

ganglion se détachent les ciliaires, qui se portent d'arrière en avant pour aller traverser la sclérotique sur le pourtour du nerf optique, nerfs que nous retrouverons dans le globe de l'œil.

Je n'ai rien à ajouter sur les nerfs de l'orbite à ce qui en a été dit à propos des muscles et de leur paralysie. Je signalerai seulement une disposition intéressante du nerf optique. J'ai dit plus haut que la pie-mère accompagnait les nerfs après leur sortie du crâne et constituait leur névrilème, tandis que la dure-mère se continuait avec le périoste au pourtour du trou de sortie des nerfs : la pie-mère accompagne donc le nerf optique jusqu'à son épanouissement dans la rétine, mais la dure-mère lui fournit également une gaine qui se prolonge jusqu'à la sclérotique, avec laquelle elle se continue. Il en résulte que la portion intra-orbitaire du nerf optique présente deux gaines superposées ; ces deux gaines n'adhèrent pas l'une à l'autre, et entre elles existe un espace virtuel. M. Abadie a tiré un ingénieux parti de cette disposition anatomique pour expliquer certaines formes de cécité subite. Nous verrons plus loin que les causes de cécité subite (abstraction faite du glaucome aigu) sont, le plus souvent, une embolie de l'artère centrale de la rétine, une hémorragie de la macula ou bien un décollement de la rétine, lésions appréciables à l'ophtalmoscope. Il est des cas de cécité subite où l'examen du fond de l'œil ne fait découvrir aucune lésion et que l'on ne peut rattacher à une altération des centres nerveux, à cause de l'absence de troubles cérébraux. Cet accident reconnaît souvent pour cause, d'après M. Abadie, une hémorragie se produisant d'abord au niveau du chiasma des nerfs optiques ; fusant de là entre les deux gaines de ces nerfs, le sang en comprime la portion intra-orbitaire, d'où abolition de la vision. Sur une jeune fille de vingt-quatre ans devenue aveugle en quelques heures, M. Abadie, constata, onze mois après l'accident, que la papille, atrophiée, était entourée d'un anneau presque complet de couleur noirâtre qu'il considéra comme les restes d'un épanchement sanguin.

C'est de cette même façon que M. Abadie explique la cécité subite qui survient parfois à la suite d'une contusion de la région sourcilière.

Nous avons vu que les différents organes contenus dans la loge orbitaire postérieure : muscles, artères, veines et nerfs, étaient plongés au sein d'une masse abondante de tissu cellulo-adipeux ; la graisse peut prendre un développement anormal : d'où la formation d'un *lipome de l'orbite*. Ce genre de tumeur est très rare dans la région qui nous occupe : il y faut toutefois songer lorsqu'au pourtour de l'orbite apparaîtra une tumeur molle, pâteuse, demi-fluctuante, indolente, non réductible, sans battements. C'est l'hypérémie d'abord et plus tard l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite qui produisent l'exophtalmie dans cette maladie singulière et mal connue, désignée sous le nom de goitre exophtalmique ou maladie de Basedow.

Une affection qui intéresse plus directement le chirurgien, c'est l'inflammation de ce tissu, c'est-à-dire le *phlegmon de l'orbite*. A la suite d'un traumatisme, d'une opération pratiquée sur les paupières, sur les voies lacrymales, ou bien encore spontanément après une maladie infectieuse, on peut voir apparaître une violente inflammation du tissu cellulaire de l'orbite. Le début en est brusque, et le voisinage du globe de l'œil donne aux symptômes un caractère rapidement alarmant. En effet, les tissus tuméfiés, étant limités par des parois