

Bibliothèque numérique

medic@

**Demarquay, M.. - Des tumeurs de
l'orbite**

1853.

***Paris : Ancienne maison
Crapelet, Imprimerie de Ch.
Lahure***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1853x02x04](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1853x02x04)

4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE)

1853

DES

TUMEURS DE L'ORBITE

THÈSE

présentée et soutenue

PAR M. DEMARQUAY

docteur en médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris
lauréat de l'Institut, membre de la Société de chirurgie
chevalier de la Légion d'honneur, ex-prosecteur de la Faculté de médecine
de Paris, etc., etc.

PARIS

ANCIENNE MAISON CRAPELET

IMPRIMERIE DE CH. LAHURE

RUE DE VAUGIRARD, 9

—
1853

0 1 2 3 4 5 (cm)



MM.

PROFESSEURS : { CLOQUET, Président,
GERDY,
LAUGIER,
MALGAIGNE,
NÉLATON,
ADELON, } Suppléants.
VELPEAU, }

AGRÉGÉS : { GOSSELIN,
VOILLEMIER.

COMPÉTITEURS :

MM.

BROCA,
BLOT,
CUSCO,
DEMARQUAY,
DÉSORMEAUX,
FOLLIN,
JAMAIN,
MOREL-LAVALLÉE,
MOREAU,
PAJOT,
RICHARD.

INTRODUCTION.

Dans un espace aussi restreint que l'orbite, on peut rencontrer toutes les maladies qui attaquent le corps humain. (VELPEAU, *Leçons cliniques.*) Cette phrase, qui sert d'épigraphe à l'article de M. Carron du Villards sur les tumeurs de l'orbite, nous a vivement frappé, car elle nous indique à la fois l'étendue et la difficulté de notre sujet. Que de tumeurs peuvent en effet apparaître dans la cavité orbitaire, soit qu'elles naissent des éléments constitutifs de cette cavité, soit qu'elles y pénètrent après avoir pris naissance dans un point plus ou moins éloigné ! Décrivons-nous indistinctement tous ces produits ? A coup sûr cette manière de faire serait illogique et hors de notre sujet. Nous établirons tout d'abord une grande division parmi les tumeurs qui font l'objet de ce travail : 1° *Tumeurs extra-orbitaires, venant faire saillie dans l'orbite.* Nous n'avons nullement la pensée d'insister longuement sur ce sujet. Cependant, pour être clair, nous ferons un chapitre sur ces tumeurs, indiquant leur origine aussi bien que leurs espèces. Cela fait, nous nous occuperons des tumeurs orbitaires pro-

prement dites, que nous exposerons dans deux chapitres : 1° tumeurs des parois orbitaires proprement dites ; 2° tumeurs de la cavité orbitaire elle-même. Nous traiterons de celles-ci dans l'ordre suivant : 1° phlegmons ; 2° abcès ; 3° hypertrophie du tissu cellulaire ; 4° tumeurs sanguines ; 5° kystes ; 6° lipômes ; 7° cancer ; 8° tumeurs gazeuses ; 9° névrômes ; 10° tumeurs gonmeuses ; et 11°, dans un chapitre à part, je traiterai succinctement des tumeurs formées par la glande lacrymale.

Après cette partie capitale de ma thèse, je présenterai quelques considérations générales sur les causes, les symptômes, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement de toutes ces tumeurs. Mais, avant tout, nous dirons quelques mots de l'anatomie de la région, afin de bien limiter notre sujet.

Des recherches faites avec soin dans les auteurs anciens ne nous ont rien appris sur notre sujet ; nous n'avons point été plus heureux en compulsant les traités de chirurgie qui ont été publiés depuis la renaissance jusqu'à une époque assez rapprochée de nous. Cela se comprend. L'étude des tumeurs orbitaires, appendice en quelque sorte de l'oculistique, suivit le sort de cette dernière, et ne put être constituée comme elle que par les progrès de l'anatomie normale et pathologique. C'est donc dans les auteurs du siècle dernier et dans les auteurs modernes que j'ai dû puiser les éléments

constitutifs de ma thèse. Toutefois, dans la plupart des auteurs, je n'ai trouvé que des descriptions sommaires, et non une étude complète du sujet. J'en excepte toutefois le savant article de M. le professeur Velpeau inséré parmi ceux du Dictionnaire en trente volumes.

J'ai mis à profit les travaux de M. Sichel et les indications précieuses qu'il a bien voulu me donner, ainsi qu'un article inédit du docteur Desmarres, sur les tumeurs orbitaires, et dans lequel j'ai trouvé des matériaux intéressants et qui m'ont été fort utiles. Parmi les autres sources où j'ai puisé, je dois signaler les ouvrages d'ophthalmologie de Beer, de Travers, de Middlemore, de Mackenzie, de Scarpa, de Wardrop, de Smith, de Carron du Villards, de Rognetta, la thèse de M. Beylier, etc., etc. Les chapitres de ces ouvrages consacrés aux tumeurs de l'orbite, tout intéressants qu'ils soient, étaient insuffisants pour constituer mon sujet comme je le comprenais, j'ai donc dû recueillir dans les journaux français et étrangers tous les faits particuliers dont j'ai eu connaissance. C'est avec les faits surtout que j'ai cherché à présenter un tableau aussi exact que possible, des divers éléments de ma thèse. Je me suis abstenu quand ceux-ci m'ont fait défaut.

... dans les ouvrages de M. Sichel et les
indications précieuses qu'il a bien voulu me don-
ner, ainsi qu'un article inédit du docteur Des-
mazes, sur les tumeurs orbitaires, et dans lequel
j'ai trouvé les matériaux intéressants et qui m'ont
été fort utiles. Parmi les autres sources où j'ai puisé,
je dois signaler les ouvrages d'ophtalmologie de
Beer, de Travers, de Middlenote, de Mackenzie, de
Scarpa, de Warrap, de Smith, de Caron du Vil-
lard, de Bonnetta, la thèse de M. Boylier, etc., etc.
Les chapitres de ces ouvrages consacrés aux tumeurs
de l'orbite, tout intéressants qu'ils soient, étaient in-
suffisants pour constituer mon sujet comme je le
comprendais. J'ai donc dû recueillir dans les jour-
naux français et étrangers tous les faits particuliers
dont j'ai eu connaissance. C'est avec les faits sur-
tout que j'ai cherché à présenter un tableau aussi
exact que possible, des divers éléments de ma
thèse. Je me suis abstenu quand ceux-ci m'ont fait
défaut.

TUMEURS DE L'ORBITE.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR L'ORBITE.

L'orbite est une cavité osseuse creusée dans les parties latérales de la face et à laquelle concourt la base du crâne ; elle est destinée à protéger l'appareil visuel.

L'orbite est proportionnellement plus grande chez l'enfant que chez l'adulte ; il a une étendue transversale plus considérable chez les personnes dont la figure est large ; sa forme est irrégulièrement conique, ayant son sommet en arrière et sa base en avant. Cette base est ordinairement plus large que haute. M. Vésigné¹ a démontré que le diamètre transversal l'emportait sur le vertical de une à deux lignes.

Les parois de l'orbite sont au nombre de quatre.

1. *Essai sur la fistule lacrymale*, Thèse. Paris, 1824, n° 202.

La paroi supérieure est formée par le frontal en avant et par la face inférieure de la petite aile du sphénoïde en arrière; celle-ci est percée par le trou optique que traverse le nerf du même nom, et il est facile de comprendre, ainsi que le fait observer M. le professeur Malgaigne, qu'un coup violent porté sur le bord orbitaire supérieur, communiquant une forte commotion à toute cette paroi, le nerf optique en reçoive sa part, et se trouve par suite plus ou moins paralysé. Elle est légèrement concave et présente à sa partie externe une petite dépression (fossette lacrymale de M. Malgaigne¹), où vient se loger la glande lacrymale. Cette paroi est mince; cette particularité est importante à noter au point de vue de la médecine opératoire et des tumeurs de l'orbite, qui, en raison de cette minceur, peuvent pénétrer dans la cavité crânienne et réciproquement. Chez les vieillards, comme j'ai pu le constater sur les pièces que l'on trouve au musée anatomique de l'École, les sinus frontaux, en se développant, dédoublent en quelque sorte la paroi supérieure de l'orbite et constituent une nouvelle cavité aux dépens de celle-ci.

Formée par le maxillaire supérieur, l'os palatin, la paroi inférieure est plane, légèrement oblique de dedans en dehors, présente une gouttière pour le passage du nerf maxillaire supérieur; elle est séparée par une paroi tellement mince du sinus

1. Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 381.

maxillaire, que, dans certaines circonstances, elle a pu être perforée involontairement par le chirurgien dans certaines opérations¹.

La paroi externe est formée par l'os malaire et la grande aile du sphénoïde; elle sépare l'orbite de la région temporale. Elle est plane, très-oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière, comme le fait remarquer M. le professeur Malgaigne dans son *Traité d'Anatomie*; le bistouri introduit dans la cavité orbitaire, en suivant cette paroi, arrive sûrement sur les éléments anatomiques qu'il lui importe de couper dans l'ablation de l'œil.

La paroi interne, mince, délicate, composée de l'os planum et de l'unguis, sépare l'orbite de la partie supérieure des fosses nasales; de plus, elle est dirigée presque directement d'avant en arrière. Un bistouri, conduit suivant cette paroi, peut facilement pénétrer dans la cavité crânienne en passant par la fente sphénoïdale.

Ces parois sont réunies les unes aux autres et forment ainsi des angles plus ou moins ouverts. A la réunion de la voûte orbitaire avec la paroi externe, on trouve la fente sphénoïdale, large ouverture par laquelle les éléments vasculaires et nerveux pénètrent dans cette cavité; telles sont la branche ophthalmique de Willis, le moteur commun, le pathétique et le moteur oculaire externe; des branches artérielles pénètrent également à travers cette

1. Velpeau, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 317.

fente; la veine ophthalmique, après avoir parcouru l'orbite, vient se jeter dans le sinus caverneux.

La paroi supérieure, en se réunissant à la paroi interne, forme un angle dans lequel on voit pénétrer, par deux conduits spéciaux, les nerfs et les vaisseaux ethmoïdaux; inférieurement, le plancher de l'orbite, par sa réunion avec la paroi externe, forme la fente sphéno-maxillaire par laquelle des vaisseaux arrivent à l'orbite. Par cette fente, d'ailleurs, la cavité orbitaire est en communication avec les fosses temporale et ptérygo-maxillaire. La réunion du plancher de l'orbite avec la paroi interne ne présente rien de particulier à noter¹.

L'axe de l'orbite est obliquement dirigé de dedans en dehors et d'arrière en avant, de sorte que la base, ou mieux le pourtour de cette cavité est taillé obliquement de dedans en dehors. La paroi interne s'avance plus que l'externe. Il en résulte que l'œil, dans sa partie externe, n'est plus complètement protégé par l'orbite. Au sommet du cône formé par cette cavité, on trouve dans la paroi supérieure le trou optique, par lequel passe l'artère ophthalmique et le nerf optique, dont le névrilème se confond avec la dure-mère, qui passe par la fente sphénoïdale pour former le périoste. Cette membrane tapisse toute la cavité orbitaire et va se perdre au pourtour de l'orbite, d'une part, dans le

1. Ces rapports de voisinage et de continuité nous donnent la raison des influences morbides qui peuvent s'exercer sur les organes contenus dans la cavité orbitaire.

périoste frontal et d'autre part dans l'aponévrose orbito-palpébrale.

Le périoste est peu adhérent à la paroi supérieure. Cette disposition est importante à noter ; car, dans certains cas, on a vu des abcès siéger entre cette membrane et la partie horizontale du frontal ; sur les parois interne, inférieure et externe, l'adhérence est infiniment plus marquée.

L'œil se trouve contenu dans la cavité orbitaire, plus rapproché de la paroi inférieure. Ce fait anatomique permet au chirurgien, à l'aide de certaines incisions, d'arriver à pratiquer des opérations graves dans la cavité orbitaire, sans intéresser l'œil.

La disposition anatomique à l'aide de laquelle l'œil se trouve maintenu dans la cavité orbitaire a été bien étudiée par Tenon, M. le professeur Malgaigne, MM. Hélié, Bonnet, Guérin et surtout par M. Lenoir dans sa thèse sur le strabisme. Je veux parler de l'aponévrose oculaire, membrane mince, délicate en arrière du bulbe oculaire, plus forte à mesure qu'elle se porte en avant, et dont il est facile de se faire une juste idée par les pièces que nous avons faites, MM. Richet, Jarjavay et moi, en 1843, pour le concours du prosectorat. Cette membrane, pour être bien comprise, doit être étudiée dans la partie postérieure de l'œil et dans la partie antérieure de cet organe.

Il est toujours facile d'en constater l'existence, et pour cela, il suffit d'enlever le globe oculaire,

après avoir fait la section des muscles à leur insertion. Une dissection délicate permet d'en observer le prolongement sur le nerf optique. Si, après avoir constaté son existence sur ce nerf et à la partie postérieure de l'organe de la vision, on la suit en avant, on observe qu'elle est traversée par les muscles droits de l'œil, et que, dans le point où ces muscles la traversent, elle se confond avec la gaine aponévrotique de ces derniers. Après avoir reçu le renforcement des gaines musculaires, elle arrive à la conjonctive, et là, se divisant en deux parties, se comporte de la manière suivante : l'une passe sous la conjonctive oculaire et arrive au pourtour de la cornée ; l'autre passe au-dessus du repli conjonctival et va se perdre en haut et en bas dans les paupières, tandis que, transversalement, elle va s'insérer en dedans et en dehors de l'orbite, dans le ligament palpébral lui-même. Cette aponévrose ne contient pas seulement le globe oculaire ; elle limite complètement la cavité orbitaire en avant ; aussi peut-on enlever l'œil sans intéresser les éléments musculaires qui traversent l'orbite, si ce n'est dans le point où ils adhèrent à l'œil. La cavité orbitaire ainsi limitée en avant par l'aponévrose oculaire elle-même, tel est le champ dans lequel nous aurons à étudier les maladies de l'orbite. L'aponévrose oculaire va donc nous servir, en quelque sorte, de barrière : tout ce qui se trouvera en avant d'elle sera éliminé de notre sujet.

Quand on compare cette cavité sur le squelette au volume du globe oculaire, on est, au premier abord, frappé de la disproportion qui existe entre ces deux parties ; mais on en saisit facilement la raison, si on songe qu'un organe aussi délicat et aussi important que celui de la vue devait être protégé efficacement contre les chocs extérieurs ; ce que font d'ailleurs les parois et le pourtour de la base de cette cavité.

D'un autre côté, un appareil musculaire et nerveux très-riche est destiné à la sensibilité et aux mouvements de l'organe visuel, en même temps que des éléments vasculaires non moins riches sont destinés à sa nutrition. Les parties importantes sont à la fois réunies et isolées, par une couche cellulo-adipeuse, dans laquelle se trouvent contenus des nerfs nombreux et délicats ; tantôt destinés à l'œil et aux parties contenues dans l'orbite seulement, comme le pathétique, le moteur externe, le moteur commun et les nerfs ciliaires ; d'autres fois ayant une double destination, comme la branche ophthalmique de Willis. Cette richesse nerveuse, jointe à la résistance des parois, explique la douleur causée par les phlegmons orbitaires et par les opérations pratiquées sur cette région. L'artère ophthalmique, jointe à quelques artères nées de la maxillaire interne, nourrit l'œil et les éléments contenus dans la cavité orbitaire, et en partie les *tutamina oculi* de Haller.

Cette artère, avec ses divisions infinies, dont un

certain nombre, les artères ciliaires, se trouvent groupées autour du globe oculaire, d'après la disposition indiquée par M. le professeur Denonvilliers, explique jusqu'à un certain point l'origine des tumeurs fongueuses sanguines, que l'on rencontre dans cette région; elle donne la raison des hémorrhagies abondantes que le chirurgien doit redouter dans les opérations pratiquées en ce point. Une particularité a frappé les pathologistes, c'est l'isolement, en quelque sorte, de l'appareil circulatoire artériel de l'orbite, particularité qui rend compte, jusqu'à un certain point, des succès obtenus par la ligature de la carotide primitive dans le traitement des tumeurs fongueuses sanguines.

Une veine volumineuse ramène au sinus caverneux le sang des parties contenues dans l'intérieur de l'orbite.

Il ressort des observations faites par Blandin, et répétées par M. Thibault, ancien interne des hôpitaux, que cette veine peut être le siège d'une inflammation. On a décrit des synoviales dans la cavité orbitaire, destinées à favoriser les mouvements de l'œil : nous avons vainement cherché des synoviales autour du globe oculaire, dans le point où cet organe est en contact avec les quatre muscles droits.

Est-ce à dire pour cela qu'il n'en existe aucune? Je ne le pense pas : préoccupé depuis deux ans du siège de prédilection des kystes orbitaires, j'ai

cherché à en trouver la raison anatomique dans la disposition des parties, et j'ai pu me convaincre que sur certains sujets on trouve entre la paupière supérieure et l'élévateur de ce voile d'une part, ce muscle et le droit supérieur de l'autre, de petites bourses synoviales destinées à favoriser les glissements. J'ai fait les mêmes recherches il y a peu de jours devant M. Sée, interne des hôpitaux, et j'ai constaté le même fait anatomique. Je ne doute pas que le tissu cellulaire lâche que l'on rencontre dans cette région, et surtout les synoviales que j'y ai vues, ne soient le point de départ des kystes qui se rencontrent souvent dans ce point : bien que Mascagni ait parlé de lymphatiques de la cavité orbitaire, je dois ajouter que M. Sappey, dont l'habileté dans ce genre de recherches est bien connue, n'a pu en trouver aucun.

La glande lacrymale, divisée en deux parties, l'une supérieure et orbitaire, l'autre inférieure et palpébrale, est placée à la partie externe de l'orbite, enveloppée d'une gaine propre qui l'isole des parties voisines. Les canaux excréteurs en ont été bien étudiés par M. Gosselin, qui a démontré que le nombre de ces canaux, admis par les anatomistes qui l'ont précédé, devait être notablement diminué.

CHAPITRE II.

TUMEURS EXTRA-ORBITAIRES VENANT FAIRE SAILLIE DANS L'ORBITE.

Les tumeurs nées dans le voisinage de l'orbite peuvent, à la longue, pénétrer dans cette cavité et produire des désordres plus ou moins graves du côté de l'organe de la vision.

Les auteurs qui se sont occupés des tumeurs de l'orbite et de l'exophthalmos, comme MM. les professeurs Cloquet, Velpeau, Mackenzie, Chélius, etc., ont insisté sur le passage de certaines tumeurs des parties voisines dans la cavité orbitaire ; on en trouve des exemples dans la plupart des traités de chirurgie.

Ces tumeurs se dirigent vers l'orbite de bien des points différents ; tantôt, en effet, leur origine est dans le crâne, tantôt dans les fosses nasales : ici, c'est dans le sinus maxillaire qu'elles prennent naissance ; là, dans le sinus frontal, et il n'est pas jusqu'aux tumeurs de la région temporale et même du pharynx qui ne viennent quelquefois chasser le globe oculaire de son orbite, comme le prouve un fait observé récemment par M. Gosselin. Les tumeurs qui viennent de l'intérieur du crâne sont de plusieurs espèces.

Louis¹, M. le professeur Velpeau², Chélius³, Mackenzie, dans son ouvrage si riche en faits, dont nous devons la traduction à M. le professeur Laugier et à M. Richelot⁴, ont rapporté un certain nombre d'observations de tumeurs dites fongueuses de la dure-mère, qui arrivent dans la cavité orbitaire, à travers la paroi supérieure de cette cavité, ou viennent faire saillie au grand angle de l'œil.

Mackenzie, obs. 89.— « Un homme de cinquante et un ans tomba de cheval et reçut un coup violent sur la tête. Quatre ans après sa mémoire commença à baisser et s'affaiblit de jour en jour; il survint des accès d'épilepsie : le malade mourut un an après. Six semaines avant sa mort, l'œil gauche avait été déplacé.

« A l'autopsie, on trouva une tumeur fongueuse, adhérente à la dure-mère, qui avait produit l'absorption de la voûte de l'orbite gauche, et s'était ainsi frayé une voie dans cette cavité. »

Indépendamment des tumeurs fongueuses de la dure-mère, sur lesquelles M. Velpeau a publié un travail si intéressant⁵, d'autres produits morbides intra-crâniens peuvent venir faire irruption dans l'orbite; tels sont les cancers.

1. Louis, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. VI.

2. Velpeau, *Dict.* en 30 vol., t. X.

3. Chélius, *Archives génér. de méd.*, t. XXVIII, p. 422.

4. Mackenzie, *Traité pratique des maladies des yeux*, obs. 91, 93.

5. Velpeau, *Dict.* en 30 vol., art. *Dure-mère*.

Dans l'observation 92^e de l'ouvrage de Mackenzie¹, c'est une masse cartilagineuse qui est venue du crâne chasser l'œil de sa cavité.

L'homme qui fait le sujet de cette observation, à la suite d'un violent coup reçu sur la tête, qui lui permit cependant de continuer pendant cinq semaines son travail ordinaire, éprouva des douleurs céphaliques avec fièvre suivie bientôt d'accès fréquents d'épilepsie; quinze mois après l'accident, l'épilepsie cessa, les douleurs de tête s'accrurent, une fièvre violente et le délire survinrent.

La douleur descendit graduellement à l'œil droit, qui s'enflamma, se gonfla et fut chassé de l'orbite.

Après dix-huit mois environ, les accès d'épilepsie revinrent plus fréquents et plus violents qu'auparavant. Le malade mourut enfin dans de violentes convulsions.

A l'autopsie, outre diverses autres altérations, on trouva le ganglion de Gasser et ses trois branches environnés par une masse cartilagineuse qui pénétrait dans l'orbite par la fente sphéno-orbitaire, entourait le nerf optique et remplissait si exactement l'espace situé entre les muscles droits supérieur, externe et inférieur, qu'elle enveloppait leur origine et les vaisseaux. La même substance arrivait dans la fosse zygomatique par la fente sphéno-maxillaire.

1. Mackenzie, trad. Laugier et Richelot, p. 63.

Les tumeurs dont nous venons de parler sont des tumeurs solides. Il en est d'autres qui, quoique liquides, peuvent venir de la cavité crânienne, faire saillie dans l'orbite.

J'ai pu recueillir deux faits de ce genre, l'un est emprunté à Jean-Louis Petit¹, l'autre à un journal allemand.

« Il y a vingt-sept ou vingt-huit ans, dit Jean-Louis Petit, M. Maréchal, chirurgien du roi, me fit voir un jeune homme de vingt ans qui avait l'œil gauche proéminent et jeté en dehors de plus d'un travers de doigt, en conséquence d'une tumeur qui paraissait au grand angle de l'œil, accompagnée de douleur de tête, d'étourdissement, de larmoiement, et de sécheresse de la narine du même côté. Ce célèbre chirurgien attaqua la tumeur avec un grain de cautère; l'escarre fut incisée jusqu'au fond; il sortit deux ou trois cuillerées de lymphe un peu roussâtre, l'œil se remit presque dans son lieu naturel.

