de ces organes se spécialisant de plus en plus et cessant ainsi d'être du domaine de la pathologie chirurgicale proprement dite.

ARTICLE IV. — LÉSIONS CHIRURGICALES DU NEZ, DE LA FACE, DE LA BOUCHE ET DE L'ARRIÈRE-GORGE.

1° LÉSIONS CHIRURGICALES DU NEZ.

A. — Lésions traumatiques.

Tous les traumatismes si fréquents qui portent sur la pyramide saillante du nez peuvent se borner aux parties molles ou atteindre le squelette, le traverser, le perforer ou le fracturer. Dans tous ces cas la muqueuse qui le double intérieurement est plus ou moins blessée, et le courant aérien qui parcourt sans cesse les fosses nasales peut, en

pénétrant par la solution de continuité de cette muqueuse, la décoller plus ou moins loin et déterminer ainsi un emphysème traumatique qui ne s'étend pas d'ordinaire, mais qui peut être cause de suppurations et de destruction des parois.

1° *Plaies par instruments piquants.* — Simples et bornées aux parties molles, elles sont insignifiantes; mais l'instrument vulnérant peut glisser sur les côtés latéraux du nez, traverser l'onguis, perforer le sac lacrymal, pénétrer profondément dans l'orbite et même atteindre la fente sphénoïdale ou le nerf optique. La pointe peut, si elle est dirigée obliquement vers le haut, ouvrir les sinus frontaux et fracturer le frontal, l'os planum de l'ethmoïde ou la lame criblée; si elle est portée vers le bas, elle peut pénétrer dans le sinus maxillaire.

C'est au chirurgien à s'assurer de la direction de la blessure et à prévoir, d'après ce que déjà nous avons dit et d'après ce que nous dirons plus loin, les complications qui pourraient survenir en pareil cas.

2° *Plaies par instruments tranchants.* — Alors que les téguments seuls sont atteints et quelle que soit la direction de la plaie, il faut, après lotions antiseptiques, réunir de suite afin d'éviter les difformités.

Quand, comme on l'a observé un certain nombre de fois, un instrument tranchant, couteau, rasoir ou sabre, a complètement abattu le nez, cas vulgarisé par un roman bien connu, il faut, si l'accident est récent, tenter de regreffer le morceau détaché. Des succès assez nombreux ont été obtenus ainsi; on suture les parties molles en les rajustant le mieux possible et l'on maintient la perméabilité des narines et des fosses nasales par des bourdonnets de gaze phéniquée que l'on y introduit. La réunion doit se faire par première intention, car des difformités seraient toujours la conséquence de la suppuration.

3° *Contusions et plaies contuses.* — Ces accidents sont très fréquents; les coups de poing, les coups de bâton, les chutes sur la face, etc., en sont les causes multiples et variables suivant l'intensité de la violence. La peau peut résister, une ecchymose plus ou moins étendue aux paupières se produit toujours en même temps que la rupture des capillaires de la membrane de Schneider, si vasculaire, détermine une épistaxis. D'autres fois la peau de la racine du nez est éraillée et même complètement détruite par la violence du choc. Dans les deux cas, la muqueuse peut avoir participé à la lésion, bien que les os ne soient pas brisés; elle peut s'être rompue et le sang épanché entre elle et les os peut la décoller et s'amasser dans cette sorte de poche pour y constituer une vraie bosse sanguine interne. L'inflammation peut plus tard s'en emparer. La suppuration s'ensuivra, il se formera ainsi un véritable abcès qui se rompra et donnera naissance à une rhinite purulente; il en sera au reste de même quand les lambeaux muqueux décollés passeront à la nécrobiose lente et humide, à l'ulcération en un mot.

4° *Fracture des os du nez.* — Une chute, un coup, un projectile, peu-