« Les chairs brûlées par la pierre à cautère étant tombées, on crut voir cicatriser la plaie; mais huit ou dix jours après la chute des escarres, il parut, dans le milieu de l'ouverture, une éminence qui parut être une vessie par sa mollesse, sa surface unie et sa facilité à rentrer, elle fut ouverte avec une lancette; l'humeur qui en sortit était semblable à la première, mais un peu plus abondante; deux

1. Jean-Louis Petit, OEuvres complètes, p. 231.

jours après, il en parut une troisième qui fut ouverte de même, il en sortit peu de chose. L'œil s'éloigna du nez et devint saillant en dehors comme il l'avait été dans les commencements, la tête devint pesante, la fièvre s'alluma, et, en peu de temps, le malade mourut dans l'assoupissement léthargique. »

A l'ouverture du crâne, « quand j'approchai de la portion du coronal qui forme la voûte de l'orbite (continue Jean-Louis Petit), je la trouvai cartilagineuse, puis, ayant enlevé la dure-mère avec le scalpel, je trouvai trois hydatides; elles avaient chacune la grosseur d'une noix, l'une était dans l'orbite, l'autre moitié dans l'orbite et moitié dans le crâne, et la troisième était dans la partie de la cavité du crâne formée par l'os des tempes, la base de l'os sphénoïde et la moitié de l'apophyse pierreuse. » Dans ce fait, les kystes existent sous la dure-mère; dans le fait suivant, le kyste paraît avoir pris sa source dans la substance cérébrale.

Sur un enfant dont l'observation est rapportée dans le journal de Schmidt¹, on trouva, à l'ouverture du crâne, sur le côté droit entre la dure-mère et la paroi crânienne, un kyste qui s'était en grande partie développé dans la substance cérébrale, passait à travers la fente sphénoïdale et se continuait dans l'orbite, dans l'étendue d'un travers de doigt; en dedans, il soulevait les prolongements antérieurs

1. Schmidt Jahrbücher, 1834.

de la tente du cervelet, passait sous la selle turcique, dans l'épaisseur du sphénoïde.

Quelquefois, les tumeurs naissent des fosses nasales : mon excellent maître et ami, M. Lenoir, a présenté à la Société anatomique¹ un polype de nature sarcomateuse qui, développé d'abord à la partie postérieure du méat moyen des fosses nasales, avait pénétré, par suite de la destruction de l'os planum dans l'orbite, s'était propagé en déterminant l'atrophie du globe de l'œil jusqu'au grand angle de l'orbite.

De toutes les tumeurs qui arrivent dans la cavité orbitaire, les plus communes sont les tumeurs du sinus maxillaire. Jean-Louis Petit², Bordenave³, Mackenzie⁴, Louis⁵, M. le professeur Gerdy⁶, en rapportent un grand nombre d'observations, il suffit de compulser les traités de chirurgie pour en rencontrer de nombreux exemples.

Tantôt ces tumeurs sont nées de l'intérieur du sinus, d'autres fois ce sont les parois qui sont le lieu d'implantation. Ces tumeurs fort variées ayant pris naissance dans le point que nous venons d'indiquer, soulèvent d'abord le plancher de l'orbite; tel est le cas de polype fibreux que l'on trouve dans

1. *Bulletin de la Soc. anat.*, ann. 1834, p. 90.

2. Jean-Louis Petit, *OEuvres complètes*, 5^e obs., p. 230.

3. Bordenave, *Mém. de l'Acad. de chir.*, 8^e obs., t. VI.

4. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux.*, obs. 81, 82, 83, 84, 86, 87.

5. Louis, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. VI, p. 503.

6. Gerdy, *des Polypes*.

la *Médecine opératoire* de Sabatier¹, qui remplissait le sinus maxillaire et la narine, soulevait le plancher de l'orbite et faisait saillir l'œil.

A une période plus avancée, la paroi inférieure de l'orbite est détruite. « J'ai vu, dit Louis², un homme de quarante et un ans, à qui un fongus carcinomateux dans le sinus maxillaire avait détruit la lame osseuse qui forme le plancher de l'orbite; le globe de l'œil était presque entièrement sur la joue. »

D'autres fois, la paroi inférieure et la paroi interne de l'orbite ont été détruites avant la production de l'exophthalmos.

Tels sont les quelques faits si bien étudiés par M. le professeur Gerdy (*des Polypes*).

Les tumeurs de nature diverse, polypes ou cancers dont nous venons de parler, ne sont pas les seules qui, du sinus maxillaire, vont envahir la cavité orbitaire.

M. Michon³ a extrait avec succès du sinus maxillaire une tumeur osseuse volumineuse qui avait refoulé le plancher de l'orbite et poussé l'œil en haut et en avant d'un centimètre et demi environ. Astley Cooper⁴, Mackenzie⁵, Boyer⁶, rapportent des cas analogues.

1. Sabatier, *Méd. opér.*, éd. Bégin, t. III.

2. Louis, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. VI, p. 503.

3. Michon, *Mém. de la Société de chir.*, t. II, 615.

4. Astley Cooper, *OEuvres chir.*, *Mém. sur les exostoses*, obs. 539.

5. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, obs. 66, 44.

6. Boyer, *Traité des mal. chir.*

Des hydropisies du sinus maxillaire peuvent encore déformer l'orbite et amener la propulsion de l'œil. Boyer ¹ en cite un exemple qui fut pris pour un polype du sinus maxillaire.

« Il y a quelques années, dit Mackenzie ², je donnai des soins à un malade chez lequel le sinus maxillaire du côté gauche était affecté de cette maladie à un tel degré que la face était déformée d'une manière frappante et l'œil en partie déplacé. » Dans quelques cas on a vu un abcès s'ouvrir dans l'orbite.

Des tumeurs viennent de points plus éloignés. Je trouve dans Louis ³ et Mackenzie ⁴ deux observations de tumeurs ayant détruit la paroi postérieure de l'orbite et ayant chassé l'œil de sa cavité. Ces tumeurs naissaient de la fosse temporale. M. Velpeau ⁵ dit avoir vu faire saillie dans l'orbite une tumeur de la fosse ptérygo-maxillaire.

« On prit pour un polype du sinus maxillaire, dit M. Gerdy ⁶, une tumeur enkystée des fosses temporale et zygomatique qui chassait l'œil de sa cavité; ce n'est qu'après avoir perforé le sinus qu'on s'aperçut de la méprise. »

Il n'est pas jusqu'au polype du pharynx qui ne

1. Boyer, *Maladies chir.*

2. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, obs. 79.

3. Louis, *Mém. de l'Acad. de chir.*

4. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, obs. 76.

5. Velpeau, *Dict. en 30 vol.*

6. Gerdy, *T. des Polypes*, p. 129.

puisse amener de pareils désordres : M. Velpeau¹ rapporte un cas de tumeur fibreuse du pharynx qui avait envahi la totalité de l'orbite.

Voici un fait intéressant observé par M. Gosselin, recueilli par M. Bacquias, interne des hôpitaux :

« Varin (Joseph), âgé de quarante-sept ans, ébéniste, entre le 10 septembre 1850 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, 78 (service de M. Roux suppléé par M. Gosselin) ; il est pâle et affaibli, se plaint cependant d'être malade depuis huit jours seulement et d'avoir vu tout à coup son œil droit gonfler, faire saillie, et perdre la faculté visuelle. On constate, en effet, une exophtalmie avec gonflement œdémateux de la conjonctive, et perte complète de la vue. Au bout de quelques jours, l'œil était moins saillant, et l'on espérait qu'une résolution de la tumeur serait obtenue par l'usage de l'iodure de potassium. Mais bientôt le malade s'aperçut en se mouchant que l'œil redevenait proéminent, et il nous assura que l'exophtalmie s'était produite la première fois à la suite d'un événement semblable. Les jours suivants il y eut ainsi des alternatives d'augmentation et de diminution, que l'on expliqua soit par des épanchements de sang dans la tumeur, soit par une impulsion communiquée à celle-ci. En effet, on ne tarda pas à reconnaître avec le doigt un prolongement charnu au-dessus

1. Velpeau, Dict. en 30 vol., p. 317.

du voile du palais. Cette tumeur fut regardée par M. Gosselin comme un ostéo-sarcome. Le malade, trouvant qu'il s'affaiblissait beaucoup depuis qu'il était entré à l'hôpital, demanda brusquement sa sortie. Depuis nous n'en avons pas eu de nouvelles. »

CHAPITRE III.

TUMEURS DES PAROIS ORBITAIRES.

Les tumeurs de l'orbite peuvent avoir leur siège dans les parois de la cavité orbitaire, ou dans cette cavité elle-même.

Nous partagerons les tumeurs des parois orbitaires en deux chapitres différents. Dans le premier viendront se ranger les tumeurs qui se développent sur toutes les parois indistinctement; dans le second nous placerons les tumeurs spéciales à la paroi supérieure, qui viennent des sinus frontaux.

Quand elles sont liées à un état phlegmasique, les tumeurs des parois orbitaires, ont leur siège dans le périoste ou dans le tissu osseux. La conséquence naturelle de cette inflammation dont les causes peuvent être fort variables, est d'amener des abcès, des caries, des nécroses.

Les abcès consécutifs aux maladies des parois orbitaires peuvent fuser dans la cavité orbitaire; nous en parlerons plus loin, ou rester confinés entre le périoste et les os. J'emprunte à Mackenzie, le fait suivant de périostite terminée par suppuration¹.

1. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, tr. par Laugier et Richelot, p. 24.

« Un jeune homme de quatorze ans, fort en apparence, mais sujet à de violents accès de fièvre, eut, le 1^{er} septembre 1816, une petite tumeur douloureuse sur le côté droit de la voûte des os du nez. En un jour ou deux, elle s'enflamma, devint érysipélateuse, et occupa la peau de tout le côté droit du nez. La tuméfaction gagne la paupière supérieure droite. Les accidents cérébraux les plus formidables surviennent malgré le traitement antiphlogistique employé. Le 24 septembre, le siège de la plus vive douleur correspondait à un point du sourcil droit. La mort arriva le 22.

« A l'autopsie, on trouva le péricrâne qui couvre l'os frontal à droite plus épais qu'il est dans l'état naturel; il était complètement détaché de l'os sous-jacent; quand on incisa cette membrane, une quantité considérable de matière purulente s'échappa de tous côtés, et une sonde put facilement pénétrer en arrière dans l'orbite entre l'os et le périoste, le long du plancher de la cavité jusque dans le crâne. »

Est-il possible d'arriver à reconnaître cette affection? la chose me paraît difficile, quand toute la symptomatologie se résume en une douleur vive et fixe en un point; on ne peut le faire que lorsque la collection purulente existe et vient faire saillie à l'extérieur; et dans ce cas même il resterait à savoir si le périoste n'a pas été détruit et si le pus n'a pas pénétré dans l'orbite.

Le traitement ne présente rien de particulier; il faut donner issue au pus dès que sa présence se

manifeste, quelle que soit la cause qui l'ait produit.

Le virus syphilitique sévit-il sur le périoste qui tapisse la cavité orbitaire, cette membrane s'enflamme, se tuméfie, une périostite se produit. Suivant M. Ricord qui a étudié avec soin cette maladie, la tuméfaction du périoste est due surtout à l'épanchement inter-lamellaire d'un suc plastique de consistance variable. On comprend facilement qu'en attaquant le périoste orbitaire, cette affection provoque là des phénomènes propres et des symptômes particuliers.

Mackenzie en rapporte un exemple remarquable¹.

Obs. « Mary Falkner, âgée de trente-trois ans, ayant le visage coloré, mariée, et étant accouchée trois fois, ayant ses deux premiers enfants vivants et bien portants, le troisième étant venu par une fausse couche, à sept mois, s'adressa à M. Hamilton, au dispensaire du sud-est, à Dublin, se plaignant d'une grande douleur dans l'œil gauche et au même côté de la tête, avec altération de la vue. Il y avait une procidence considérable de l'œil; ses paupières gauches, et surtout la supérieure, étaient gonflées et empâtées de manière à combler la dépression située au-dessous du sourcil; elles étaient de couleur rouge sombre, et sillonnées de

1. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, obs. 58, p. 33.

veines; le globe de l'œil n'offrait aucune trace d'inflammation, seulement on voyait quelques veines tortueuses à sa partie supérieure et interne; iris de couleur verdâtre; pupille de grandeur naturelle, mais ovale transversalement; on voyait distinctement à sa partie supérieure et postérieure une tache verte brillante, de forme irrégulière et d'un reflet métallique. La douleur était très-intense, et était rapportée au globe de l'œil, mais causait aussi des élancements dans la tête, dont tout le côté gauche était entrepris; elle était plus vive la nuit, et privait la malade de sommeil; elle était augmentée par le moindre mouvement du corps ou de l'œil, et par le décubitus sur le côté affecté. Il existait une sensation pénible de sable dans l'œil produite probablement par le frottement des paupières distendues sur l'œil poussé hors de l'orbite: la vue était fort diminuée, et lorsque la malade regardait en bas les objets étaient vus doubles; elle voyait constamment des mouches volant devant son œil, elle se plaignait de vertiges: pouls vif et plein, langue sale. La malade avait avorté trois mois avant de consulter M. Hamilton, et supposait qu'elle avait eu froid, car ses yeux étaient devenus douloureux et les paupières rouges et gonflées. Depuis ce temps la douleur avait augmenté graduellement et la vue avait diminué.

« A la première vue, M. Hamilton inclina pour regarder ce cas comme le commencement d'un fungus hématode, mais l'apparence de santé

de cette femme et la persistance de la vue, bien qu'elle fût diminuée, lui fit douter de l'exactitude de cette manière de voir. Il soupçonna ensuite la présence d'un abcès ou de quelque tumeur dans l'orbite; mais l'examen le plus soigneux ne put faire reconnaître ni l'un ni l'autre. Les symptômes ne laissant pas de doute sur l'inflammation de l'un ou l'autre des tissus de l'œil, il résolut d'essayer un traitement antiphlogistique. Les sangsues, les ventouses, les vésicatoires et les purgatifs puissants furent employés sans le moindre succès. Trouvant les symptômes chaque jour plus fâcheux, M. Hamilton demanda l'avis d'un autre chirurgien, qui refusa de formuler un jugement positif sur la nature de la maladie, porta le pronostic le plus défavorable, et recommanda d'essayer de petites doses d'oxymuriate de mercure. L'estomac étant trop irritable pour supporter ce médicament, on y renonça; peu de temps après, la malade fut admise à l'hôpital Meath.

« La saillie de l'œil était alors si considérable qu'il semblait être plus gros que l'autre et que les paupières ne pouvaient pas se fermer entièrement; il était chassé en bas et en dehors. La pupille, ayant été dilatée par la belladone, ne revint point à sa grandeur naturelle, et il semblait que ce qui l'empêchait de se contracter, c'était la présence du cristallin, engagé dans son aire. Elle avait toujours la même forme ovale, et son bord inférieur était retourné en dedans. La tache à reflet métallique était

visible beaucoup plus en avant, et semblait occuper toute la pupille, à laquelle elle donnait un aspect verdâtre et un peu opaque, tandis qu'on voyait une petite ligne brune, ondulée, semblable à un vaisseau sanguin, la traverser. La malade n'avait aucune rémission dans ses douleurs ni nuit ni jour. Diminuées pour peu de temps par les sangsues, elles revenaient bientôt pires que jamais. L'estomac ne pouvait plus rien supporter, la vision se réduisit à la simple perception de la lumière et de l'obscurité. L'irritabilité de l'estomac fut soulagée par l'application d'un vésicatoire; mais les autres symptômes devinrent plus intenses, et la malade quitta l'hôpital, désespérant d'obtenir du soulagement.

« Quoique les chirurgiens de l'hôpital de Meath eussent manifesté diverses opinions sur cette maladie, cependant l'impression générale fut que la maladie était de mauvaise nature. L'étendue et l'intensité de la douleur profonde de la tête, qui donnaient à penser que le cerveau était affecté, paraissent être la cause qui détourna les chirurgiens de proposer l'extirpation de l'œil, à laquelle la malade, à cause de ses souffrances, aurait aisément consenti.

« Huit jours après qu'elle eut quitté l'hôpital, M. Hamilton en examinant l'œil avec soin, exerça sur l'orbite une forte pression qui causa une si vive douleur que l'idée d'une périostite lui vint aussitôt. Un nouvel examen montra toute la partie

supérieure et interne de l'orbite, autant que le gonflement de la paupière permettait de s'en assurer, également douloureuse, ce qui conduisait à cette conclusion que la maladie s'étendait encore plus loin en arrière. En admettant une inflammation du périoste, et par suite un épanchement de lymphes entre lui et les os, la douleur, le gonflement et la saillie se trouvaient expliqués : la malade avoua alors pour la première fois qu'elle avait été infectée par son mari huit ans auparavant, qu'elle avait pris du mercure, que bientôt après elle avait eu une éruption, et plus tard mal à la gorge. Il paraît qu'elle avait eu aussi un iritis, et que pendant les quatre dernières années elle avait été souvent tourmentée par des douleurs ostéocopes.

« La maladie comprise, le traitement devenait évident. La malade fut mise à l'usage du calomel et de l'opium, avec la décoction de salsepareille. La salivation survint et au bout de six semaines, les douleurs avaient cessé; la santé, la gaieté étaient revenues, l'œil avait presque repris sa place dans l'orbite; le gonflement des paupières avait cédé, et la vision s'était sensiblement améliorée. Neuf mois après l'époque où la malade avait consulté M. Hamilton pour la première fois, il n'y avait pas de différence entre les deux yeux pour l'aspect. La vue était passablement bonne, quoique encore trouble; il n'y avait eu aucun retour des douleurs. »

Bien que les os de l'orbite soient revêtus d'un tissu

fibreux, il semble que les manifestations syphilitiques s'y fassent rarement. Je n'ai pu trouver, en effet, que le fait de Mackenzie parfaitement limité à l'orbite, se rapportant nettement au groupe des périostoses syphilitiques. Peut-être l'observation n'a-t-elle pas été suffisamment portée sur ce point.

La science possède des cas d'hyperostose de tous les os de la face. Mais par là même que la cavité orbitaire n'y est pas spécialement et particulièrement intéressée, je crois devoir n'en parler que pour mémoire et ne pas m'y arrêter davantage.

Au dire de Chélius¹ cependant, Howship et Baillie ont observé un épaissement général des os de l'orbite.

L'exostose des parois de l'orbite forme un chapitre plus important, et pour l'étude duquel nous avons pu recueillir quelques matériaux.

Il ne s'agit pas ici des exostoses qui ont pris naissance soit dans le sinus maxillaire, soit dans les fosses nasales. Celles-là ont trouvé place dans la catégorie des tumeurs extra-orbitaires venant faire saillie dans l'orbite.

Les exostoses des parois orbitaires reconnaissent des causes diverses, tantôt elles se développent sous l'influence d'un travail phlegmasique à la suite d'une violence extérieure.

C'est à la suite d'un coup donné par la corne

1. Chélius, *Ophthalmologie*, p. 428.

d'une vache que Lucas¹ vit se développer au côté externe de l'orbite une exostose d'un pouce de diamètre vertical et d'un pouce et demi de diamètre transverse. Cette exostose remplissait la plus grande partie de la cavité orbitaire. D'autres fois elles sont liées à cet état inconnu de l'organisme, en vertu duquel l'exostose se produit. Schott² rapporte le cas d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel le globe de l'œil était entièrement poussé en dehors et en haut par une exostose qui remplissait les cinq sixièmes de l'orbite. On creusa avec la gouge et le maillet, avec le trépan et le ciseau, un nouvel orbite, et le globe de l'œil fut reporté dans la cavité franchement entaillée, sans qu'il eût souffert ni dans sa forme ni dans l'intégrité de ses mouvements.

Dans le fait rapporté par Carron du Villards³, c'est dans le virus syphilitique qu'il faut chercher la cause de l'exostose : « J'ai guéri par la préparation d'or, dit cet auteur, un porteur du journal *le Figaro*, atteint d'exostose syphilitique avec commencement d'exophtalmie. »

Tous les points des parois orbitaires peuvent être le siège de ces tumeurs osseuses. Il semblerait, *a priori*, qu'elles dussent, en raison de l'épaisseur plus considérable des os, se rencontrer de préférence à la partie inférieure et externe de l'orbite ;

1. *Edinburgh medical and surgical Journal*, 1803.

2. Chélius, *Ophthalmologie*, p. 428.

3. Carron du Villards, *Mal. des yeux*, t. I, p. 484.

cependant c'est en dedans et en bas qu'on les trouve le plus souvent. C'est au côté nasal de l'orbite que siègeait l'exostose observée par Travers¹. Le cas de Brassant² occupait l'os planum. Rognetta³, Mackenzie⁴, Lucas⁵, Schott⁶, Schön⁷, Ammon⁸, les ont observées sur la paroi externe et inférieure. Jean-Louis Petit⁹ en a vu une à la paroi externe.

Dans un cas rapporté par Mackenzie¹⁰, l'exostose adhérait à la paroi supérieure et externe. Elle adhérait à la paroi supérieure dans l'observation consignée dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*¹¹; à la paroi inférieure en même temps qu'au fond de l'orbite dans l'observation 64^e de l'ouvrage de Mackenzie. Enfin j'ai trouvé trois faits d'implantation au fond de cette cavité. Tel est le cas rapporté par Baillie¹² et ceux qu'on trouve dans le *Journal médical de Glasgow*, vol. 1, et dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*.

Dans les faits dont l'*Atlas des maladies de l'œil*

1. Dans Mackenzie, *op. cit.*
2. *Mém. de l'Acad. de chir.*
3. *Gaz. méd.*, 1836.
4. *Op. cit.*
5. *Loc. cit.*
6. Dans Chélius, *op. cit.*
7. Dans Chélius, *op. cit.*
8. Ammon, *Atlas des maladies de l'œil humain*.
9. J. L. Petit, *OEuvres complètes*.
10. Mackenzie, *op. cit.*, obs. 61.
11. *Annales de la chir. franç. et étrang.*, t. III, p. 242.
12. Dans Chélius, *Ophthalmologie*, p. 429.

humain d'Ammon nous a offert l'image, l'exostose partait du bord orbitaire inférieur.

Toutes ces productions morbides m'ont paru appartenir à la classe des exostoses éburnées.

Quand l'exostose occupe la portion la plus extérieure de la cavité orbitaire et qu'elle apparaît sous la peau, le diagnostic en est facile. Ce sont des tumeurs solides, dures, lisses, se développant avec lenteur, le plus souvent à la suite de violences extérieures; mais si elles prennent naissance dans des points inaccessibles au doigt, si elles n'ont pas acquis un volume suffisant pour paraître à l'extérieur, les douleurs vives qu'elles produisent par la pression exercée sur l'œil et l'exophthalmos en seront les seuls signes apparents, et ne suffiront pas pour permettre de porter un diagnostic certain.

A plus forte raison en sera-t-il ainsi, si elles occupent le fond de l'orbite; ce n'est qu'après l'extirpation de l'œil qu'on reconnut l'exostose dans l'observation du *Journal médical de Glasgow*, t. I; et dans le fait des *Annales de la chirurgie française et étrangère*, on n'avait pas non plus soupçonné la présence d'une exostose dans l'orbite gauche du malade qui fait le sujet de l'observation, et cependant elle était volumineuse.

Le diagnostic peut donc en être facile ou difficile, difficile et même impossible dans le cas, où, siégeant profondément, l'exostose ne donnera que des signes communs à toutes les tumeurs profondes de l'orbite, douleurs et exophthalmos.

Facile quand elle fera saillie à l'extérieur : pourrait-on les confondre avec certaines tumeurs squirrheuses des parois orbitaires? Mais la durée de l'exostose, son volume, l'examen de la cause productrice seront des éléments suffisants pour se prononcer.

Sont-ce des tumeurs provenant des sinus frontaux ou des fosses nasales qui pourraient induire en erreur? Mais ces tumeurs auront toujours assez trahi leur existence dans leur lieu d'origine pour que le doute soit presque impossible.

En tous cas, les antécédents du malade devront être soigneusement recherchés sous le rapport syphilitique, bien que la syphilis agisse rarement dans cette région pour produire des exostoses.

Le traitement de l'exostose orbitaire est médical et chirurgical.

Médical, quand on pense trouver la cause de la maladie dans un état diathésique, comme le scorbut, la scrofule, et surtout la syphilis.

Chirurgical, alors surtout que l'exostose est une affection exclusivement locale. Personne ne peut espérer être aussi heureux que le malade qui fait le sujet de la soixante et onzième observation de l'ouvrage de Mackenzie. Ce malade avait une exostose considérable développée entre le nez et l'orbite, elle fut guérie par séparation spontanée.

Le traitement de l'exostose orbitaire consiste dans l'ablation, l'excision et la cautérisation.

Brassant¹ cautérisa une exostose de la grosseur d'un œuf, qui avait chassé l'œil de l'orbite, en sorte qu'il se trouvait pour ainsi dire couché sur la joue. Après un traitement de trois ou quatre mois, une partie considérable de l'os tuméfié s'exfolia, l'œil reprit sa position normale, et une guérison complète s'ensuivit.

A la suite d'un coup de tête de cheval², reçu à la racine du nez entre les deux sourcils (en 1835), un maréchal ferrant, âgé de vingt-huit ans, avait vu survenir, deux ans après l'accident, des polypes fongueux dans les sinus frontaux et les fosses nasales; extirpées une première fois en 1837, ces productions morbides n'avaient pas tardé à repulluler; en 1841, une tumeur arrondie de cinq à six centimètres de diamètre, adhérente à l'arcade orbitaire, avait recouvert l'œil droit entièrement. Le 28 juin, on entreprit l'extirpation des polypes qui avaient de nouveau envahi les fosses nasales. « Dans la tumeur de l'œil droit, dit l'opérateur, je trouvai un polype renfermé dans un kyste adhérent à l'os qui est perforé, et communique avec le sinus frontal. Dans cette ouverture est enclavée une concrétion osseuse, arrondie, de deux centimètres de diamètre sur un d'épaisseur, que je ne puis détacher qu'en brisant une portion de la lame antérieure du frontal. Cette concrétion, d'une blan-

1. *Mémoires de l'Acad. de chirurgie.*

2. *Annales de la chir. franç. et étrangère.*

cheur remarquable, à fibres allongées et superposées comme des stalactites, est une véritable exostose éburnée.

« A l'œil gauche, j'enlève le polype adhérent, je trouve la même communication avec le sinus de ce côté; je découvre ensuite, sous l'arcade orbitaire et logé profondément dans l'orbite, un corps dur que la pince ne peut extraire. J'essaye avec divers leviers; j'en fausse deux sans pouvoir réussir. J'avais à ménager l'œil, je craignais que ces concrétions n'allassent dans l'orbite au delà de la portée des instruments. Enfin, je suis obligé, pour extraire ce corps étranger, de scier toute la partie supérieure de l'arcade orbitaire avec une scie flexible, et je pus alors l'enlever avec une pince. Ce corps pesait 45 grammes, avait 35 millimètres de longueur, 20 d'épaisseur et de largeur près de l'entrée de l'orbite, et s'aplatissait vers l'extrémité logée au fond de la cavité orbitaire.

« Le malade guérit parfaitement et vit très-bien de ses deux yeux; et même, de l'œil gauche, il voyait mieux qu'auparavant. »

J'ai déjà parlé du fait de Schott qui, avec la gouge et le maillet, avec le trépan et le ciseau, creusa un nouvel orbite au milieu d'une exostose qui remplissait les cinq sixièmes de la cavité naturelle.

L'œil y fut reporté; le malade guérit, et, ajoute l'auteur, le succès fut durable.

Le traitement de l'exostose orbitaire soulève une

question importante. Convient-il toujours d'enlever une exostose de la cavité orbitaire ?

Oui, quand cette exostose est située superficiellement. Mais, en supposant qu'elle soit profondément placée, et que le chirurgien arrive sûrement à la reconnaître, faut-il encore tenter de l'enlever ? La question n'est plus aussi facile à résoudre. Il est clair que s'il n'existe pas de douleurs considérables, si l'exophthalmos n'est pas très-développé, le chirurgien peut rester spectateur et doit chercher, par un traitement médical, à enrayer la maladie.

Mais si le traitement médical est insuffisant, doit-il encore attendre que l'affection se soit accrue et que la destruction de l'exostose soit devenue plus difficile ? S'il y a exophthalmos considérable, si les douleurs sont intolérables, si surtout l'existence de l'œil est compromise, alors il ne doit point hésiter ; il doit chercher à débarrasser le malade. Si l'œil était perdu déjà, si après l'avoir enlevé le chirurgien découvrait une exostose considérable et adhérente à la paroi supérieure de l'orbite, il devrait agir avec une grande réserve. Comment, en effet, enlever une exostose implantée dans la paroi supérieure de l'orbite avec des ramifications probables du côté de la cavité crânienne ? La chose me paraît délicate, sinon impraticable, à moins que la tumeur ne présente un pédicule. Mais si elle est étalée, si elle présente une large surface, le chirurgien doit agir avec une grande prudence.

Les parois de l'orbite sont minces, les os qui les forment contiennent peu de tissu spongieux ; il n'est donc pas étonnant que le cancer s'y développe rarement primitivement. Dans la grande majorité des cas, ce n'est que consécutivement à un cancer extra-orbitaire ou intra-orbitaire que les parois de l'orbite sont envahies par cette dégénérescence.

Cependant on trouve dans Mackenzie¹ la trace d'un fait de cancer des parois de la cavité orbitaire.

OBSERVATION. — « M. Sweabman, dit-il, est cité comme possédant un exemple remarquable de squirrhe du périoste. Une femme Joas, traitée dans le service cancéreux de l'hôpital de Middlesex, avait un carcinome du sein. Un mois avant sa mort, un de ses yeux commença à faire saillie, et trois jours avant de mourir, elle tomba subitement dans un état comateux.

« En examinant le crâne, on trouva que le péri-crâne, le périoste de l'orbite et la dure-mère du côté affecté de la tête étaient épaissis et durs. La dure-mère avait, dans une partie de son étendue, un tiers de pouce d'épaisseur. L'arachnoïde y adhérait et participait à l'épaississement. Les os étaient un peu plus vasculaires que dans l'état normal, mais ils n'offraient pas d'autre apparence de maladie. »

1. Mackenzie, obs. 39.

Si le cancer a une manifestation extérieure autre que l'exophthalmos, le diagnostic de l'existence d'une masse cancéreuse est possible; mais quant au siège exact et précis, les symptômes qu'on observe, les douleurs lancinantes appartiennent tout autant au cancer des parois exclusivement qu'au cancer de la cavité elle-même étendu aux parois.

La marche et le pronostic du cancer dans ce point sont toujours ceux des tumeurs malignes. L'envahissement presque fatal du globe oculaire à un jour donné augmente la gravité du pronostic.

La chirurgie peut-elle et doit-elle intervenir? Si le cancer est accessible à la main du chirurgien; s'il a son siège dans la paroi externe, on comprend fort bien qu'il soit facile de l'enlever et qu'on doive le faire, comme pour le cancer intra-orbitaire dont je parlerai plus loin, puisqu'il s'agira de la vie du malade dans un avenir prochain; j'en dirai autant pour la paroi inférieure.

Mais si c'est la paroi supérieure ou la paroi interne qui a été envahie, la difficulté devient bien grande, et on a à se demander si le malade ne doit pas être abandonné à lui-même, et dans ce cas les troubles encéphaliques indiqueront au chirurgien la conduite qu'il devra suivre.

CHAPITRE IV.

TUMEURS DES SINUS FRONTAUX.

Parmi les tumeurs des parois orbitaires, je fais une catégorie spéciale de celles qui ont leur origine dans une maladie des sinus frontaux, parce que si, d'une part, ces affections appartiennent bien en réalité aux tumeurs des parois de l'orbite, puisque le sinus frontal est compris dans l'épaisseur de la partie antérieure de la paroi supérieure de cette cavité, d'un autre côté leur lieu d'origine et souvent leur nature les différencient des tumeurs appartenant aux trois autres parois.

Le nombre de ces affections n'est pas, du reste, considérable : tantôt c'est une inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les sinus et qui amène à la longue dans ces cavités une accumulation de pus qui fait saillie dans l'orbite ; tantôt ce sont des hydropisies, quelquefois des kystes, d'autres fois des polypes.

Suivant M. Dezeimeris, qui a publié en 1839 (journal *l'Expérience*) un savant article sur les maladies des sinus frontaux, les abcès de ces cavités n'étaient point inconnus d'Hippocrate. Mais à partir de cette époque jusqu'à Tulpius, Hoffman,

Lieutaud et Richter, il n'est plus fait mention de cette affection, qui, dans certaines circonstances cependant, a compromis la vie des malades¹.

Spontanée ou consécutive à une violence extérieure, à une carie, l'inflammation de la muqueuse des sinus frontaux peut se terminer par résolution, et n'offre pour symptômes qu'une douleur vive et fixe à la racine du nez. Mais si la suppuration s'établit et que le pus ne puisse s'écouler librement dans la narine, il s'accumule dans la cavité du sinus et en repousse la paroi antérieure.

Méconnue dans sa nature, ou abandonnée à elle-même, cette affection peut amener la déformation de la paroi supérieure de l'orbite. Ce n'est du reste que tardivement que cette déformation s'opère, alors que la collection purulente devient considérable relativement à la cavité, et après que le malade a été tourmenté par de violentes douleurs.

Quand l'abcès vient faire saillie à l'extérieur, c'est au grand angle de l'œil qu'il apparaît souvent. C'est là que Mackenzie² le vit, immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire des paupières, chez un malade de l'hôpital de Glasgow. C'est là aussi que Beer l'observa; c'est aussi au grand angle de l'œil, en même temps que vers la base correspondante de la paupière supérieure,

1. Dezeimeris, article cité.

2. Mackenzie, *Traité des mal. des yeux*.

que Riberi¹ sentit ce gonflement fluctuant qui avait causé le strabisme. Sous l'influence de la compression de la paroi orbito-nasale qui était intacte, on faisait couler du pus par le nez. Il résulte de plusieurs faits rapportés par M. Dezeimeris et que nous aurions pu citer, que souvent le pus vient se faire jour dans le point que nous avons indiqué.

Pourrait-on dans ce cas confondre l'abcès du sinus frontal avec une affection du sac lacrymal? Un examen attentif suffira pour faire éviter cette erreur.

Le mode de développement n'est pas le même; la tumeur lacrymale n'arrive pas d'emblée à la suppuration. La pression peut faire disparaître l'une et l'autre de ces tumeurs; mais le pus de l'abcès du sinus remontera, sous l'influence du doigt comprimant, dans le sinus, pour s'échapper par les fosses nasales², et si on voit dans quelques cas le liquide de la tumeur lacrymale passer dans le nez sous l'influence de la pression, c'est le plus souvent par les points lacrymaux qu'il s'écoule, ce qui n'a pas lieu dans l'abcès du sinus frontal.

Enfin si comme dans le fait de Mackenzie il peut se présenter un cas où la douleur du début manque, l'existence d'une douleur vive, profonde, à la racine du nez, est cependant la règle; je n'ai point vu non plus que l'abcès du sinus frontal, saillant

1. *Journal de chir.* de Malgaigne, janvier 1845.

2. Quand sa communication subsiste.

au grand angle de l'œil, fût accompagné d'épiphora et de sécheresse de la narine du côté affecté¹.

Les symptômes obscurs du début pourront quelquefois faire méconnaître et l'affection et le traitement à suivre. Mais lorsque l'existence de l'abcès est reconnue, il y a indication urgente de donner issue au pus, par la perforation, la trépanation, soit de la paroi antérieure, soit de la partie la plus déclive du sinus, de manière à établir une communication directe avec les fosses nasales, comme le préfère Ribéri².

Beer³ guérit aussi un malade dont le globe oculaire était fortement déplacé, et l'œil reprit sa position normale.

Pour n'avoir pas voulu se soumettre à cette opération, un autre malade du même auteur vit une grande partie de l'os de l'orbite et du nez se carier. Il y avait aussi carie dans le fait de Ribéri, dont il a été question. N'a-t-on pas vu souvent⁴ des collections purulentes des sinus frontaux aller

1. En un mot, si on tient compte du siège de la douleur, du mode de développement et du volume de la tumeur, et du déplacement de l'œil, on arrivera à reconnaître la maladie qui nous occupe.

2. *Loc., cit.*, *Journal de chir.* de Malgaigne, *journal l'Exp.*, t. I et IV.

3. *Lehre von den Augenkrankheiten*, etc.

4. Voir, pour la trépanation du sinus frontal, le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, et la Thèse de M. le professeur Denonvilliers.

se faire jour du côté de la cavité encéphalique et amener la mort des malades¹?

Le sinus une fois ouvert, le chirurgien devra encore, par des injections détersives, chercher à modifier l'état de la membrane muqueuse.

Les tumeurs enkystées du sinus frontal peuvent être ou de véritables hydropisies ou une simple accumulation de mucus ou des hydatides.

Je réunis à dessein toutes ces affections, parce que leurs symptômes sont les mêmes, et que je n'ai point trouvé dans les auteurs qui en ont rapporté des exemples d'un caractère précis, qui me permettent de me prononcer sur leur nature.

On trouve dans l'*Atlas des maladies de l'œil humain*, d'Ammon², le dessin d'un exophthalmos résultant de l'hydropisie enkystée des sinus frontaux observée par M. le professeur Jæger de Vienne.

Les os, et surtout l'ethmoïde, le sphénoïde et la moitié gauche du frontal, sont repoussés en arrière; l'orbite a complètement changé d'aspect. L'œil est abaissé au niveau de l'extrémité du nez.

Langenbeck³ eut occasion d'extraire, le 2 décembre 1848, du sinus frontal d'une jeune fille de dix-sept ans, une grosse hydatide qui avait repoussé en avant la paroi interne du sinus. Mackenzie, qui raconte aussi le fait, ajoute que l'œil n'était pas, à proprement parler, hors de l'orbite,

1. Mémoire de Dezeimeris.

2. Planche X, II^e partie, f^o 3.

3. Cloquet, Dict. en 30 vol., art. *Exophthalmie*.

mais plutôt l'orbite conjointement avec l'œil était porté en avant, en dehors et en bas ; de telle sorte que l'œil était au niveau de la pointe du nez. Dezeimeris a rapporté dans son mémoire plusieurs faits analogues.

Ces hydropisies ou ces kystes du sinus frontal se caractérisent par une tumeur plus ou moins volumineuse de la partie antérieure du front ou du grand angle de l'œil.

Les tumeurs sont plus ou moins résistantes, parfois molles dans un point, quand une partie de la paroi a été résorbée, d'autres fois dures comme une exostose.

Dans un cas cité par Mackenzie¹, la maladie reconnaissait pour cause un coup de raquette reçu sur le côté gauche du nez et sur l'œil gauche.

Quand la tumeur est encore peu développée, les signes manquent pour établir un diagnostic sûr. Quand elle fait saillie au grand angle de l'œil, elle peut être confondue avec une tumeur du sac lacrymal. L'absence d'écoulement par les points lacrymaux sous l'influence de la pression, la possibilité de faire pénétrer une injection faite par le point lacrymal inférieur jusque dans les fosses nasales, et par-dessus tout le mode de développement de la tumeur et sa forme ne laisseront aucun doute.

Mais est-on sûr de n'avoir pas affaire à un abcès des sinus frontaux ? La tuméfaction est la même ;

1. Mackenzie, obs. 76.

il est vrai ; mais les douleurs qui accompagnent l'inflammation dès le début manquent dans le développement des tumeurs enkystées ; et d'ailleurs si les antécédents du malade , si l'évolution de la tumeur ne donnaient pas de renseignements précis , le chirurgien doit songer à une chose , c'est que , tumeur enkystée ou abcès , le traitement est identique.

Les polypes des sinus frontaux sont rares comparativement à la fréquence de ces productions morbides soit dans les fosses nasales , soit dans le sinus maxillaire. Boyer¹ ne connaissait que le fait de Levret. M. Gerdy² en a rapporté deux autres exemples ; les *Annales de la chirurgie française et étrangère* en renferment un autre dû à M. Bouyer³.

Tantôt ces polypes sont nés dans le sinus , d'autres fois ils l'ont envahi après avoir pris naissance dans un point plus éloigné ; tel est le cas de Levret. Ils coïncident presque toujours avec d'autres productions de même espèce.

Au début , les polypes se présentent avec tous les symptômes des maladies du sinus , c'est-à-dire qu'il y aura toujours tumeur frontale ; plus tard survient le décollement des deux lamelles de la paroi supérieure de l'orbite , et enfin l'exophthalmos. L'œil sera porté en dehors et en avant. Le

1. *Traité des mal. chir.*

2. Gerdy , *des Polypes*.

3. *Annales de la chir. franç. et étrang.*, t. III, p. 242.

polype, dans sa marche envahissante, ne tardera pas à perforer la paroi antérieure du sinus et à paraître à l'extérieur, ce qui est arrivé au malade de M. Bouyer.

Facile, quand le polype du sinus frontal n'est que l'extension, pour ainsi dire, d'un polype d'une autre cavité, le diagnostic deviendrait impossible si la production pathologique était née dans le sinus et confinée dans son intérieur, comme pour les abcès et les tumeurs enkystées. D'ailleurs, l'ouverture du sinus et l'extirpation est le seul traitement à employer.

En résumé, les tumeurs diverses qui viennent dans les sinus frontaux peuvent, par la pression exercée en tous sens sur les parois du sinus, déformer la cavité orbitaire. C'est toujours en haut et en dedans, au grand angle de l'œil, près du nez, qu'elles viennent faire saillie. L'œil est toujours chassé par elles en bas et en dehors. Elles finissent par perforer les os, et donnent lieu alors à une accumulation de liquide au grand angle de l'œil.

La douleur n'est constante que dans les inflammations et les abcès des sinus.

La perforation ou la trépanation, pour donner issue au liquide ou pour permettre l'extirpation des polypes, comporte *tout le traitement*.

Enfin, pour être complet autant que possible, je signalerai le fait de Desgranges, adressé à Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie,

dans lequel, à la mort d'un jeune homme de vingt-cinq ans, on trouva dans un des sinus frontaux une tumeur fongueuse que ce chirurgien compare aux tumeurs fongueuses de la dure-mère, mais qui, probablement, n'était qu'un polype.

CHAPITRE V.

PHLEGMONS DE LA CAVITÉ ORBITAIRE.

PHLEGMON DE L'ORBITÉ.

Bien que le phlegmon de l'orbite ne constitue pas une véritable tumeur, et qu'à la rigueur il puisse être distrait de mon sujet, je crois ne pouvoir me dispenser d'en donner une description succincte. Le phlegmon, en effet, s'annonce par des phénomènes qui lui sont communs avec les tumeurs de cette région, et il est le point de départ de tumeurs particulières telles que les abcès, l'hypertrophie et l'induration du tissu cellulaire. D'autre part, nous sommes autorisé à suivre cette marche par l'exemple des auteurs les plus recommandables.

Qu'est-ce que le phlegmon de l'orbite? On comprend sous cette dénomination la phlegmasie du tissu cellulo-graisseux que l'orbite contient en si grande abondance.

Ici nous trouvons, comme partout, deux espèces d'inflammation, l'une à forme aiguë, l'autre à forme chronique. Et comme la première se présente beaucoup moins rarement, en même temps qu'elle s'accompagne d'accidents plus graves et

mieux tranchés, c'est d'elle que nous parlerons d'abord et avec plus d'étendue.

Si on se place à un point de vue purement spéculatif, il semble que peu de régions doivent être anatomiquement mieux disposées à l'inflammation que celle qui nous occupe. Le tissu cellulaire y abonde ; les artères et les veines y sont nombreuses et flexueuses ; l'élément nerveux domine là plus que partout ailleurs.

Cependant le phlegmon de l'orbite n'est pas une affection que l'on puisse regarder comme commune. Les annales de la science en renferment un grand nombre de cas : cela est incontestable ; mais il ne faut pas y voir une preuve de la fréquence de la maladie. Au contraire, le soin avec lequel les observateurs ont rapporté les cas à eux particuliers, indique qu'ils ont eu la pensée de faire connaître des faits rares et curieux. Quelle explication donner du peu de fréquence de la maladie ? Il nous semble que les considérations anatomiques suivantes résolvent, si non tout à fait, du moins en partie cette question.

Les parties molles placées dans la cavité de l'orbite sont très-efficacement protégées de toutes parts, excepté en avant, par des parois osseuses. Le tissu cellulo-graisseux, c'est-à-dire la matière nécessaire au travail inflammatoire, est renfermé entre deux fortes lames de tissu fibreux. On pourrait dire que là se trouve la raison du peu d'influence des agents extérieurs et des affections

locales circonvoisines sur le développement du phlegmon de l'orbite.

Quoi qu'il en soit, cette phlegmasie a été observée dans des circonstances bien diverses. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle se rencontre le plus souvent dans le cours d'une diathèse inflammatoire, variole, rougeole, scarlatine, érysipèle; quelques-uns y ajoutent la scrofule, la syphilis, le rhumatisme. En dehors de ces états morbides de l'organisme, on ne trouve plus de cause à laquelle on puisse rattacher un grand nombre de phlegmons de l'orbite. Aussi, pour compléter cette étiologie, est-il nécessaire de faire le dénombrement des observations que la science possède. Dans les *Annales d'oculistique* (t. VII, p. 5), on trouve qu'un corps étranger séjourna trois mois dans l'orbite et y détermina deux fois une violente inflammation du tissu cellulaire. Des blessures même légères faites sur le rebord de l'orbite lorsque l'économie est dans des conditions particulières, peuvent produire l'inflammation du tissu cellulaire intra-orbitaire. Ainsi, au rapport de Mackenzie (Trad. de MM. Laugier et Richelot, p. 234), Weller cite le cas d'une jeune femme bien portante, qui, étant à son époque menstruelle, reçut une plaie déchirée peu grave de l'orbite. La frayeur causée par cette blessure suspendit les règles, et il survint une inflammation violente de toute la cavité de l'orbite. L'influence du froid, d'un courant d'air, est invoquée par la plupart des ophthalmologistes.

On en lit deux observations du docteur O. Ferral, dans l'*Union médicale* (18 janvier 1848). Dans la première, il s'agit d'un homme qui, voyageant la nuit par un temps froid, maintint un vasistas ouvert pendant plus de deux heures. Il s'aperçut bientôt d'une douleur vive à l'œil droit, qui recevait directement le courant d'air. Cette douleur fut le prélude des autres symptômes du phlegmon de l'orbite. D'autre part, Gendron (*Maladies des yeux*, in-4°, 1770) cite un cas, dans lequel un phlegmon avait été le résultat d'une violente insolation. Mackenzie l'a vu survenir après l'extirpation de la moitié de l'œil, et d'autres auteurs l'ont vu succéder aux phlegmasies du globe oculaire. M. Rognetta assure même que plusieurs fois il a été témoin de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite après l'opération de la cataracte par abaissement. Deux ou trois fois il l'a rencontré dans les hôpitaux par suite de la propagation de l'érysipèle de la face. Un cas de ce genre a été observé en 1850 à la Pitié dans le service du professeur Laugier¹. Une femme fut admise dans cet hôpital pour un érysipèle de la face. L'inflammation, qui était surtout intense vers les paupières, envahit le tissu cellulaire de ces organes, et se propagea à celui de l'orbite droit. Il s'y forma une collection purulente.

Pour M. Riberi, les phlegmons orbitaires, surve-

1. Une note sur ce cas m'a été communiquée par M. Parmentier, interne des hôpitaux.

nus après l'érysipèle de la face, ne sont pas l'effet de cet érysipèle. Ils en sont, au contraire, la cause ou le point de départ. Il a vu deux cas de ce genre dans lesquels le pus de l'orbite provenait de l'intérieur des sinus frontaux, et avait occasionné l'érysipèle.

La propagation de la phlegmasie de proche en proche peut se faire même par les os. Ainsi, nous possédons deux observations dans lesquelles on voit que l'avulsion d'une dent molaire a été l'occasion du phlegmon dont il s'agit. La première, très-remarquable à d'autres égards et que nous donnerons tout à l'heure en parlant des symptômes, appartient au docteur Sovet, et a été publiée dans les *Annales d'oculistique* (t. XVIII, p. 459). La seconde est donnée par Mackenzie dans son *Traité pratique des maladies des yeux* (obs. 462, p. 237). Quelquefois, les affections de la glande lacrymale, surtout son inflammation, ont été le point de départ de la maladie (Carron du Villards). Il nous serait facile de multiplier les citations pour montrer combien diverses sont les causes sous l'influence desquelles peut se développer le phlegmon de l'orbite. Nous ne rapporterons plus que le fait intéressant observé par M. Carron du Villards. Ce pathologiste recommandable dit, dans son ouvrage sur les maladies des yeux, que l'inflammation du tissu cellulo-adipeux intra-orbitaire s'est montrée quelquefois à la suite des inflammations graves de l'encéphale, surtout quand les méninges sont primitivement af-

fectées. Lui-même a observé plusieurs cas de ce genre à la suite du typhus qui ravagea l'armée austro-sardé en 1848. Un peu plus loin (t. I, p. 472), il donne le fait suivant :

MENINGITE AIGUE ; ABCÈS CONSÉCUTIFS DANS LES DEUX ORBITES ;
LES DEUX GLOBES SONT BLESSÉS EN OUVRANT LES ABCÈS ; PERTE
DE LA VUE¹.

« M. Benaut, docteur médecin, demeurant à Malesherbes près Fontainebleau, d'un tempérament sanguin athlétique, dans la force de l'âge, fut atteint, il y a quelques années, à la suite de fatigues prolongées, d'une méningite aiguë qui faillit l'enlever. Il ne dut sa conservation qu'à l'énergie du traitement que l'on opposa à cette maladie. Sur sa fin, il se manifesta dans l'orbite des accidents inflammatoires assez vifs et rapides, à la suite desquels il parut dans chaque œil un abcès intra-orbitaire assez considérable. Ils étaient prêts à se faire jour, lorsqu'un confrère, voulant hâter la sortie du pus, plongea imprudemment un bistouri dans chaque abcès ; il évacua bien le pus, mais il blessa les globes oculaires, et il s'ensuivit une cécité incurable de laquelle nous parlerons plus tard. »

Le tissu cellulo-graisseux de l'orbite est abondant par rapport aux organes contenus dans cette cavité. Mais, considéré d'une manière absolue, on peut dire qu'il ne constitue pas une masse considé-

1. Carron du Villards, *Maladies des yeux*, p. 471.

nable. L'inflammation est donc, en cet endroit, circonscrite dans des limites très-étroites. Comment expliquer la violence et la multiplicité des symptômes par lesquels elle se manifeste, et le retentissement qu'elle a dans l'économie entière ? C'est que la gravité d'une phlegmasie ne dépend pas seulement de l'espace qu'elle occupe, de la quantité de tissus qu'elle a envahis. Il faut encore tenir compte de l'élément sanguin et de l'élément nerveux, des modifications que l'un et l'autre devront subir par le fait de la marche de l'inflammation et de la facilité du développement des parties tuméfiées. Celle du tissu cellulaire intra-orbitaire en est un exemple bien frappant. Elle s'annonce par les accidents qui caractérisent une inflammation grave et franche; elle trouble tout l'organisme. C'est dire que le phlegmon de l'orbite donne lieu à deux ordres de symptômes, les uns sont ceux d'une inflammation violente, les autres lui appartiennent en propre. Des premiers nous ne dirons que quelques mots, tandis que nous parlerons des derniers avec toute l'étendue que comporte le sujet.

Si nous devons juger d'après les faits nombreux que nous avons recueillis, nous dirons que la maladie ne débute pas toujours de la même manière, ou plutôt qu'elle débute de deux façons. Le plus souvent c'est une douleur sourde et profonde qui ouvre la scène. D'autres fois un sentiment de malaise, de l'inappétence, un frisson, sont les pre-

miers phénomènes. Mais, si elle n'a pas été la première, la douleur arrive bientôt et devient le symptôme principal. Rapidement elle croît en intensité, se fait ressentir dans l'orbite, plus profondément dans le crâne, sur le front, vers les tempes. Après un temps généralement court elle est extrêmement violente, insupportable, empêchant le sommeil, et dans les cas les plus aigus arrachant des cris au malade, occasionnant une grande agitation, même le délire. Elle est continue et ne permet aucun repos tant que l'inflammation n'est pas enrayée, ou que le pus qui a succédé au phlegmon ne s'est pas ouvert une voie au dehors. Le petit malade du docteur Fizeau (*Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, vendémiaire an xiv, tom. II, p. 527) est un exemple effrayant de la violence de la douleur. On trouve dans Middlemore (ch. xxi, sect. 4^{re}, p. 585), un autre fait également intéressant à ce point de vue.

Un autre symptôme également précieux et caractéristique nous est fourni par le déplacement du globe de l'œil. Celui-ci subit le phénomène de l'exophthalmos : il est poussé hors de l'orbite. Tantôt l'exophthalmos est direct, et l'organe de la vision ne proémine pas plus d'un côté que de l'autre ; c'est lorsque l'inflammation développée au fond du cône orbitaire presse également l'œil en haut et en bas, en dedans et en dehors. Tantôt l'œil est plus incliné d'un côté que du côté opposé ; alors l'inflammation s'est produite sur

un point limité de la portion antérieure de l'orbite. Quelquefois l'exophthalmos direct succède à un exophthalmos latéral; on comprend sans peine dans quelles circonstances il en est ainsi. Cette propulsion de l'œil n'est pas toujours également marquée. Dans la plupart des observations qui sont sous nos yeux elle est manifeste, frappante tout d'abord, et néanmoins les paupières ont pu contenir l'organe. Dans un petit nombre de cas ces voiles membraneux étaient écartés, puis renversés, formant un bourrelet circulaire autour de l'œil, poussé plus en avant.

Avec un pareil déplacement et au sein de parties enflammées, il est curieux de voir quelles modifications subit l'organe de la vue dans ses fonctions et dans ses éléments anatomiques. Les troubles de la vision arrivent de bonne heure; dans quelques cas ils se sont montrés en même temps que la douleur: ce sont la photophobie, la photopsie et l'amaurose. Les deux premières appartiennent aux premières phases de la maladie, quand celle-ci est intense, et sont remplacées tôt ou tard par l'amaurose. Lorsque le mal n'est pas violent, elles persistent jusqu'à la cessation des phénomènes de l'inflammation et à l'issue du pus formé. Les ophthalmologistes expliquent ici la photopsie par la congestion sanguine des tissus de l'œil; la photophobie par la dilatation de la pupille, qui permet le passage d'un trop grand nombre de rayons de lumière. L'amaurose serait due à la compres-

sion trop forte du nerf optique. La photophobie et la photopsie passent avec les autres phénomènes de la maladie. Il n'en est pas toujours de même de l'amaurose. Elle survit quelquefois au phlegmon de l'orbite et persiste toute la vie. Il est intéressant de lire des observations dans lesquelles on voit la perte complète de la vue avec l'intégrité complète des membranes et des milieux de l'œil. (Voy. dans le *Traité des maladies des yeux* de Mackenzie, p. 236.) Enfin nous rattachons aux troubles fonctionnels la gêne que l'œil éprouve dans ses mouvements lorsque l'exophthalmos est médiocrement prononcé, et l'immobilité quand il est bien marqué. Il s'agit ici d'un résultat purement mécanique. Si les fonctions du globe de l'œil sont généralement gênées ou perverties dans le cours du phlegmon de l'orbite, ses éléments anatomiques sont plus rarement, très-rarement altérés. C'est un fait digne de remarque. Nous en trouvons l'explication dans la présence de la membrane fibreuse très-résistante qui enveloppe le nerf optique. Par elle celui-ci est généralement mis à l'abri de la phlegmasie. Il ne subit que des phénomènes de congestion résultant de la gêne apportée dans le cours du sang. On trouve cependant des cas où il en a été autrement : l'œil n'est pas resté sain, soit que l'inflammation l'ait envahi, soit que la cornée se soit mortifiée après la formation d'un chémosis. Dans l'un et dans l'autre cas il est ordinaire que l'œil se vide et que la vue soit

perdue pour toujours. On lira avec intérêt l'observation suivante relatée dans les *Annales d'oculistique*¹ :

PHLEGMON DE L'ORbite.

« OBSERVATION. M. S..., curé à N..., quarante ans, tempérament lymphatico-nerveux, n'a jamais eu de maladie qu'une fièvre typhoïde peu grave. Il est venu me consulter le 25 mars 1845 pour des douleurs qu'il rapportait à la carie d'une grosse molaire de la mâchoire supérieure gauche, et qui depuis deux ou trois jours le privaient de repos et s'irradiaient dans tout le côté de la face. Cette dent fut cautérisée et plombée; mais la douleur continuant, M. S.... alla quelques jours plus tard en faire faire l'extraction. Celle-ci ne présenta rien de particulier. M. le curé rapporte seulement que des fragments d'alvéole furent extraits avec les racines auxquelles ils adhéraient.

« Quinze jours après, M. S.... me consulta de nouveau. Il ressentait une douleur obtuse dans l'alvéole vide et dans tout le côté de la mâchoire, et de temps en temps un écoulement d'un liquide incolore et d'odeur nauséabonde avait lieu par le vide laissé par l'extraction. Les gargarismes et les bains de vapeur que je lui prescrivis n'arrêtèrent nullement ces accidents; ils s'accrurent même sensiblement; les douleurs s'étendirent vers le nez et

1. *Annales d'oculistique*, t. XVIII, p. 139, par le docteur Sovet.

l'orbite, et parfois, lorsque M. le curé se baissait, il s'écoulait par la narine gauche un liquide assez limpide et offrant la même odeur que l'écoulement alvéolaire. M. S... n'opposa plus aucune médication à son mal.

« Dans le courant de juillet de la même année, il fit d'assez longues courses à pied, s'exposa à des suppressions de transpiration, et rentra le 27 juillet avec une céphalalgie sus-orbitaire qui s'accrut dans la journée du 28, et qui devint tellement violente qu'on vint me prier, à deux heures du matin, de me rendre chez lui; il offrait alors les symptômes suivants : douleur profonde et compressive du globe oculaire gauche; proéminence notable de cet organe; tuméfaction, tension, rougeur et immobilité des voiles palpébraux. Je parvins avec peine à les entr'ouvrir; le globe paraissait beaucoup augmenté de volume; cet œil, qui semblait encore intact, ne percevait plus les images; des larmes abondantes coulaient; la douleur était telle que le patient n'avait pu ni dormir ni rester un instant en repos; il y avait eu frisson prolongé la veille au soir : face injectée, peau brûlante, pouls vibrant, plein, à 95. Saignée de douze onces; douze sangsues à la région mastoïdienne; fomentations froides sur l'œil, pédiluve sinapisé.

« Le 30 juillet. — Douleur plus concentrée dans l'orbite; sentiment de compression extrême de l'œil; photophobie des deux côtés; photopsie du côté malade, rêvasseries continuelles; pouls plein

à 110; langue saburrale. Seize sangsues sont appliquées successivement pour obtenir un écoulement continu; fomentations froides, sinapismes mitigés, deux grains de calomel de deux heures en deux heures.

« Le 31. — Trois selles ont eu lieu; le malade a déliré toute la nuit; la tumeur orbitaire est proéminente, rouge, tendue, sensible à la moindre pression; elle s'étend de la base du nez au milieu de la région frontale; un écoulement séreux, abondant a lieu entre les paupières et par la narine gauche; les fomentations froides ne sont plus supportées; la douleur revêt parfois un caractère pulsatif; la réaction est moins intense, le pouls ne permet plus d'émission sanguine. Émollients *loco dolenti*, calomel, sinapismes mitigés.

« Le 1^{er} août. — Amélioration de l'état général; *statu quo* de la tumeur.

« Le 2 août. — La nuit a été très-mauvaise; les douleurs ont repris une nouvelle intensité; la tumeur, tout à fait proéminente vers le rebord orbitaire supérieur qu'elle déborde de l'épaisseur d'un bon travers de doigt, offre un point blanc, aminci et fluctuant, que j'ouvre avec précaution à l'aide de la lancette; un liquide purulo-sanguinolent, puis seulement purulent, s'échappe à grands flots et répand une odeur infecte. Cataplasmes émollients.

« Le 3 août. — Le pus fétide coule non-seulement par l'ouverture pratiquée, mais par la narine gauche et par l'intervalle des paupières; des bulles de

gaz et quelques portions de tissu sphacélé s'échappent par l'ouverture supérieure.

« Le 4 août. — Le patient est parvenu à soulever lui-même la paupière; la partie centrale du globe oculaire paraît ratatinée sur elle-même, une issue purulente s'observe à la partie inférieure et interne du globe; l'abattement physique et moral du malade est extrême. Bouillons, viandes blanches, cataplasmes émollients.

« Le 5 août. — Une seconde ouverture s'est faite spontanément à l'angle interne de la paupière supérieure; des douleurs se sont de nouveau fait sentir dans l'alvéole. L'inspection de la bouche ne fait découvrir qu'un peu de gonflement et de sensibilité des gencives; le stylet ne pénètre point au delà de l'alvéole vide et ne rencontre que des tissus mous. Régime plus nutritif.

« Le 8 août. — Les quatre issues continuent à donner un pus abondant, mais plus louable; la tumeur décroît de volume, mais reste assez dure vers le bord orbitaire supérieur. Le stylet, introduit par l'ouverture pratiquée, rencontre des surfaces irrégulières et osseuses. Pansement au cérat, établissement d'un cautère, à l'aide du caustique de Vienne, à la région sus-orbitaire; nourriture analeptique; huile de foie de morue à l'intérieur.

« Le 18 août. — Les tissus se dégorgent insensiblement, mais les fongosités, des brides se développent chaque jour sur l'œil malade et repa-

raissent malgré l'emploi des cautérisations et les résections.

« Le 9 septembre. — Une bride membraneuse assez large, déterminant l'entropion de la paupière inférieure, est réséquée par moi en présence du confrère Vernier, avec lequel j'ai visité plusieurs fois le malade dans ces derniers temps. Enfin, vers la fin de septembre, à l'aide de l'emploi répété du nitrate d'argent, des pommades mercurielles et de divers collyres, les conjonctives sont revenues à leur état presque normal; l'issue purulente qui s'observait à la base et à la partie interne du globe était tarie depuis plusieurs jours; l'ouverture spontanée de la paupière supérieure était cicatrisée; la narine gauche ne fournissait plus qu'un écoulement peu abondant, et le plus souvent constitué par un liquide assez séreux; enfin, un séquestre, du volume d'un pois aplati, offrant une face lisse et convexe, et une face postérieure irrégulière s'échappa par l'ouverture pratiquée vis-à-vis du bord orbitaire supérieur; ouverture qui ne tarda pas à se cicatriser en contractant des adhérences avec les tissus sous-jacents.

« Mars 1846. — M. S.... offrait un moignon oculaire propre au placement d'un œil artificiel; sa santé générale était excellente, et il ne se plaignait plus que de l'écoulement par le nez d'un peu de liquide incolore, quand un jour il sentit un léger embarras dans l'arrière-bouche et vers les fosses nasales postérieures. Après un effort d'expulsion,

il rendit un second séquestre, mince, légèrement concave, offrant au centre une petite arête, et ressemblant à un fragment de cloison. En vain, à plusieurs reprises, j'ai examiné la narine gauche à l'aide du stylet et d'un rayon solaire, je n'ai rien découvert qui rendit compte de l'écoulement qui aujourd'hui encore se produit parfois chez M. S.... lorsqu'il incline la tête de gauche à droite. »

Les paupières ne restent pas étrangères au travail inflammatoire, que nous avons vu déjà produire deux phénomènes importants, la douleur et l'exophthalmos. De bonne heure, quelquefois même avant le déplacement de l'œil, elles s'inflament et rougissent. Tant que la phlegmasie n'a agi sur elles que d'une manière indirecte, en gênant la circulation du sang, elles ne subissent pas d'autres modifications ; mais quand l'inflammation, cheminant peu à peu, arrive jusqu'à elles, très-facilement elles se laissent envahir. Alors elles deviennent plus gonflées, plus tendues et plus rouges. C'est vers leur bord adhérent que les paupières présentent d'abord ces caractères, et au degré le plus élevé ; c'est aussi au même niveau que le pus consécutif au phlegmon vient faire saillie quand il tend à se porter au dehors. Arrivée aux paupières, l'inflammation augmente quelquefois en étendue, envahit les tissus circonvoisins et donne lieu à des accidents de voisinage généralement funestes. On

en peut voir dans Mackenzie, p. 236, obs. 161, un exemple intéressant.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que nous avons considéré l'affection des paupières comme un accident secondaire, se produisant lorsque le phlegmon de l'orbite est constitué. Cela est vrai pour tous les cas, excepté pour celui où l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite vient dans le cours d'un érysipèle de la face.

Tels sont les symptômes appartenant en propre au phlegmon de l'orbite, qui servent à le caractériser. Il en est d'autres plus généraux que l'on observe toutes les fois qu'une grande inflammation se produit quelque part dans l'organisme; ce sont ceux de la fièvre inflammatoire: frissons au début, se répétant plusieurs fois dans le cours de la maladie, souvent au moment de la formation du pus; dyspepsie et constipation; quelquefois des vomissements; rougeur et sécheresse de la langue, soif ardente; agitation, insomnie, et parfois du délire; pouls fréquent, développé et dur; peau sèche et brûlante. Ces symptômes généraux persistent et avec une grande intensité tant que dure le travail inflammatoire, et jusqu'à ce que le pus ait été évacué. Quand l'évacuation de ce produit phlegmasique a été obtenue, l'organisme se calme promptement et la convalescence est rapide, à moins qu'une complication ne soulève de nouveaux troubles.

Les phénomènes morbides par lesquels le phleg-

mon de l'orbite se manifeste sont si caractéristiques, que nous ne voyons pas de maladie avec laquelle il soit possible de le confondre. Le phlegmon du globe de l'œil s'annonce, lui aussi, par des douleurs très-vives; il s'accompagne de symptômes généraux parfois fort intenses; l'organe fait une saillie au-devant de l'orbite; mais si l'on remonte à la cause, si on juge que la saillie de l'œil est due à une augmentation de volume de l'organe et non à un simple déplacement; si on observe avec soin l'état des milieux et des membranes de l'œil, l'erreur paraît difficile. Si elle a été commise, elle ne durera pas longtemps, puisque la présence du pus dans l'intérieur de l'organe dans un cas, en dehors de lui dans le second, rendra le doute impossible. Peut-être serait-il plus facile de confondre le phlegmon de l'orbite avec l'inflammation de la glande lacrymale. Dans ce dernier cas, le début n'est ni aussi brusque ni aussi alarmant; la douleur ne présente pas cette intensité qui en fait un symptôme particulier du phlegmon de l'orbite; l'exophthalmos est toujours tel que le globe de l'œil est rejeté en bas et en dedans, tandis que, en haut et en dehors, se trouve une tumeur variable pour le volume; la réaction fébrile n'est pas aussi violente. Il nous semble qu'en tenant compte de chacune de ces différences, de la cause et de la marche de la maladie, il sera possible d'établir le diagnostic.

Il suffit de réfléchir aux causes ordinaires du

phlegmon de l'orbite, et aux conditions anatomiques de la région pour prévoir quelle doit être le plus souvent, presque toujours sa terminaison; il se forme un abcès. En effet, la suppuration est la règle, la résolution une heureuse exception, si bien que nous avons trouvé seulement deux cas de résolution dans les annales de la science. Le premier, cité par M. Rognetta, fut observé sur un jeune commis soigné par Dupuytren en 1829. L'autre appartient à Middlemore.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la mort a été fréquemment la suite du phlegmon de l'orbite. Nous devons ajouter que, dans toutes les observations de cette issue malheureuse, nous avons trouvé qu'une complication soit du côté du cerveau et des méninges, soit du côté de la face, soit une autre, était survenue et avait contribué, pour une large part, à faire mourir le malade.

L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite peut encore se terminer par hypertrophie ou par induration. Nous nous proposons de dire plus loin quelques mots sur ces états particuliers.

Les indications sont trop évidentes pour qu'il puisse y avoir dissidence sur le traitement de la maladie. Dès le début, c'est aux antiphlogistiques qu'il faut recourir. Comme les premiers symptômes sont violents, que la marche du phlegmon est rapide, il convient de se hâter et d'appliquer une

médication énergique. Les saignées générales et locales doivent être pratiquées autant que le comporte la constitution et le tempérament du malade. Les révulsifs autour de l'orbite et sur le tube digestif seront employés en même temps et avec persistance. En agissant avec cette activité, on poursuivra deux buts, modérer le travail inflammatoire, amener la résolution. Si, comme il est probable, il se forme une collection purulente, il faut changer de conduite. Nous dirons ce qu'il convient de faire en parlant des abcès.

PHLEGMON CHRONIQUE.

De l'avis des auteurs qui ont écrit sur les maladies des yeux, le phlegmon chronique de l'orbite est d'une extrême rareté. C'est principalement sous l'influence d'une cause constitutionnelle, telle que le vice scrofuleux, qu'on observe cette forme de l'inflammation. On le rencontre aussi lorsqu'une affection du voisinage, après avoir détruit à la longue un point des parois orbitaires se trouve en rapport avec le tissu cellulo-graisseux de la région. Mackenzie, à la page 236, obs. 160, donne l'observation d'une inflammation chronique de l'orbite chez une dame, qui, douze ans auparavant, avait reçu une violente contusion à la région du sourcil droit. Enfin, M. Ribéri a rencontré des abcès cachés dans l'orbite, qui avaient été méconnus. C'était dans les cas d'affections organiques graves de l'œil.

On comprend, d'après ce qui précède, combien il est difficile de reconnaître le travail inflammatoire chronique de l'orbite, et comment il est arrivé le plus souvent qu'on l'a reconnu alors seulement qu'un foyer purulent s'était établi et faisait saillie au dehors.— Un sentiment de pesanteur et de gêne dans les mouvements de l'œil annonce la présence de la collection purulente et de la phlegmasie qui a précédé. Surviennent ensuite des troubles de la vision, photopsie, diplopie, obscurité de la vue. La douleur si vive et si caractéristique dans le phlegmon aigu, apparaît plus tard et ne devient intense que lorsque le pus, ayant occupé une grande étendue, exerce une sorte de compression; d'autres fois, elle manque pendant toute la durée de la maladie. L'exophthalmos, d'abord à peine sensible, s'accroît avec une extrême lenteur; les paupières s'infiltrant, rougissent, puis on voit surgir sur un des points de la circonférence de l'orbite une tumeur qui soulève la peau, l'amincit et finit par la percer. Voilà comment les choses se passent dans la plupart des cas. On conçoit qu'il est impossible de donner les règles suivant lesquelles il faudra établir le diagnostic. C'est à l'expérience et à l'habileté du praticien qu'il convient de laisser la solution du problème.

Pour donner au lecteur une idée de la difficulté du diagnostic, nous rapportons l'observation de Mackenzie, pag. 236, obs. 160.

Obs. « Mme H..., âgée de trente-six ans environ, réclama les soins de M. Espie, chirurgien à Falkirk, pour une maladie de l'orbite droit, le 16 avril 1836. Elle racontait que, douze ans environ auparavant elle s'était heurtée brusquement avec beaucoup de violence contre un pilier, et que c'était la région du sourcil droit qui avait porté. Quatre ans après cet accident, une personne de la famille remarqua une différence dans l'aspect de ses yeux. Mais elle-même ne ressentit rien de particulier de ce côté pendant quatre années, au bout desquelles elle s'aperçut que son œil droit faisait une saillie en avant sans autre symptôme désagréable. La saillie de l'œil augmenta graduellement et s'accompagna de photopsie, de vision double, d'obscurité de la vue et d'une sensation intense de tension. La malade accusait la sensation d'une traction au dedans de l'orbite. M. Espie trouva le globe de l'œil droit proéminent en bas et en dehors.

« Cet œil semblait reposer sur le bord orbitaire de l'os malaire. A la partie interne et supérieure de la région antérieure de l'orbite, il découvrit une tumeur formant une élévation légère et dans laquelle on sentait une fluctuation obscure. La malade n'avait éprouvé aucune douleur dans le siège de la tumeur, les paupières, et surtout la supérieure, étaient très-distendues. La surface de la tumeur ne

1. Mackenzie, p. 236, obs. 160.

présentait aucune altération de couleur. La malade n'avait jamais éprouvé de frisson depuis l'accident. Sa santé générale était bonne.

« Je vis la malade à cette époque, et, dans la supposition que la tumeur était enkystée, je donnai le conseil d'y faire une ponction. Le 22, M. Espie fit une ponction dans la tumeur à la partie la plus saillante, et donna issue à une grande quantité de pus, d'abord mal lié, puis sain. Cette évacuation fut suivie immédiatement d'une diminution dans les sensations de tension et de traction. La vision double et les autres symptômes se dissipèrent également. Le globe oculaire rentra doucement et en partie dans son orbite, et après avoir introduit une tente dans la plaie, on appliqua sur la base de l'orbite une compresse et une bande pour soutenir l'œil. Cette dame resta en traitement pendant environ six mois. Pendant la plus grande partie de ce temps, il s'écoulait du pus par la plaie toutes les fois qu'on introduisait une sonde, et il fut nécessaire de dilater la plaie à plusieurs reprises. A la suite de ces dilatations, qui furent faites parce que la plaie était devenue fistuleuse, le globe de l'œil fut pris d'un mouvement involontaire d'un côté à l'autre, qui dura une heure entière. En introduisant dans la plaie une sonde qui parvenait presque au fond de l'orbite, on ne put découvrir aucun os carié. L'œil reprit enfin à peu de chose près sa place naturelle dans l'orbite, et la vision fut parfaitement conservée. »

CHAPITRE VI.

ABCÈS DE L'ORBITE.

Pour connaître à quelles causes sont dus les abcès de l'orbite et les circonstances particulières au milieu desquelles ils se sont formés, il faut remonter à l'origine du phlegmon orbitaire : nous avons vu que tantôt celui-ci naissait primitivement et se développait dans le tissu cellulaire intra-orbitaire, tantôt qu'il était une complication d'une affection voisine ou plus ou moins éloignée; nous savons encore qu'il est, au point de vue de sa marche, ou aigu ou chronique. Il y aura autant d'espèces d'abcès que d'espèces de phlegmasies, c'est-à-dire que nous arrivons à la division classique des abcès en abcès idiopathiques et abcès symptomatiques, abcès chauds et abcès froids; nous y joindrons les abcès métastatiques, qu'il peut être difficile de faire rentrer dans les espèces précédentes, et dont nous avons deux observations authentiques. Une du docteur Fizeau, déjà citée; une autre dans Canstatt et Eisenm. (*Fortschritte*, 1844, t. III.) Nous y lisons que Haneranck trouva, dans un cas d'exophthalmos qui s'était déclaré quelques jours après l'ablation d'un carcinôme

de la lèvre supérieure, une masse de petits abcès, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois, dans le tissu cellulaire, derrière le bulbe et autour du nerf optique (l'œil était sain).

Les abcès intra-orbitaires ont des sièges différents : quand ils succèdent à un phlegmon aigu, ils occupent de préférence la partie postérieure de l'orbite. S'ils sont dus à une affection voisine, ils commencent au point le plus rapproché de l'affection primitive et n'envahissent que maille par maille le tissu cellulaire. Est-ce dans le cours d'une maladie du sinus maxillaire que l'abcès s'est formé, il sera placé au-dessous et en arrière du globe de l'œil, qu'il repoussera en haut et en avant. S'est-il montré pendant le développement d'une tumeur hétérogène des fosses nasales, il siègera en dedans et déplacera l'œil en dehors. Enfin, dans des circonstances particulières, il reposera sur une des parois de l'orbite, comprise entre l'os et le périoste, comme nous l'avons déjà démontré. Il n'est pas de forme d'abcès qu'on ne puisse rencontrer dans la cavité orbitaire. Après une inflammation aiguë, la collection purulente se limite bien, elle est liée et homogène, et le foyer est unique. L'abcès froid a des parois moins régulières et des formes moins arrondies; le pus y est plus liquide, plus brun, d'une odeur plus forte, et mêlé parfois à des débris de tissu cellulaire. Si la cause qui lui a donné naissance cesse d'agir, il peut s'entourer d'une enveloppe résistante, aux dépens du tissu cellu-

laire voisin, et constituer ainsi un kyste purulent. Dans cet état, il reste indéfiniment dans l'orbite. Généralement le foyer est unique. Les abcès multiples s'observent quand ils sont froids et surtout lorsqu'ils sont dus à une métastase, le malade d'Haneranck nous en fournit un exemple. Presque toujours le globe de l'œil ne subit aucune altération. Quand il s'enflamme, la maladie prend un caractère de gravité bien regrettable, puisque la vue est perdue presque à coup sûr. Il peut aussi arriver que la conjonctive oculaire, formant un bourrelet autour de la cornée, celle-ci se mortifie, tombe et laisse l'œil se vider. Les muscles qui meuvent l'organe de la vue restent sains le plus souvent, mais pas toujours. On voit dans l'observation du docteur Fizeau que l'abcès, se trouvant placé longitudinalement sous le releveur de la paupière supérieure et le droit supérieur, ces deux muscles étaient macérés et en partie détruits par le pus. Mackenzie trouva, à l'autopsie d'un homme mort à la suite d'un abcès de l'orbite, qui avait déterminé un abcès du cerveau, que le muscle droit supérieur était compris dans le travail de suppuration. Il n'est pas rare que les os soient exfoliés, ou cariés, ou nécrosés, ou détruits, et qu'il s'établisse une communication entre la cavité de l'orbite et les cavités voisines, celle du crâne, les fosses nasales, les sinus maxillaires. Nous en avons plusieurs exemples sous les yeux.

A quels signes reconnaîtra-t-on un abcès de l'or-

bite ? Il convient de distinguer ici l'abcès consécutif au phlegmon aigu de l'abcès froid ; pour le premier cas , voici comment les choses se passent d'ordinaire : la douleur , qui était devenue de plus en plus aiguë depuis le commencement de la maladie , se calme un peu , les symptômes de la fièvre sont moins violents ; un frisson survient , ou plusieurs frissons se succèdent à de courts intervalles ; il y a un moment de rémission dans l'économie entière : c'est le moment de la formation du pus. Celui-ci s'avance vers la partie antérieure de l'orbite , et vient produire de la fluctuation entre le rebord de l'orbite et la paupière correspondante , ou bien derrière la conjonctive : en ce dernier point , quand l'exophthalmos a été si prononcé qu'il y a eu renversement des paupières , M. Ribéri dit que , le plus souvent , c'est à la paupière supérieure et vers l'angle interne qu'apparaît la fluctuation ; M. Velpeau dit que c'est vers l'angle externe de l'orbite. On conçoit qu'en effet la collection purulente puisse se montrer dans l'un ou l'autre de ces points. Toutefois , nous devons dire que , dans le plus grand nombre des cas , c'est en dedans , comme l'avait observé le professeur de Turin , que s'est manifestée la tumeur. Il n'est pas rare qu'il y ait plusieurs points de fluctuation : on trouve cette particularité dans les observations que nous avons données précédemment.

Il arrive assez souvent qu'il n'y a pas de frisson ; que le moment de rémission dont nous avons parlé

manque ; que les symptômes aient sans cesse augmenté en intensité lorsque la fluctuation révèle la présence d'un abcès. Quelquefois même elle ne se montre pas, et il appartient à un médecin habile de reconnaître néanmoins la formation du pus et de lui donner issue. Peu de temps après que le pus s'est fait jour au dehors, ou a été artificiellement retiré du foyer, tous les symptômes graves se dissipent.

Il n'est pas aussi facile de reconnaître un abcès froid. Comme phénomènes antécédents, on a seulement ceux de la maladie qui s'est compliquée de l'abcès, et ils ne peuvent jamais, quand l'abcès est symptomatique, donner que des probabilités de bien peu de valeur. Si l'abcès est idiopathique, on a absolument les mêmes symptômes que produisent toutes les tumeurs de l'orbite. Dans l'un et l'autre cas, il faut donc attendre que le pus se soit avancé vers la partie antérieure de l'orbite, et le diagnostic ne peut être porté que lorsque la fluctuation peut être perçue....

Frappé de la gravité des symptômes, et persuadé que leur violence était due à la compression, croyant du reste que le plus souvent l'œil était perdu, Wenzel avait conseillé de le vider ou de l'extirper de bonne heure. Aujourd'hui tous les auteurs sont revenus de cette pratique, on ne sacrifie l'organe de la vue que lorsqu'il est compromis par l'inflammation, et que le pus s'aperçoit dans la chambre antérieure. La partie principale

du traitement consiste à évacuer le pus, en faisant une incision dans le point où la fluctuation apparaît. Il convient de la faire large et profonde pour que le liquide puisse s'écouler facilement ; plus tôt cette incision sera pratiquée, plus elle sera efficace. Aussi ne faut-il pas toujours attendre que la fluctuation soit manifeste ; et doit-on faire la ponction là où l'on suppose que se trouve le foyer ? Ensuite on a soin de maintenir l'incision ouverte en introduisant une mèche de charpie aussi profondément que possible. On n'oubliera pas aussi que la suppuration tend à se perpétuer, surtout quand on a opéré pour un abcès froid. Des injections avec de l'eau tiède les premiers jours, puis avec un liquide légèrement excitant ont été conseillées pour tarir plus vite la suppuration. Quoi qu'on fasse, il est quelquefois impossible d'éviter une fistule. C'est dans le but de prévenir cet accident que M. Riberi a proposé de donner issue au pus à travers les fosses nasales en perforant la lame orbitaire de l'ethmoïde. Pour donner une juste idée de cette pratique, nous extrayons le passage suivant du journal de M. Rognetta.

« *Des abcès de l'orbite*, par M. Riberi, professeur de clinique chirurgicale à Turin. — En 1838, l'auteur avait déjà publié un travail important sur un nouveau mode de traitement des abcès de l'orbite, en particulier de ceux qui s'organisent dans la partie supérieure et interne de cette cavité, avec carie de la paroi correspondante. Cette variété d'abcès

orbitaires est la plus fréquente; la méthode de M. Ribéri s'applique également aux abcès idiopathiques du fond de l'orbite et dont le pus se dirige vers l'angle interne. On sait les grandes difficultés qu'on éprouve en général pour guérir ces sortes d'abcès; ils dégénèrent aisément en fistule, même lorsque le mal est simple, sans altération osseuse. Ce sont surtout les abcès de la paroi supérieure qui sont les plus difficiles à déraciner. La méthode de M. Ribéri peut être avantageuse. Cette méthode consiste à ouvrir d'abord l'abcès de la manière suivante : un aide étale et allonge la paupière supérieure en la tirant obliquement vers la commissure externe; le chirurgien plonge un bistouri droit à l'angle interne supérieur, vers le commencement du sourcil, il pénètre dans le foyer et élargit horizontalement l'ouverture, en suivant la direction de la base de la paupière de dedans en dehors. L'abcès vidé, l'opérateur met la fosse orbitaire en communication avec la fosse nasale; il fait pour cela écarter les bords de la plaie avec des érignes mousses, et applique une gouge sur le fond et contre la paroi nasale, de manière à tomber aussi loin que possible de l'appareil lacrymal et à toucher la lame orbitaire de l'ethmoïde; il frappe doucement avec un maillet et y détermine une brèche assez large pour y passer un doigt. Cette brèche a pour double but de faciliter l'écoulement du pus et d'entamer quelquefois la source de la suppuration, la carie. La guérison est prompte et ne laisse pas de

difformité bien appréciable. Quand on pense à toutes les difficultés qu'on éprouve à tarir ces sortes d'abcès par la seule ouverture extérieure, aux conséquences fâcheuses du croupissement du pus dans l'orbite et aux difformités consécutives, on doit reconnaître dans la pratique de M. Riberi un véritable progrès. »

CHAPITRE VII.

HYPERTROPHIE, INFILTRATION DU TISSU CELLULAIRE.

Sous cette double dénomination, les auteurs décrivent une maladie peu connue dans sa nature. Pour lui assigner une place précise dans le cadre nosologique, il faut que des faits nouveaux, appuyés sur des observations d'anatomie pathologique très-exactes, lèvent les doutes et les incertitudes dont elle est encore entourée.

Le premier exemple que nous trouvons dans la science est rapporté par Louis. Ce célèbre chirurgien dit que Bonnet fut consulté pour une petite fille de trois ans dont l'œil droit était presque entièrement sorti de l'orbite. Il remarqua que l'enfant présentait les symptômes du *tabes infantum*. Pensant que l'exophthalmos était lié à l'état général, sa médication s'adressa à ce dernier. Elle eut un plein succès : lorsque les organes digestifs eurent recouvré leur état de santé, l'œil avait repris complètement sa situation naturelle. D'après le témoignage de M. Rognetta, Morgagni, Testa et Corvisart auraient constaté l'existence de l'affection qui nous occupe dans le cours des maladies du cœur. Mackenzie cite quatre faits nouveaux dans son *Traité d'ophtalmologie*; M. Sichel en donna

deux observations dans le *Bulletin de thérapeutique*, année 1846, p. 344. Les remarques judicieuses dont il les accompagna sont le premier effort qui ait été tenté pour pénétrer la nature de cette affection et lui assigner un traitement convenable. Depuis, les journaux périodiques et les observateurs attentifs ont fourni de nouveaux matériaux. Dans la *Gazette médicale*, année 1846, p. 95, M. Mac Donel dit qu'un homme affecté d'une maladie du cœur avait ses yeux augmentés de volume avec une expression d'égarement et de férocité; la vision cependant était restée parfaite, et les yeux n'étaient le siège d'aucune douleur. Un peu plus loin, il s'agit d'une femme sujette aux palpitations, et dont les yeux acquirent le même développement et la même expression sauvage, avec intégrité de la vision. Les *Annales d'oculistique* rapportent deux observations : l'une de M. Duval d'Argentan (1847), la seconde de M. Deval (1848). M. Desmares, dans la nouvelle édition de son *Traité d'ophtalmologie*, dont il a mis obligeamment les épreuves entre nos mains, consacre un article à l'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite, et donne deux exemples. Enfin, nous devons à la bienveillance de M. Richet une observation précieuse au point de vue de l'étiologie, des symptômes et surtout du traitement. C'est avec ces documents que nous allons essayer de donner de la maladie une description aussi complète qu'il nous sera possible.

Nous ne pouvons pas dire beaucoup de choses sur l'anatomie pathologique, l'affection qui nous occupe ne donnant pas la mort. Tout porte à croire que l'infiltration séreuse se fait dans cette région de la même manière que dans celles qui lui ressemblent, et que la condensation du tissu cellulaire se produit d'après les lois qui la régissent ailleurs. Une seule fois il a été permis de constater les lésions après la mort : ce cas est fourni par Mackenzie. Le fait est trop intéressant à d'autres égards et trop rare pour qu'il soit suffisant d'en donner un commentaire. On lira avec plus de profit l'observation elle-même.

Si nous voulions rapporter toutes les idées qui ont été émises sur la maladie que nous décrivons, il nous serait difficile de dire les causes diverses auxquelles les observateurs l'ont rattachée. Sur dix cas dans lesquels on fait mention de la cause, nous trouvons trois fois une maladie organique de cœur, deux fois une congestion cérébrale, une fois une scarlatine, une fois la chlorose, une fois la syphilis, une fois un abcès du cerveau, une fois le scroful. De ce dénombrement il résulte que les circonstances les plus favorables sont celles qui produisent d'ordinaire les infiltrations séreuses générales ou locales. Le cas où la syphilis a été la cause de l'exophthalmos est le seul qui s'éloigne de cette règle, ce qui nous fait croire qu'il s'est agi, cette fois, d'une hypertrophie du tissu cellulaire intra-orbitaire sous l'influence d'une constitution

sypilitique, tandis que dans les neuf autres il y a eu infiltration séreuse.

L'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite se manifeste par des symptômes qui lui sont propres. Le plus important de tous est le phénomène de l'exophthalmos. Celui-ci n'est pas apparent tout d'abord et il n'est pas au commencement ce qu'il doit être plusieurs mois après. Dès le principe il est à peine sensible, il passe même inaperçu pour le malade et pour ceux qui l'entourent; c'est lorsqu'il a progressé au point de changer la physionomie ou de troubler le sens de la vue qu'il attire enfin l'attention. Arrivé au summum d'accroissement il varie suivant les individus. Le plus souvent l'œil repousse les paupières en avant et proémine au point que la paupière supérieure ne suffit plus à le recouvrir et laisse à découvert la partie supérieure de la cornée. Cette circonstance donne à la figure une expression particulière, on dirait qu'elle exprime la colère. Quelquefois l'œil bombe manifestement, mais il est encore voilé en entier par les paupières. Très-rarement il avance au point que toute la cornée et une partie de la sclérotique soient à découvert. Nous possédons cependant deux observations dans lesquelles il est dit que l'œil se trouvait hors de l'orbite. Quoique l'exophthalmos direct soit un des bons signes de la maladie, il n'est pas essentiel, pathognomonique, comme on l'avait dit, puisque sur treize cas, trois fois l'exophthalmos a été oblique. La théorie indique qu'il

doit être généralement direct. Elle semblerait dire aussi qu'il doit être double le plus souvent, puisque l'infiltration se produit dans la plupart des cas sous l'influence d'une cause générale, et qu'il n'y a pas de raison pour qu'elle se fasse dans un orbite à l'exclusion de l'autre. Les faits donnent tort au raisonnement. Deux fois seulement sur douze le déplacement de l'œil s'est produit des deux côtés. Dans tous les cas, à l'exclusion de celui de Mackenzie (pag. 239, obs. 167), l'exophthalmos s'est fait peu à peu, devenant de plus en plus prononcé, arrivant à son plus haut degré après trois mois, six mois, une année.

Pendant qu'il se déplace ainsi, l'œil n'éprouve aucun changement dans son volume, dans sa forme, dans ses autres caractères anatomiques. C'est là un signe d'une grande valeur, puisqu'il ne manque presque jamais.

Il n'en est pas de même de ses fonctions : l'état de la pupille est généralement la dilatation. Sur six cas, dans lesquels cette circonstance a été notée, deux fois seulement la pupille avait ses dimensions normales et jouissait de sa mobilité, une fois elle était mobile et dilatée à la fois. Pour ce qui est de la vue nous trouvons sur dix cas que quatre fois elle est restée nette, trois fois elle était tout à fait abolie (avant le traitement), trois fois elle a été confuse. Nous remarquons avec surprise que l'altération de la vue n'est pas toujours en rapport avec le déplacement de l'organe.

Les mouvements de l'œil sont gênés par le fait même de l'exophthalmos surtout quand il y a strabisme. Cette gêne existe pour tous les mouvements, ou seulement pour quelques-uns. C'est ainsi que le jeune malade de M. Deval portait difficilement la pupille en dedans; que l'un des sujets de M. Desmarres mouvait difficilement ses yeux en haut et en bas.

Nous regrettons que dans le nombre des faits, que nous avons recueillis, on n'ait pas noté l'état de la conjonctive oculaire. Six fois seulement cette particularité a fixé l'attention; une seule fois la conjonctive est restée normale (et le cas était peu grave); cinq fois elle a été infiltrée, dont deux fois il y a eu un vrai chémosis. Cela nous porterait à croire qu'on pourrait tirer un bon signe de l'état de la muqueuse oculaire, celle-ci étant infiltrée le plus souvent.

Les paupières ne sont pas aussi souvent le siège d'une infiltration, puisque nous en trouvons deux exemples sur dix observations. Le phénomène le plus ordinaire qu'elles subissent est le déplissement, dont il est facile de se rendre compte. Quand l'exophthalmos n'est pas très-marqué, elles arrivent encore au contact par leur bord ciliaire; dans le cas contraire, elles sont écartées l'une de l'autre, et repoussées vers le rebord de l'orbite; c'est alors que la circulation s'y faisant avec peine elles se tuméfient et deviennent livides. Le docteur Porter, médecin à New-London en a rapporté un exemple remarquable.

La douleur que nous avons vue si constante quand l'exophthalmos était le résultat du phlegmon, ne se montre pas ici aussi fréquemment. Elle manque dans la moitié des cas; dans l'autre moitié elle a été très-irrégulière pour son intensité et pour le lieu où elle s'est fait sentir. Aussi ne lui accordons-nous qu'une valeur médiocre.

A tous ces signes on a ajouté celui-ci : si avec l'extrémité du doigt on presse l'œil d'avant en arrière au début de la maladie, on fait saillir les paupières d'une manière sensible; le doigt donne la sensation d'une masse molle, uniforme, qui fuit par la compression que lui fait subir le globe de l'œil repoussé.

La plupart des symptômes que nous avons donnés pourraient appartenir à une tumeur quelconque développée au fond de la cavité orbitaire. Cela explique pourquoi il convient de garder une grande réserve à l'endroit du diagnostic. Pour l'établir d'une manière aussi exacte que possible il faudra se rappeler les causes particulières de la maladie que nous décrivons, sa marche lente et progressive, l'absence d'une altération voisine; il conviendra de rechercher les signes propres aux maladies avec lesquelles la confusion est possible. En prenant ces précautions on se mettra dans les meilleures conditions pour éviter une erreur.

Sur onze observations, dans lesquelles on a noté la terminaison de la maladie, nous lisons que sept fois la guérison a été complète avec conservation

de la vue, alors même que celle-ci avait été perdue ou troublée; une fois il y a eu guérison, mais la cécité a persévéré; deux fois l'œil s'est atrophié; une fois il s'est vidé à la suite d'une inflammation de la cornée que les paupières ne protégeaient plus. On voit donc que la maladie est grave et mérite tous les soins du malade et du médecin.

La première chose à laquelle il faut s'appliquer, c'est à combattre par un traitement approprié la cause générale qui a amené l'affection de l'orbite. Pour celle-ci en particulier, on a employé avec succès les applications de sangsues et les vésicatoires à la tempe ou derrière les oreilles; les frictions mercurielles et iodurées au pourtour de l'orbite, les révulsifs sur le tube intestinal. M. Richet a employé la compression sur le globe de l'œil avec tant de succès, et ce moyen thérapeutique est si simple et si rationnel que nous le conseillons dans tous les cas. Il a le double avantage de favoriser la résorption de la sérosité épanchée dans les mailles du tissu cellulaire, et de mettre la cornée à l'abri du contact de l'air. Voici l'observation :

EXOPHTHALMIE DES DEUX YEUX. SUFFUSION SÉREUSE DANS LE TISSU CELLULAIRE DE L'ORBITE SURVENUE SOUS L'INFLUENCE D'UN ÉTAT CHLOROTIQUE.

« Mlle*** vint au mois de juillet 1854 me consulter pour une exophtalmie des deux yeux, plus prononcée cependant du côté gauche; elle était âgée de seize ans, et voici ce qu'elle me rapporta

sur le début de la maladie et ses antécédents. Réglée depuis dix-huit mois seulement, elle voyait très-irrégulièrement et très-peu. Dans l'intervalle, elle se plaignait de fleurs blanches abondantes ; jamais d'ailleurs elle n'avait été malade.

« Depuis six mois, elle s'était aperçue que ses yeux devenaient plus gros, plus saillants, et que les paupières semblaient repoussées en avant et s'écartaient l'une de l'autre. Ce phénomène d'ailleurs s'était produit sans douleur, et si la vue n'avait pas été troublée, elle n'y aurait fait vraisemblablement aucune attention. Ce sont donc ces troubles qui avaient attiré son attention et celle de ses parents. L'on avait constaté alors que ses yeux étaient plus saillants que d'habitude.

« Un médecin de la localité fut consulté et ne prescrivit que des remèdes sans valeur réelle : des collyres astringents et quelques laxatifs légers.

« Justement alarmés des progrès que faisait la maladie, les parents de cette jeune fille l'amènèrent à Paris, et je la vis dans l'état suivant :

« Les deux yeux sont repoussés en avant d'une manière très-manifeste, les paupières sont écartées, et la malade éprouve, en les fermant, une gêne qui va croissant. Chaque jour l'œil gauche est beaucoup plus saillant que le droit : de plus, la conjonctive qui le recouvre de même que celle qui tapisse les paupières, est le siège d'une injection livide, accompagnée d'œdème du tissu cellu-

laire sous-conjonctival. Ce phénomène est beaucoup moins prononcé du côté droit ; il me paraît dépendre d'une compression du système vasculaire et particulièrement du système veineux du fond de l'orbite.

« La pupille est très-dilatée, mais très-mobile, et les milieux de l'œil parfaitement transparents. Un léger strabisme de l'œil gauche en dedans se manifeste dès que l'attention de la malade est détournée ; mais sitôt qu'on le lui fait apercevoir, l'œil revient à la rectitude, et se met en harmonie avec son congénère.

« Le trouble de la vue n'a pas lieu seulement endant le strabisme ; il consiste en une difficulté de voir nettement les objets placés à une certaine distance, lesquels deviennent confus, ce qui n'existait pas avant la maladie ; phénomène qui me paraît tenir à deux causes : d'abord à la dilatation de la pupille, et en second lieu à l'aplatissement antéro-postérieur du globe oculaire par la tumeur qui le projette en avant et raccourcit son diamètre en ce sens.

« J'introduisis le doigt dans l'orbite gauche en déprimant alternativement les paupières inférieure et supérieure, dans le but de rechercher si la cause de la compression ne siège point dans les parois de la cavité orbitaire et je ne trouve rien que de très-normal. Il était bien évident que derrière l'œil, ou pour mieux dire derrière les deux yeux, il existait un obstacle à la circulation qui repoussait en avant les globes oculaires.

« Je songeais quel pouvait être cet obstacle, lorsque la malade me dit, ce dont elle n'avait pas encore parlé, que sa figure devenait souvent bouffie et qu'alors la saillie des yeux augmentait : cette parole fut pour moi comme un trait de lumière. Je songeai de suite qu'il avait pu se faire dans le tissu cellulaire si perméable de l'orbite, peut-être dans le tissu cellulaire situé derrière le globe oculaire, une suffusion séreuse dont la présence m'expliquait dès lors tous les phénomènes.

« Je dirigeai donc mes investigations en ce sens et j'appris de la jeune fille qu'elle avait souvent les jambes enflées le soir, que dans certains moments les yeux semblaient se renfoncer, selon son expression, et que, dans d'autres moments, ils paraissaient faire une saillie plus prononcée : ce qui venait à l'appui de cette supposition d'une compression due à l'épanchement d'un liquide dont les variations sont assez fréquentes, ainsi qu'on peut s'en convaincre dans les cas d'œdème, d'hydarthrose, d'hydrocèle.

« Je dus rechercher alors sous quelle influence se produisaient ces suffusions séreuses bien positives des jambes, de la face et celles présumées du tissu cellulaire orbitaire, et je pensai de suite à la chlorose ; en effet, je constatai que la malade avait dans les vaisseaux un bruit de souffle ; elle était à peine et très-irrégulièrement réglée ; la coloration du visage était caractéristique ; elle avait des battements de cœur et des palpitations très-fréquentes, et enfin une gastralgie pour laquelle elle avait été pendant

très-longtemps en traitement. D'après tous ces symptômes, je me crus donc en droit de porter le diagnostic suivant : Suffusion séreuse dans le tissu cellulaire de l'orbite reconnaissant pour cause un état chlorotique.

« Le traitement que j'instituai en conséquence fut celui-ci : 1° un traitement général par les ferrugineux ; 2° un régime tonique ; 3° comme traitement local, une compression modérée sur le globe oculaire, exercée pendant la nuit seulement, à l'aide de charpie mollette soutenue par un bandeau circulaire comme celui que l'on applique après l'opération de la cataracte, et j'appliquai moi-même le premier.

« Dès le lendemain, rien que sous l'influence de cette compression, l'œil gauche avait déjà notablement diminué. Les mêmes moyens furent continués très-régulièrement pendant les quinze jours que la malade resta à Paris, et j'eus la satisfaction de la renvoyer dans un état de guérison très-satisfaisant ; quoique les yeux eussent conservé encore un peu plus de saillie qu'à l'état normal. Le strabisme et les troubles de la vision avaient complètement disparu, au point que la malade se refusait à continuer la compression oculaire. Cependant, malgré cette amélioration, je recommandai d'insister sur les moyens de traitement que j'avais indiqués. J'appris plus tard que, deux mois après, la guérison s'était complétée, et que la malade n'avait rien conservé de sa maladie première ; qu'en un mot

la saillie des yeux, aussi bien que le strabisme et les troubles de la vision, avaient disparu en moins de temps [que les autres symptômes de la chlo-rose. »

CHAPITRE VIII.

TUMEURS SANGUINES DE L'ORBITE.

Cette classe de tumeurs fort curieuses et qui a attiré l'attention des chirurgiens depuis le commencement de ce siècle, peut se diviser de la manière suivante :

- 1° Tumeurs sanguines par extravasation ;
- 2° Tumeurs anévrismales constituées par l'anévrisme de l'artère ophthalmique ;
- 3° Tumeurs érectiles artérielles ;
- 4° Tumeurs érectiles veineuses.

1° TUMEURS SANGUINES PAR EXTRAVASATION.

Ces tumeurs, sans être très-communes, ont cependant été observées, et les faits suivants ne laissent aucun doute sur leur existence.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ORBITE, ÉPANCHEMENT DE SANG, COMPRESSION ET HERNIE DE L'OEIL.

OBSERVATIONS¹.—« M. Sée, prêtre, en allant à la chasse, reçut à peu de distance un coup de feu; plusieurs plombs de perdrix pénétrèrent dans l'or-

1. Carron du Villards, t. I, p. 479.

bite et y provoquèrent un épanchement sanguin assez abondant pour qu'en moins de deux heures l'œil fit une saillie considérable; la vue fut suspendue immédiatement. Le malade n'éprouvait autre chose qu'un sentiment de sensation désagréable dans toute la région orbitaire. L'œil ne pouvait être refoulé dans son orbite sans faire surgir dans son pourtour un bourrelet sanguin fort appréciable. Les premiers secours administrés consistèrent dans l'application de compresses glacées que l'on renouvela fort souvent; on pratiqua en même temps une compression modérée, et le malade fut saigné largement. Il ne survint aucun accident. Quarante-huit heures après, il se manifesta des abcès sanguins dans la partie inférieure de l'orbite. L'ouverture que l'on en fit donna issue à une grande quantité de sang déjà décomposé; pendant quelques jours il sortit à travers l'ouverture une certaine quantité de liquide sanguinolent; peu à peu l'œil rentra dans l'orbite, mais la vue ne revint que plusieurs mois après. »

« ¹ Souvent, à la suite de fracture de crâne, il se manifeste dans l'orbite des épanchements sanguins très-considérables qui produisent les mêmes effets : j'ai vu un grand nombre de faits de ce genre; un d'eux a laissé dans mon souvenir des traces ineffaçables : il eut lieu chez l'infortuné docteur Ben-nati, qui succomba à la suite d'une chute sur le

¹. Carron du Villards, t. I, p. 479.

pavé. Je diagnostiquai à première vue un épanchement dans l'orbite. L'autopsie vint malheureusement prouver la sûreté de mon diagnostic : il existait une fracture de l'orbite près du trou optique; l'artère et la veine ophthalmiques avaient été rompues; l'œil était repoussé en avant par un énorme caillot de sang. »

EXOPHTHALMIE PRODUITE PAR UN ÉPANCHEMENT SANGUIN DEUX HEURES APRÈS LA NAISSANCE. — SUITE DE L'APPLICATION DU FORCEPS¹.

« Une femme de vingt-sept ans avait déjà eu cinq couches antérieures, toutes terminées par le forceps, toutes ayant amené des enfants morts. Il y avait, chez elle, un rétrécissement notable du détroit antéro-postérieur. M. Redemans, appelé pour un sixième accouchement, jugea que les premiers enfants avaient succombé, parce qu'on les avait laissés trop longtemps au passage, et se proposa d'agir aussitôt que la dilatation du col le lui permettrait; il appliqua donc le forceps de bonne heure, et eut la joie d'extraire un enfant vivant, bien constitué, et dans un état satisfaisant.

« Mais deux heures après l'accouchement, on le rappela en toute hâte, l'œil droit de l'enfant était sorti de l'orbite; cet œil conservait ses mouvements, les muscles étaient fortement tendus, et les paupières paraissaient s'enfoncer dans la cavité orbitaire,

1. Docteur Redemans, *Ann. d'oculistique*, t. XVII, p. 89.

pour se prêter à la tension de la conjonctive qui était largement mise à découvert, et offrait des traces très-prononcées d'infiltration sanguine. Il y avait également infiltration de l'œil et de la paupière du côté opposé, mais à un degré beaucoup moindre.

« J'essayai par la pression, dit l'auteur, au moyen des doigts, de faire rentrer le globe oculaire, mais il me fut impossible d'y parvenir. Espérant alors rencontrer une poche sanguine qui, vidée, me permettrait de faire rentrer l'organe dans sa cavité, je fis une petite ponction exploratrice au moyen de la lancette à travers la conjonctive, à côté du globe oculaire, entre les muscles droit externe et oblique de l'œil; mais je n'obtins pour résultat qu'un léger suintement de sang insuffisant pour permettre la rentrée du globe. Me proposant de revoir l'enfant un peu plus tard, j'établis une légère compression sur l'œil, et je demandai à mes confrères Pigeolet et Theys d'assister à une seconde visite, afin d'avoir leur opinion sur cette affection; d'accord sur la cause et le diagnostic, reconnaissant un épanchement par diffusion, nous essayâmes, au moyen d'une bandelette mouillée, la compression du globe oculaire et de la muqueuse tuméfiée; mais malgré la diminution de volume produite de cette manière, l'infiltration des parties sous-jacentes ne permit pas la rentrée de l'œil; alors nous fûmes d'avis de placer quelques compresses graduées, humectées d'eau de puits, sur l'œil et de les y

maintenir par un bandage circulaire du crâne; ces dispositions ne furent suivies d'aucun résultat satisfaisant. Le gonflement se maintint malgré la compression; bientôt la cornée perdit sa transparence, la muqueuse de l'œil s'enflamma, fournit une certaine quantité de suppuration; la cornée s'ulcéra et livra passage aux divers liquides contenus dans l'organe visuel. Alors seulement la masse s'affaissa et les paupières reprirent leur position normale pour recouvrir le moignon. Nous jugeâmes également à propos, le premier jour, de comprendre, mais plus légèrement, l'œil gauche dans le bandage, craignant l'augmentation de l'infiltration et un résultat semblable de ce côté. A la levée du premier appareil, cet œil se trouvait dans le même état, qui se maintint quelques jours et se modifia peu à peu, de manière à ramener, au bout d'un certain temps, des dispositions complètement normales.

«A quelle cause devrait être rapportée cette double infiltration? M. Redemans l'attribue à un chevauchement trop prononcé des os du crâne dans son passage à travers le détroit rétréci. Il en tire la conclusion suivante : Lorsqu'à la suite d'un accouchement laborieux, la tête de l'enfant aura eu à supporter quelque compression un peu forte, il conviendra d'examiner les yeux, et si l'on y remarque quelque commencement d'infiltration sanguine, on parviendra probablement, par une compression préventive, à éviter la réalisation d'un

accident semblable à celui qui fait le sujet de cette observation. »

C'est donc avec raison que M. Rognetta a signalé comme causes productrices de ces hémorrhagies les blessures des parois orbitaires par une cause violente, intéressant les vaisseaux de l'orbite, celle de l'artère ophthalmique, les fractures de la base du crâne avec ecchymoses consécutives ; Mackenzie, ch. III, p. 85, et Middlemore, t. I, p. 406, disent qu'il arrive parfois que le tissu sous-conjonctival s'ecchymose et que le sang épanché s'étend en arrière dans l'orbite, et même pousse l'œil en avant. Lawrence dit que des plaies par instrument piquant dans l'orbite ont causé l'exophthalmie, ce qui n'a pu avoir lieu que par épanchement sanguin.

Le docteur Maslieurat-Lagemard¹ rapporte un fait de fracture de l'orbite à la suite de laquelle une accumulation assez considérable de sang fut découverte vis-à-vis de l'endroit fracturé ; toutefois son observation n'est pas assez complète pour conclure à une tumeur ayant le caractère pathognomonique essentiel, c'est-à-dire l'exorbitisme. Les faits de MM. Carron du Villards et Redemans sont les seuls que j'ai pu trouver suffisamment précis, pour classer ces tumeurs ; il est juste d'ajouter que les fractures de l'orbite doivent en général produire plutôt une infiltration sanguine qu'une véritable tumeur.

1. Arch. génér. de méd., 1841, p. 313.

Le traitement d'une pareille affection serait celui de toutes les tumeurs sanguines par épanchement : les résolutifs appliqués sur la partie malade, les dérivatifs sur le tube digestif et la saignée ; il peut également surgir l'indication d'une ouverture du foyer sanguin.

2° TUMEURS ANÉVRYSMALES.

Les anévrysmes de la cavité orbitaire sont peu connus. J'en ai recueilli deux faits bien certains, vérifiés par l'ouverture cadavérique. Le premier tant de fois cité, fut observé par *Guthrie*, le second appartient à M. Carron du Villards¹, tous deux avaient leur siège sur l'artère ophthalmique.

M. de Graeefse, cité par Langenbeck, aurait observé un anévrysme de l'artère centrale de la rétine ; malheureusement ce fait n'a pas été recueilli avec les détails, qu'il comportait en raison de son importance et de l'intérêt, qu'il devait naturellement exciter. Voici en quels termes Langenbeck le mentionne : « In femina inter photophobiam et « pulsationis in orbita sensum occæcata, arteriam « centralem in canale nervi optici, ad culmi straminis ambitum distentam et retinae angiectasia, « observavit. »

Il est facile de comprendre que l'artère ophthalmique et ses branches puissent être affectées d'ané-

1. *Guide pratique pour l'étude des maladies des yeux*, t. I, p. 484.

vrysmes, puisque les artères qui proviennent de la même source, c'est-à-dire les ramifications intracrâniennes de la carotide interne sont affectées de cette maladie.

Quant aux phénomènes qui caractérisent ce genre de lésion, ils ressortent avec évidence du fait suivant de Guthrie :

OBSERVATION ¹. — M. Guthrie a vu un cas de cette espèce dans lequel les deux artères ophthalmiques étaient dilatées, et qui s'est terminé par la mort. Les symptômes étaient semblables à ceux de l'anévrysme par anastomose, mais on ne pouvait constater la présence d'aucune tumeur. L'œil fut graduellement repoussé d'arrière en avant, au point de paraître hors de l'orbite. Mais la vision était à peine altérée; le sifflement qui avait lieu dans la tête pouvait être entendu manifestement et fut attribué à un anévrysme. A l'autopsie, on trouva de chaque côté un anévrysme de l'artère ophthalmique, environ du volume d'une grosse noix. La veine ophthalmique était considérablement dilatée; elle était oblitérée dans l'endroit où elle traverse la fente sphénoïdale par suite du grand accroissement de volume qu'avaient subi les quatre muscles droits qui, en même temps, avaient acquis une dureté cartilagineuse. La présence de la maladie dans les deux côtés à la fois

1. Mackenzie, *Traité prat. des mal. des yeux*, trad. par Laugier, p. 258.

avait empêché M. Guthrie de proposer la ligature de la carotide à laquelle du reste le malade se serait refusé.

Voici en quels termes M. Carron du Villards¹ rapporte le fait qui lui est particulier : « Il y a quelques années que je rencontrai par hasard dans l'amphithéâtre de l'École de médecine un anévrysme de l'artère ophthalmique au moment où elle pénétrait dans l'orbite. Il était gros comme une petite noisette ; plusieurs membres de la Société anatomique le virent avec moi. Les renseignements que je pris me firent connaître que la femme sur laquelle existait cette altération remarquable avait succombé à l'Hôtel-Dieu à une affection du bas-ventre, mais l'on ne sut point me dire si elle avait conservé la vision dans l'œil correspondant à l'anévrysme. »

Ces deux faits sont-ils les seuls exemples de tumeurs anévrysmatiques de l'orbite ? M. Desmarres croit que d'autres faits auraient été observés. L'un d'eux aurait été vu par Rosas. Cela est possible, mais je n'ai pas pu recueillir ces observations malgré mes recherches.

On comprend que j'insiste à peine sur les symptômes après avoir donné l'observation de Guthrie. Cependant, il y a deux choses à noter : c'est d'abord l'absence de manifestation de la tumeur au-dessus et au-dessous de l'œil bien qu'il y ait exorbitisme, c'est ensuite le sifflement tout

1. *Loc. cit.*

particulier dont parle l'auteur et qui est tout différent du susurrus caractéristique des anévrysmes par anastomoses dont nous parlerons tout à l'heure.

Dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible d'établir nettement le diagnostic de la tumeur anévrysmale de l'orbite. Nous devons nous contenter d'attirer l'attention sur le bruit particulier dont il vient d'être question.

Le traitement devrait consister, si la tumeur anévrysmatique était simple dans la ligature de la carotide primitive, et si elle était double, et que les accidents indiquassent une thérapeutique active, il faudrait avoir recours inévitablement à la ligature successive des deux carotides ainsi que l'ont fait MM. Mussey, Robert, etc., etc., dans d'autres circonstances.

3° TUMEURS ÉRECTILES ARTÉRIELLES DE L'ORBITE.

Les tumeurs, vulgairement connues sous les noms de tumeurs fongueuses sanguines (Mackenzie¹), de téléangiectasies (Chelius²), d'anévrysmes par anastomoses (Scarpa³), forment une classe plus nombreuse et mieux étudiée que celle des anévrysmes vrais.

1. *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit par Laugier et Richelot, p. 255.

2. *Traité pratique d'ophth.*, traduit par Ruef et Deyber, p. 430.

3. *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit et augmenté par Rognetta, p. 414.

Travers¹ fut le premier qui signala nettement l'existence de ces tumeurs, et c'est à lui qu'appartient l'honneur de l'institution du traitement le plus efficace à leur opposer. Depuis lors, un certain nombre de chirurgiens ont eu l'occasion d'observer des faits du même genre. Dalrymple en 1809², M. Roux en 1828, Scott en 1834, MM. Velpeau³, Jobert⁴ et Busk⁵ en 1839, et en 1844 M. Herpin⁷ ont publié des observations de tumeurs sanguines artérielles. On peut donc en prenant pour base les faits connus, établir l'histoire de ces tumeurs d'une manière suffisamment satisfaisante.

Nous retrouverons ici les signes des tumeurs sanguines en général, si bien décrits par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, et par M. le professeur Nélaton; mais il s'y joindra quelques phénomènes particuliers provenant de la place qu'elles occupent et de l'organe visuel lui-même dont elles gênent les fonctions.

Nous ne donnerons point ici les observations de Travers et de Dalrymple qui se trouvent dans tous les traités d'ophtalmologie et qui sont connues de

1. *Medico-chirurg. transactions*, vol. II, art. 1.
2. Dans Mackenzie, *op. cit.*, p. 258, et dans *Med. chir. transactions*, vol. VI, art. 7.
3. *Gazette méd. de Paris*, 1839, p. 423, à la suite de l'obs. Busk.
4. *Bull. therap.*, t. XVII, p. 128, 1839.
5. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1841, p. 57.
6. *Gazette méd. de Paris*, 1839, p. 423.
7. *Annales d'ocul.*, t. XXVIII, 15^e année.

tout le monde. Mais nous allons citer le fait beaucoup moins connu de M. Herpin qui nous servira à établir la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

TUMEUR ÉRECTILE DE L'ORBITE GAUCHE. — LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE. — GUÉRISON. — MENACES DE RÉCIDIVE DU CÔTÉ DROIT. — RÉFRIGÉRANTS. — GUÉRISON DÉFINITIVE¹.

OBS. « Le 27 mai 1844, entre à l'hôpital de Tours Madeleine Larpenteur, 59 ans.

« Elle vient pour se faire traiter d'une exophtalmie considérable. Rien de semblable dans sa famille. Son père et sa mère sont morts à une période avancée de la vieillesse; un frère et une sœur qui vivent encore n'ont jamais présenté aucune maladie analogue à celle-ci.

« Notre malade elle-même a toujours joui d'une santé assez bonne jusqu'au commencement de cette année, 1844.

« A cette époque, elle éprouva de temps en temps et à des intervalles plus ou moins rapprochés, des douleurs dans la région temporale gauche et dans l'œil correspondant. Ces douleurs, d'abord intermittentes et légères, devinrent bientôt continues et violentes; en même temps la vision s'affaiblissait de ce côté; des battements tumultueux étaient perçus dans l'oreille gauche correspondante au point de gêner le sommeil et même de l'enlever pres-

1. *Annales d'oculistique*, t. XXVIII, 13^e année. Obs. du docteur Herpin rédigée par le docteur Triquet.

que complètement. L'œil gauche lui-même semblait plus tendu, moins facile à mouvoir; la surface était plus humide, comme larmoyante, et, d'après ce que la malade raconte, le blanc de l'œil était déjà encadré d'une sorte de voile mollassse et rougeâtre, probablement formé par la conjonctive épaissie (chémosis).

« Cependant (avril 1844) les douleurs augmentèrent. La vue, du côté malade, se troubla de plus en plus et finit par être entièrement abolie après avoir offert des phénomènes bien manifestes de diplopie. En même temps l'œil était poussé en avant, les battements du côté de la tête étaient devenus continus et insupportables; de plus, il y avait des vertiges, des bourdonnements d'oreilles.

« C'est alors que la malade, effrayée, se décida à entrer à l'hôpital le 27 mai 1844. A son entrée, elle présentait l'état suivant :

« C'est une femme d'une stature assez élevée; l'embonpoint est peu prononcé; tempérament plutôt nerveux que sanguin. Les douleurs qu'elle endure depuis plusieurs mois surtout, la privation presque complète de sommeil, ont déjà notablement altéré sa constitution, du reste assez robuste.

« M. Herpin peut constater les phénomènes énumérés plus haut.

1° Propulsion de l'œil gauche en avant; il est à moitié chassé de son orbite;

2° Ses enveloppes paraissent plus tendues;

3° Sa surface est baignée de larmes ;

4° La sclérotique et la cornée sont à l'état normal ;

5° Chémosis œdémateux placé aux limites de la sclérotique, encadre la cornée transparente ;

6° La faculté de voir est presque abolie de ce côté ;

7° L'œil est poussé en avant, sans être plus dévié d'un côté que de l'autre ;

8° Les paupières sont soulevées et distendues, leurs plis sont complètement effacés, et ne recouvrent plus qu'une partie du globe oculaire.

« L'auscultation pratiquée sur la région temporale (là où la malade perçoit des battements continuels), fait reconnaître un bruit de souffle bien manifeste. Ce bruit est isochrone au battement des artères ; il disparaît en grande partie aussitôt qu'on exerce une compression sur l'artère carotide, mais il ne tarde pas à se faire entendre de nouveau avec toute son intensité quand on a cessé de comprimer ce vaisseau.

« En même temps que ces signes physiques, nous trouvons encore des vertiges, éblouissements, tendance à la syncope, peu ou point de fièvre, céphalalgie violente et continuelle, bruissement dans l'oreille correspondante.

« En présence de pareils symptômes, le diagnostic ne pouvait rester longtemps incertain ; on avait évidemment affaire, ou à une tumeur érectile de l'orbite, simple ou dégénérée (fongueuse ou encé-

phaloïde), ou à une des variétés de l'anévrisme spontané siégeant sur une des divisions de la carotide interne, et peut-être sur l'artère ophthalmique elle-même.

« Le pronostic était grave, depuis un mois la maladie avait fait des progrès rapides. L'œil était presque entièrement chassé de l'orbite. Les battements violents et continuels et la douleur privaient la malade de sommeil. Depuis quelques jours l'œil droit, du côté opposé, était devenu œdémateux; il fallait donc agir d'une manière efficace et dans un bref délai. Comme la compression avait fait disparaître momentanément le bruit de souffle, l'idée de substituer à ce moyen temporaire un lien constricteur définitif, se présentait naturellement à l'esprit.

« La ligature de l'artère carotide primitive paraissait donc bien indiquée.

« Enhardi par les succès qui avaient suivi cette opération dans des cas analogues, le 26 juin 1844, M. Herpin pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive dans le lieu d'élection et par le procédé ordinaire.

« L'opération fut des plus simples et ne présenta aucun détail important à signaler. La plaie fut pansée à plat sans point de suture; une seule bandette de diachylum affronta les bords.

« Après la ligature, les battements éprouvés par la malade dans la région temporale disparurent presque complètement. Le bruit de souffle si ma-

manifeste avant l'opération était devenu à peine sensible ; la malade est reportée à son lit.

« Aucun trouble physiologique ne se manifesta sur le moment ; mais environ une heure après la malade accusa un violent mal de tête, douleur dans la gorge, déglutition pénible ; la respiration était un peu gênée, le pouls petit, mais accéléré ; la peau chaude, sèche. (Loch blanc ; bouillon de poulet ; potion calmante.)

« La nuit fut calme, et la malade trouva plusieurs heures de sommeil.

« Le 27, l'œil droit ne présentait plus ce bourrelet œdémateux qui s'était montré quelques jours avant l'opération.

« L'œil gauche (siège de l'ophthalmie) est déjà considérablement affaissé ; on perçoit encore cependant un léger bruit de souffle dans le lointain. La malade entend toujours quelques faibles bourdonnements dans l'oreille. La céphalalgie a beaucoup diminué (potion calmante, bouillon) ; sommeil paisible.

« Le 28, la malade n'entend plus de bourdonnements que de distance en distance. Le bruit de souffle a disparu ; l'œil s'affaisse de plus en plus ; le mal de gorge est moindre ; la déglutition est encore un peu difficile. (Loch blanc, bouillon.)

« Le 29, levée de l'appareil. Le pus est de bonne nature et en quantité convenable. Le même pansement est renouvelé tous les jours.

« Tous les phénomènes sympathiques ou réac-

tionnels, céphalalgie, mal de gorge, fièvre, ont disparu pour ne plus revenir.

« Le 30, la plaie se couvre de granulations (une portion).

« Le 1^{er} et le 2 juillet, l'œil gauche est complètement rentré dans l'orbite; et, chose remarquable, il a recouvré ses fonctions, que les progrès de la tumeur avaient momentanément abolies.

« Le fil de la ligature est tombé du douzième au quinzième jour sans accident aucun. Cependant la plaie est restée fistuleuse jusqu'au mois de février 1845.

« A cette époque, la malade put être considérée comme définitivement guérie; il n'y avait plus aucune espèce de bruit de souffle ou de battement.

« L'œil était parfaitement en bon état.

« Suites.—Tendance à la récurrence. En avril 1845, l'œil droit fut menacé d'une récurrence : exophtalmie commençante, bruit de souffle isochrone aux pulsations du pouls et se faisant entendre dans la région temporale. — M. Herpin songeait déjà à lier la carotide; mais comme la compression de la carotide primitive ne faisait ni cesser ni diminuer le bruit de souffle et les battements de la région temporale, l'opération, qui avait si bien réussi pour le côté gauche, ne semblait pas indiquée ici.

« En conséquence M. Herpin dut se borner à des applications de glace pilée maintenue à l'aide d'une vessie sur la tumeur. Cette médication, continuée avec persévérance pendant trois mois, fut

couronnée du succès le plus complet; car la tumeur s'affaissa peu à peu et finit par disparaître entièrement avec les bruits anormaux dont elle était le siège. La vision, un moment altérée, est redevenue tout à fait normale. Cette femme vivait encore en octobre 1852 très-bien portante.»

Ainsi que nous venons de le voir dans ce fait remarquable, la maladie se manifesta d'abord par une douleur plus ou moins vive dans l'orbite et dans les parties avoisinantes; mais tandis qu'ici elle débute d'une manière graduelle et insensible, dans la plupart des autres cas le début a lieu d'une manière subite et presque instantanée¹. Bientôt un sentiment de pulsations est perçu, et en même temps un bruit plus ou moins fort incommode le malade. Peu à peu une tension se fait sentir dans l'œil, dont les mouvements deviennent plus difficiles, et alors l'exorbitisme commence à devenir apparent. En même temps la vision s'altère plus ou moins. Je dois dire pourtant que dans le fait de M. Velpeau la vision resta intacte. La tumeur continuant à grossir, les battements deviennent plus superficiels et peuvent être constatés par l'observation. Quand le malade baisse la tête ou fait des mouvements actifs, les battements et le bruit augmentent d'énergie. L'oreille appliquée sur l'œil entend distinctement le bruit de susurrus. Les pulsations de la tumeur sont isochrones à celles du

1. Faits de Travers, Dalrymple, Jobert.

cœur, et la compression de la carotide primitive les fait cesser immédiatement. De tous les faits que nous avons étudiés, celui de Busk est le premier où soit mentionnée l'application de l'auscultation au diagnostic; cet habile chirurgien y trouva un signe précieux ajouté à ceux à l'aide desquels il put établir un diagnostic précis. Si l'on comprime la tumeur, on la fait plus ou moins disparaître, mais alors les douleurs sont plus violentes, les battements sont plus profonds, et leur énergie augmente.

Ainsi bruit de susurrus, pulsations isochrones à celles du pouls, cessation de ces battements par la compression de l'artère carotide primitive, tels sont les trois signes que l'on peut regarder comme pathognomoniques des tumeurs sanguines artérielles. Il est bon de noter que M. Velpeau, dont nous avons déjà cité l'observation intéressante, entendit au lieu du bruit de susurrus un bruit de râpe exagéré; qu'en outre chez son malade, qui présentait dans les deux yeux l'exorbitisme, les pulsations et le bruit de râpe, on faisait cesser tous ces phénomènes des deux côtés à la fois par la compression de la carotide droite seule. Ces remarques ont une importance sérieuse. Je ne dois pas omettre non plus que dans la belle observation publiée par M. Jobert, la tumeur, en grossissant, avait corrodé et détruit une portion de l'arcade sourcilière dans une étendue de vingt-sept millimètres, particularité qui ne se retrouve dans aucun autre fait de cette nature.

Le diagnostic de cette affection n'a point présenté jusqu'à ce jour de difficultés sérieuses. A l'aide des signes que nous venons d'énumérer, il est toujours assez aisé de reconnaître une tumeur sanguine artérielle.

Sa marche est généralement lente, et les symptômes dont nous avons parlé ne se développent que graduellement. Toutefois certaines circonstances semblent favoriser un développement rapide de ces tumeurs; tel est, chez les femmes, l'écoulement menstruel.

Les causes des tumeurs sanguines artérielles ne sont pas parfaitement établies. Cependant, en analysant les faits, il est impossible de ne pas remarquer, 1° que dans les observations de Travers et de Dalrymple les deux femmes qui en font l'objet étaient en état de gestation quand les premiers symptômes se déclarèrent subitement; 2° que dans les faits publiés par MM. Velpeau, Busk et Scott, les tumeurs débutèrent immédiatement après des violences exercées sur la tête.

Le pronostic des tumeurs qui nous occupent a nécessairement une certaine gravité, puisque la perte de la vision peut en être la suite, et que d'ailleurs elles amènent impérieusement la nécessité d'une grande opération chirurgicale.

Parmi les moyens employés contre cette maladie, je mentionnerai les réfrigérants et la compression; en effet ces moyens ne sont point sans une certaine efficacité, comme le prouve le fait cité plus haut

de M. Herpin. On se rappelle qu'après la ligature de la carotide, il se manifesta à l'œil qui n'avait pas été malade des symptômes annonçant la formation d'une seconde tumeur érectile, et que ces symptômes diminuèrent et disparurent après l'emploi soutenu des réfrigérants et de la compression. A ce fait on peut joindre celui d'Abernethy, cité par Mackenzie, quoique cette observation manque de détails suffisants. Quant à la ponction répétée de la tumeur, que recommandent quelques auteurs, je n'ai point vu qu'elle ait produit de bons résultats, non plus que l'acupuncture employée par M. Jobert, chez le malade duquel elle amena, au contraire, un accroissement de la tumeur.

Je dois mentionner que, dans le fait observé par Rosas¹, la régularisation de la menstruation détermina la guérison d'une tumeur pulsatile de l'orbite chez une jeune fille de dix-huit ans.

Quoi qu'il en soit, le traitement rationnel, celui qui ressort des signes mêmes et de la nature de la maladie, traitement, il faut le dire, qui a toujours été couronné de succès, c'est la ligature de l'artère carotide primitive. Travers, Dalrymple, Scott, Roux, Velpeau, Jobert, Busk, Herpin y ont eu recours avec un succès complet dans des cas qui ne laissent véritablement rien à désirer, sous le rapport de l'exactitude des observations. Dans le fait de Travers, le résultat de la ligature fut secondé

1. Dans Chélius, p. 432.

par une hémorrhagie abondante, suite de fausse couche.

Il peut arriver qu'à la suite de la ligature de la carotide primitive, dans le cas de tumeur sanguine artérielle de l'orbite, cette opération soit suivie de douleurs violentes dans la plaie et dans la tumeur orbitaire; c'est ce qui arriva chez un malade opéré par M. Roux en 1829. Nous devons à l'obligeance de ce savant professeur les détails de l'opération qu'il pratiqua à cette occasion. Malheureusement cette communication nous a été faite trop tard pour que nous puissions publier le fait *in extenso*. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, chez lequel il se développa graduellement une tumeur pulsatile qui vint se manifester à l'angle interne du sourcil droit. Un oculiste à qui il s'adressa d'abord fit, avec le trois-quarts, une ponction au centre de la tumeur; un sang très-noir s'échappa de la plaie qu'on tint ouverte par une mèche de charpie. Ce traitement aggrava le mal, et le globe oculaire, qui n'était que proéminent, commença à devenir difforme. On fut obligé, après divers moyens tentés infructueusement, d'en venir à la ligature de la carotide, opération qui fut pratiquée le 7 mai 1829. La tumeur diminua immédiatement de volume et les pulsations n'y furent plus perçues; mais dès le soir du même jour, des douleurs se firent sentir dans la plaie; le lendemain la douleur y devint excessive. La nuit suivante le malade se plaignit de souffrances très-vives dans la

tumeur. Pendant plusieurs jours, il fut dans une agitation voisine du délire. Mais enfin les applications de glace, les opiacés et les antispasmodiques finirent par maîtriser les accidents. Le 14 mai, ces douleurs cessèrent enfin; mais alors on reconnut que le bras et la jambe gauche étaient à peu près incapables d'exercer leurs fonctions. Retour de la douleur dans la tumeur le 15. Malgré ces accidents le malade se rétablit peu à peu, et à la fin du mois, il part, ayant encore un peu d'exorbitisme et de douleur dans la tumeur.

TUMEURS ÉRECTILES VEINEUSES.

Pour ce qui concerne les tumeurs veineuses, bien que leur présence dans l'orbite ait été constatée un certain nombre de fois, cependant les faits qui ont été publiés manquent de détails nécessaires pour établir nettement l'histoire de ces affections. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter ici ce qu'en dit M. le professeur Velpeau dans le *Dict. de méd.*, t. XXII, p. 340 et 349.

« Une demoiselle, âgée de seize ans, soignée par M. Nacquart, avait entre l'œil et la paroi supérieure de l'orbite une tumeur veineuse qui proéminait fortement à travers la paupière correspondante, chaque fois que la jeune personne courbait la tête. Chez une autre demoiselle, que j'ai vue avec divers praticiens de la capitale, il existait au-dessous du sourcil une tumeur érectile de nature

veineuse, qui paraissait aussi se prolonger profondément dans l'orbite. Chez un homme déjà avancé en âge, et que tourmentait une exophthalmie, j'ai constaté que le déplacement de l'œil tenait à une tumeur érectile veineuse entièrement cachée dans la cavité orbitaire..... »

C'eût été peut-être ici le cas de citer l'observation de tumeur érectile de l'orbite enlevée par Dupuytren et rapportée dans le *Journ. hebdomadaire*, t. VI, 1830, p. 75. Mais comme il fut clairement démontré à l'examen de la tumeur qu'il existait quelques noyaux cancéreux, il y a lieu de penser qu'il s'agissait d'un encéphaloïde très-vasculaire, plutôt que d'une tumeur érectile veineuse véritable.

Je ne dois pas omettre de signaler trois observations dont on trouve le résumé dans les *Annales d'oculistique*, supplément III, p. 44. Ces faits sont extraits du journal de Toulouse, et ont été publiés par MM. Viguerie et Dieulafoy. Il s'agit de tumeurs érectiles veineuses, existant dans l'orbite chez trois enfants, et dont l'extirpation pratiquée une fois par M. Viguerie, et les deux autres fois par M. Dieulafoy, fut suivie d'hémorrhagies abondantes à la vérité, mais dont on se rendit maître par le tamponnement.

Malgré ces trois cas de guérison et celui de M. Carron du Villards, dans lequel l'extirpation d'une tumeur veineuse fut pratiquée et une hémorrhagie arrêtée par la ligature de trois artères, malgré, dis-je, ces quatre opérations heureuses,

nous n'hésitons pas à nous ranger à l'opinion de M. Velpeau, sauf toutefois les cas exceptionnels. On comprend en effet que de telles circonstances puissent forcer le chirurgien d'agir comme pour une tumeur érectile veineuse ulcérée, donnant lieu à d'abondantes hémorrhagies et compromettant la vie du malade.

«.... J'avouerai pour mon compte, dit M. Velpeau, n'avoir jamais osé toucher à l'espèce d'anévrysme veineux dont la jeune personne, que j'ai mentionnée plus haut, était affectée. J'apprends même aujourd'hui, huit ans après l'avoir vue, qu'elle va décidément mieux. Les seules opérations que je conseillerais en pareil cas, seraient l'acupuncture avec lacération des mailles ou des aréoles vasculaires, comme je l'ai fait dans un cas, quand il s'agit de lacis érectile : ou bien l'emploi, soit des épingles, soit de petits sétos multiples, si la tumeur est assez rapprochée de l'extérieur, ou formée de grosses veines ou de mailles veineuses très-dilatées. Après tout, ce sont des tumeurs trop peu dangereuses en elles-mêmes, pour qu'il soit prudent de leur opposer des remèdes aussi dangereux et d'une efficacité si contestable. »

CHAPITRE IX.

KYSTES.

Bien qu'à la rigueur les kystes de la glande lacrymale doivent être séparés des kystes orbitaires proprement dits, nous les réunissons dans un seul chapitre, pour éviter les répétitions; nous nous réservons toutefois d'indiquer les signes distinctifs des kystes ayant pris naissance dans l'organe formateur des larmes dans le chapitre consacré aux maladies de cet organe.

De toutes les tumeurs de l'orbite, les kystes sont incontestablement les plus communes. Suivant quelques auteurs ¹ ils naîtraient souvent dans un canalicule excréteur de la glande lacrymale, et de là se répandraient dans l'orbite. D'autres fois ce serait le tissu cellulaire orbitaire qui leur donnerait naissance. Lorsqu'on songe à la position la plus commune de ces tumeurs, il est difficile de ne pas admettre que le tissu cellulaire lâche, existant entre la paupière supérieure et son muscle élévateur, entre ce muscle et le droit supérieur de l'œil, tissu cellulaire dans lequel nous avons trouvé de petites bourses synoviales, ne soit souvent le point de dé-

1. Schmidt, *Krankh des Thraenenorg*; Beer, *Maladies des yeux*.

part des kystes de l'orbite. Déjà M. Rognetta¹ fait observer qu'ils sont placés ordinairement entre le globe oculaire et la moitié antérieure de la paroi soit inférieure, soit supérieure de l'orbite. — Nous rappellerons que certains kystes ont leur point de départ en dehors de l'orbite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On a observé des kystes sur *tous les points des parois orbitaires*. Mais on s'accorde généralement à admettre qu'ils sont plus fréquents à la voûte et au plancher de l'orbite que sur les parois latérales. C'est surtout *en haut et en dehors* qu'on les voit fréquemment. Rarement ils occupent le fond de l'orbite; Carron du Villards² en rapporte un exemple observé chez un enfant.

Le *volume* de ces tumeurs varie depuis celui d'un pois ou d'une cerise jusqu'à celui d'un œuf de poule: Rosas³, Cunier⁴ ont relaté des faits de kystes très-volumineux. Ordinairement arrondies ou ovalaires, ces tumeurs sont quelquefois pyriformes ou bien s'accommodent à la forme des parties environnantes.

Les produits que renferment les kystes de l'orbite, les ont fait désigner par les noms de *kystes séreux*⁵,

1. Rognetta, *Cours d'ophtalmol.*, p. 443.

2. *Maladies des yeux*, t. I, p. 474.

3. Schmidt's Jahrb., t. XXXV, p. 102.

4. *Ann. d'ocul.*, suppl., t. III.

5. Dornbluth Schmidt's Jahrb., t. XXXVIII, p. 99; Langenbeck, *Neue Biblioth.*, t. II, p. 238; *Ann. d'ocul.*, suppl., t. III; Taignot, *Ann. d'ocul.*, t. XX.

mélicériques¹, athéromateux², stéatomateux³, purulents⁴, hydatiques⁵, etc.....

Souvent plusieurs substances différentes ont été trouvées dans des loges distinctes formées par des cloisons qui partageaient la cavité du kyste. Tel est le fait observé par Mackenzie. Enfin, des poils⁶, des dents⁷ ont été rencontrés dans ces tumeurs par plusieurs chirurgiens. — Les kystes accompagnent souvent d'autres lésions des organes de l'orbite, telles que le cancer, etc.....

Nous rapportons ci-après quelques-unes des observations les plus remarquables de kystes orbitaires.

KYSTE DÉVELOPPÉ DANS L'ORBITE ET PROLONGÉ DANS LA CAVITÉ CRÂNIENNE PAR LE TROU OPTIQUE⁸.

« Louis Bonnet, né dans le département de l'Aveyron, âgé de vingt ans, d'une stature moyenne, d'un teint coloré, jouissant d'une assez bonne

1. A. Bérard, *Ann. d'ocul.*, t. XII; O. Ferral, *Union médicale*, 1848, 3^e obs.; Middlemore, *Diseases of the eye*, t. II, p. 613.

2. Rosas, *loc. cit.*

3. Graef et Walther, t. VII, p. 227.

4. Rognetta, *loc. cit.*, p. 413; Spry, in *Philos. transact.*; Saint-Yves, *Maladies des yeux*.

5. Delpech, *Clin. de Montp.*, t. II, p. 99; Goyrand, *Ann. de chir. franç. et étrang.*, t. VIII, p. 505; Middlemore, *loc. cit.*, t. II, p. 614; Casper's *Heilkunde*, t. I, p. 237; Schmidt, *loc. cit.*, p. 90.

6. *Ann. d'ocul.*, t. XII, p. 41.

7. Barnes, *Medico-chir. trans.*, t. IV, p. 318.

8. *Chirurgie clinique de Montpellier*, p. 505.

santé, fut admis à l'hôpital Saint-Éloi, le 30 avril 1825. Il portait depuis l'âge de huit ans une tumeur considérable, qui remplissait l'orbite gauche et faisait une grande saillie entre les paupières. En l'examinant attentivement, voici ce qu'elle présentait : les paupières bridées, fort distendues dans le sens de leur largeur, étaient séparées entre elles par un intervalle d'un pouce et demi ; leur surface était recouverte d'une peau mince, injectée, mais nullement altérée d'ailleurs ; leur bord libre était encore orné de quelques cils rares, clair-semés et fins ; l'espace intermédiaire était ouvert, saillant, rouge, recouvert de la conjonctive fort injectée, fongueuse, humectée de larmes et de muco-sité puriforme.

« La place dans laquelle avait dû exister la cornée transparente en présentait à peine quelques traces ; une demi-teinte brune, que l'injection et l'épaississement de la conjonctive permettaient de discerner, était le seul indice de son existence. La vue était oblitérée depuis plusieurs années, et l'œil paraissait atrophié. Toute la saillie qui distendait les paupières paraissait formée par une tumeur logée dans l'orbite jusque dans son fond, placée entre les muscles du bulbe oculaire, lesquels lui imprimaient les mêmes mouvements qu'à l'œil lui-même, et dont la rénitence annonçait suffisamment le caractère : il était évident qu'il s'agissait d'un kyste, dont la longue innocence annonçait suffisamment la nature séro-muqueuse. En

effet, la tumeur était fluctuante dans toute son étendue.

« Le malade ne put rien nous apprendre sur les causes de cette altération organique; il se souvenait seulement que, dans le principe, une douleur assez vive se fit sentir, pendant environ un mois, dans la profondeur de l'orbite malade; que peu de temps après l'œil avait paru soulevé, et successivement chassé de sa cavité; que la vue de cet œil s'affaiblit dans la proportion du déplacement; que la conjonctive s'enflamma et conserva longtemps cet état morbide; que la cornée se couvrit d'ulcérations, dont quelques-unes produisirent la perforation et l'évacuation du corps vitré.

« On constatait aisément que la cavité orbitaire avait acquis des dimensions extraordinaires; ce qui s'accordait parfaitement avec l'ancienneté attribuée à la maladie et avec son premier développement, à une époque où celui du squelette était loin d'être complet. Les formes du front, du nez et de la demi-arcade dentaire supérieure gauche, en étaient changées, mais rien ne l'était, ni quant aux formes du côté opposé, ni quant aux facultés de l'œil droit, ni quant à celles des autres sens, ni même en ce qui concernait l'intelligence. Point d'illusions dans le sens de l'ouïe ni dans celui de la vue; point de dégradation dans celui de l'odorat; point d'altération dans les facultés musculaires; pas la moindre différence dans la force active des quatre membres; enfin, pas la moindre

douleur à la tête. Le malade était seulement gêné par la maladie, en ce que l'état des choses entretenait dans la conjonctive renversée une excitabilité telle que la moindre variation dans l'état atmosphérique y renouvelait l'inflammation aiguë et les ulcérations dont il n'avait jamais cessé complètement de souffrir. Il désirait ardemment se délivrer de sa maladie, et nous l'examinâmes avec attention pour seconder ses vœux.

« Nous avions déjà eu d'autres occasions d'observer des kystes séro-muqueux, très-grands et très-anciens, et précisément dans la même région; nous avons éprouvé que l'épaississement des kystes, en cet état, ne provenait que des inflammations fortuites qu'ils peuvent avoir contractées, et ne nuit pas à leur oblitération par l'inflammation suppurative. Rien ne pouvait nous faire soupçonner quelque différence notable entre ce cas et celui que nous avons exposé précédemment, et les analogies que nous avons fait connaître. Tout autorisait l'opinion d'une parfaite identité, et nous dûmes nous livrer à l'espérance d'un succès que de si bonnes raisons semblaient promettre. L'opération fut donc décidée et acceptée par le malade.

« Le 6 mai, en présence de nos collègues les professeurs Lallemand et Dubreuil, le malade étant placé sur un siège solide, sa tête assujettie contre la poitrine d'un aide, nous plongeâmes horizontalement la lame d'un bistouri droit vers le milieu de la paupière inférieure, lieu auquel correspon-

dait le point résistant et le plus sensiblement fluctuant de la tumeur. Un liquide coulant, transparent, de couleur citrine, se répandit aussitôt et s'élança avec une grande force, au point d'atteindre plusieurs assistants. Nous fûmes surpris de ce phénomène; nous le fûmes aussi de la quantité de ce liquide, qui nous parut disproportionnée, par rapport au volume de la tumeur, même en ayant égard à l'accroissement de l'orbite qui le contenait; mais nous fûmes bien plus étonnés lorsque, portant un doigt dans la cavité que le liquide venait d'abandonner pour constater les choses, nous reconnûmes que le kyste, qui en effet était séro-muqueux, qui, comme nous l'avions prévu, présentait des épaissements nombreux, durs, inégaux et complètement indolents, ne se bornait pas à l'orbite que cependant il tapissait en entier, mais qu'il se prolongeait dans la cavité crânienne, à travers le trou optique, dilaté au point d'admettre librement notre doigt indicateur. Nous pûmes aisément constater, et nos collègues en firent autant après nous, que le prolongement postérieur du kyste, moins altéré que le reste par l'inflammation, mais en présentant néanmoins des traces évidentes, était plongé dans la substance cérébrale, dont on distinguait aisément la consistance.

« Il ne fut que trop aisé dès lors de porter un fâcheux pronostic. Il était impossible de soustraire à l'inflammation le prolongement crânien du kyste; il n'était pas au pouvoir de l'art d'empêcher que cette

inflammation se propageât aux parties en rapport le plus intime avec la partie intra-crânienne du kyste. La substance cérébrale elle-même ne paraissait pas pouvoir échapper à une semblable destinée, soit par ses rapports avec l'arachnoïde, soit par ceux que le kyste lui-même paraissait avoir avec elle. Un miracle pouvait seul faire que l'inflammation ne s'étendit pas du kyste aux parties environnantes. De la charpie fut engagée mollement dans la cavité et les bords de la plaie maintenus isolés par l'interposition d'une bandelette de linge enduite de cérat.

« Le malade souffrit peu les deux premiers jours; mais dès le troisième il survint des douleurs qui annoncèrent bien l'événement auquel nous étions préparés.

« Elles partaient de la plaie et s'étendaient au front et jusqu'à l'occiput. Les traits du malade étaient profondément altérés, la langue était rouge, la soif vive, la température du corps fort élevée, le pouls fréquent et sans consistance.

« Saignée au bras, dix onces; eau de veau nitrée, limonade légère pour boisson; fomentations émollientes sur la tête et sur l'œil; lavements émollients; la nuit fut fort agitée; il y eut du délire.

« Le quatrième jour, le pouls bien plus vif et plus fréquent; la chaleur est brûlante; les douleurs sont comme la veille. Vingt sangsues à chaque tempe; mêmes prescriptions...; nuit moins agitée, assoupissement.

« Le cinquième jour, assoupissement plus profond ; décoloration de la face ; oblitération des sens ; insensibilité générale ; on ne peut dire s'il y a paralysie. La connaissance est entièrement perdue. Vésicatoires aux jambes et aux cuisses.

« Mort dans la soirée sans autre agonie et sans convulsions.

« Autopsie faite dix-huit heures après. L'extérieur du crâne fortement injecté. Les vaisseaux du cerveau dans le même état.

« Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré, demi-opaque, opalisé.

« Dans les ventricules latéraux, environ trois onces de sérosité lactescente.

« La substance du cerveau, dans toute sa face inférieure, ramollie et gris ardoise, surtout vers la partie gauche et antérieure.

« Vis-à-vis la fosse temporale interne de ce même côté, et tout près de la selle turcique, il y avait une adhérence de la substance cérébrale telle qu'il fallut la couper par couches minces pour la séparer et pour connaître l'état des choses. Alors il fut évident que la diffluence du cerveau dans presque toute sa partie antérieure gauche était portée jusqu'à l'état purulent ; que du véritable pus avait été fourni par les méninges ; qu'un prolongement du kyste de l'orbite se plongeait dans la substance de la face inférieure de ce lobe, dans une profondeur d'environ trois pouces, refoulant à cette même profondeur la pie-mère et l'arachnoïde, et

adhérant fortement à ces mêmes membranes. Ce prolongement du kyste orbitaire présentait, comme le reste, des bosselures, des inégalités considérables d'épaisseur dans ses parois. Sa structure était absolument la même ; sa cavité contenait la même matière purulente, et n'était distincte que par une sorte d'isthme formé par le trou optique.

« Ce dernier, déplacé, situé plus haut en arrière que celui du côté opposé, distendu, arrondi, présentait un diamètre de plus de six lignes ; changement qu'il avait évidemment éprouvé dans le temps de son état de mollesse. Le nerf optique gauche y avait entièrement disparu, il avait été divisé par la pression du kyste contre le contour de cette ouverture osseuse.

« A la face inférieure et dans l'épaisseur du lobe antérieur droit du cerveau, dans le point parallèle, était un autre kyste séro-muqueux, comme celui du côté gauche, mais différent de celui-ci, en ce que sa structure primitive était conservée sans altération, que sa cavité contenait de la sérosité pure, et qu'il était plongé dans la substance du cerveau sans refoulement de la pie-mère et de l'arachnoïde ; il avait des rapports d'union avec ces membranes dans un seul point, en bas et en avant, lieu où il était le plus superficiel. Son volume était égal à celui de la moitié d'un œuf de pigeon divisé selon son grand axe. La couche inférieure du cerveau dans le pourtour de ce second kyste, était ramollie, et gris ardoise. Le point correspondant

des méninges avait légèrement souffert de l'inflammation.

« A l'exception de la membrane muqueuse de l'estomac qui était légèrement rouge, tout le reste du cadavre n'offrait aucun intérêt. »

EXOPHTHALMIE PRODUITE PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UN
ACÉPHALOCYSTE SOLITAIRE DANS L'ORBITE¹.

« Le sujet de cette observation est un enfant âgé de onze ans, qui me fut adressé au commencement de juin, par mon ami M. Girard, médecin à Gardanne. L'œil gauche, repoussé en avant et sur le nez, était tout hors de l'orbite; là, il était immobile, son axe était dirigé en dehors. Les paupières, soulevées et distendues, ne recouvraient l'œil qu'en partie; leurs bords libres, renversés en dedans, tournaient leurs cils contre cet organe. La conjonctive oculaire était injectée; la palpébrale l'était bien plus encore; la cornée avait perdu en partie sa transparence; cette membrane était obscurcie comme par un nuage; la faculté visuelle n'était point abolie dans cet œil, mais elle y était fort affaiblie. Les douleurs que le jeune malade accusait ne paraissaient être que le résultat de la compression et de la distension des parties. L'œil s'était ainsi déplacé peu à peu; les parents du malade avaient commencé de s'en apercevoir deux ans avant.

1. *Ann. de chir. fr. et étrang.*, t. VIII, par M. Goyrand.

« L'œil n'avait que son volume normal. La tumeur qui l'avait déplacé faisait saillie au-devant du côté externe de la base de l'orbite. La fente palpébrale était considérablement allongée. En écartant les paupières sur la commissure externe, on voyait en dehors de l'œil la tumeur recouverte par la conjonctive injectée et boursouflée.

« Cette tumeur se distinguait très-bien de la base de l'orbite ; elle était dure, mais résistante, et en la prenant alternativement avec deux doigts appliqués l'un sur la paupière supérieure, l'autre sur l'inférieure, j'y apercevais une fluctuation qui ne me sembla jamais douteuse.

« Je savais donc que je n'avais point affaire à une tumeur solide, mais à un kyste plein de liquide. Ce kyste ne pouvait être un athérôme ou un méliceris, car il avait pris naissance au fond de l'orbite ; loin, par conséquent, des cryptes sébacés, et n'avait évidemment que des rapports de contiguïté avec la peau et la conjonctive. Était-ce un kyste purulent ? un kyste séreux ?

« Le déplacement de l'œil n'avait pas été précédé ou accompagné d'accidents qui pussent autoriser la première supposition.

« Les kystes séreux se forment dans un tissu cellulaire séreux ; rarement, je crois, dans un tissu adipeux comme celui de l'orbite. Je pensai que j'avais affaire à un kyste hydatique ; ce qui contribua beaucoup à me mettre sur la voie, c'est le souvenir d'un cas fort analogue à celui-ci que j'a-

vais observé chez un enfant, à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1828. Dans ce dernier cas, apparemment la tumeur ne faisait pas de saillie sur les côtés de l'œil déplacé, et le boursofflement de la conjonctive augmentait le volume apparent de cet organe, ce qui fit croire qu'il était le siège d'une dégénérescence cancéreuse. On crut devoir en faire l'extirpation. L'œil fut saisi avec la pince égrène de Muzeux. Un premier coup de bistouri fit jaillir du fond de l'orbite un liquide aqueux; l'opération n'en fut pas moins continuée, et quand l'œil fut enlevé, l'hydatide tomba sur la joue du malade. L'œil n'était nullement dégénéré.

« Je fis connaître mon opinion sur la nature de la tumeur à mes confrères; j'y mis toutefois quelque réserve, car on ne pouvait, dans un pareil cas, arriver à un diagnostic tout à fait positif.

« Le 10 juin, je procédai à l'opération, aidé par MM. Guiran et Blancard.

« J'incisai la commissure externe des paupières jusqu'à la tempe, et mes deux aides se chargèrent d'écarter les bords de l'incision avec des crochets mousses. Pendant que je cherchais à inciser la conjonctive qui recouvrait la tumeur, le malade, peu docile, fit un mouvement en avant, le bistouri perça le kyste, et nous vîmes jaillir par la ponction un liquide d'une limpidité parfaite. La tumeur se flétrit et s'affaissa. Avec une pince à crochets, je saisis alors le kyste et la conjonctive qui le recouvrait, et j'en excisai un lambeau avec les ciseaux

courbes. Le kyste fut ainsi largement ouvert. J'y plongeai le doigt, qui pénétra sans obstacle jusqu'au fond de l'orbite; puis, regardant au fond de la poche, j'y distinguai un corps blanc, opalin, membraniforme, ridé, que je retirai avec la pince; c'était une hydatide solitaire qui, distendue, avait dû avoir le volume d'une très-grosse noix.

« L'hydatide extraite, l'œil est rentré de lui-même dans l'orbite, conservant sa direction oblique en dehors, et s'est enfoncé plus profondément que son congénère.

« J'ai réuni l'incision de la commissure palpébrale par trois points de suture entortillée, et couvert l'œil et les parties voisines de compresses imbibées d'eau froide.

« Dans la journée, il s'est fait un écoulement abondant de larmes et de sérosité sanguinolente. Le 11 au matin, gonflement considérable des deux paupières, reproduction de l'exorbitisme, peu de douleur, fièvre nulle, pas de tuméfaction à l'incision.

« Le soir, il y a eu de la douleur et de la fièvre; le gonflement a beaucoup augmenté, il s'étend aux bords de l'incision, qui sont douloureux et tirillés par la suture, au nez, au front, aux paupières de l'autre œil. J'enlève les aiguilles de la suture et je fais appliquer un cataplasme émollient.

« Le 12, diminution notable du gonflement, écoulement abondant de larmes sanguinolentes et de pus. Les paupières peuvent s'entr'ouvrir, l'œil n'est

guère moins saillant qu'avant l'opération; les douleurs et la fièvre ont presque cessé.

« Le 15, suppuration toujours abondante; l'œil est beaucoup moins saillant; le reste de la face est désenflé; il n'y a plus de fièvre, l'appétit est vif, l'état général est parfait. L'incision de la commissure des paupières s'est réunie par première intention, quoique les aiguilles de la suture aient été retirées trente-six heures après l'opération.

« Le 17, la suppuration continue; l'œil a repris sa place dans l'orbite: son axe est toujours dévié en dehors; les paupières sont encore un peu tuméfiées; le jeune malade quitte la salle.

« Il revient me voir le 1^{er} juillet. Il n'existe plus alors aucune trace d'exorbitisme ni d'entropion. Le strabisme divergent est bien moins prononcé; l'œil peut se diriger en avant, mais ne peut pas encore se tourner du côté du nez. Il n'existe plus d'injection à la conjonctive. La cornée s'éclaircit; la vue s'est déjà notablement améliorée. »

TUMEUR ENKYSTÉE DE L'ORBITE RENFERMANT DES POILS ¹.

(Observation de Kerst.)

Cette tumeur, située à côté de la glande lacrymale, au côté externe de la paupière supérieure droite, prenait sa racine assez profondément dans l'orbite. Elle était sphérique, du volume d'un marron, et contenait de la matière ressemblant à du

1. *Ann. d'ocul.*, t. XII, p. 44.

pus coagulé, ainsi qu'une infinité de petits poils ayant beaucoup de ressemblance avec les cils.

KYSTE DOUBLE S'ÉTENDANT AU FOND DE L'ORbite ET CONTENANT
UNE DENT¹.

(Observation de Barnes.)

« Thomas Heard, jeune homme de dix-sept ans, d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital ophthalmologique d'Exeter, dans le service de M. Barnes, pour une tumeur qui s'opposait complètement à la vision de l'œil gauche. La tumeur était située au-dessous de l'œil, et occupait une très-grande partie de l'orbite. Elle paraissait s'étendre à une grande profondeur et faisait saillie en avant. La peau n'était point adhérente; l'œil intact. La tumeur avait paru dans la première enfance; et, à cette époque, elle n'était pas plus grosse qu'un pois.

« Dans l'opération, on divisa le muscle oblique inférieur de l'œil qui paraissait tendu en travers de la partie antérieure de la tumeur. Le kyste adhérait solidement à l'angle externe et à une partie du bord inférieur de l'orbite. On l'ouvrit pour se donner de l'espace. Vers l'extrémité postérieure de la tumeur, à son côté interne, il paraissait embrasser un prolongement osseux pointu, naissant à peu près de la ligne de jonction de l'ethmoïde avec le maxillaire supérieur. Il fut enlevé sans difficulté;

1. Mackenzie, observ. 179, p. 243.

ce n'était autre chose qu'une *dent*. Le kyste adhérait solidement autour du collet. Le malade avait toutes ses dents. »

La *membrane d'enveloppe*, souvent excessivement mince, avait dans quelques cas une épaisseur de une à deux lignes, et une structure serrée comparable à celle de la dure-mère; on y a rencontré même des concrétions calcaires¹. Les adhérences celluleuses qui l'unissent aux organes voisins sont plus ou moins lâches, ce qui rend l'extirpation plus ou moins facile. La surface interne est ordinairement lisse et d'apparence séreuse; quelquefois cependant, on l'a vue veloutée et offrant l'aspect des muqueuses².

Suivant le volume qu'ils atteignent et le siège qu'ils occupent, les kystes de l'orbite peuvent produire l'atrophie de la glande lacrymale, la distension et la désorganisation du nerf optique, l'altération du globe oculaire, l'élargissement de la cavité orbitaire, et même la perforation de ses parois, comme dans l'observation de Delpech, rapportée ci-dessus³.

L'âge adulte a paru à beaucoup d'observateurs offrir une prédisposition aux kystes de l'orbite. Beer⁴ a fait remarquer qu'il a observé six fois des kystes de la glande lacrymale, et toujours chez des

1. *Ann. d'ocul.*, Supplément, t. III.

2. Græfe et Walther, t. VII, p. 227.

3. Voy. aussi Middeltmore, t. II, p. 609.

4. *Loco citato*.

enfants de quatre à quatorze ans. Le *sex*e féminin et la *constitution lymphatique* sont souvent mentionnés dans les observations. La *constitution* des malades a généralement été bonne.

Quant aux *causes déterminantes*, nous devons ici, comme pour les autres régions, avouer notre ignorance complète. Voici celles qui ont été invoquées par les auteurs : refroidissement; contusion de la région orbitaire, temporale, frontale; chute sur l'occiput; extirpation d'un kyste de la paupière supérieure; irritations et inflammations des paupières, de la conjonctive, etc. La relation qui unit ces antécédents à la maladie qu'ils sont supposés avoir engendrée, pourrait bien n'être point une relation de causalité.

Symptomatologie. — Comme le fait remarquer M. Rognetta¹, on peut rapporter tous les symptômes engendrés par les kystes de l'orbite à deux principaux :

1° L'*exophthalmos*, avec les conséquences qu'il entraîne (douleurs, diplopie ou amblyopie, photopsie, épiphora, ulcérations de la cornée, etc.);
2° L'*existence d'une tumeur particulière* sur un point du pourtour de l'orbite. Ce second symptôme peut manquer à une époque peu avancée de la maladie, ou lorsque le kyste s'est développé au fond de l'orbite.

Une *douleur* très-vive ressentie subitement par le

1. *Loco citato.*

malade dans l'orbite affectée a semblé, dans quelques cas, marquer le début de l'affection ; mais ce fait est très-rare et ne se trouve mentionné que dans une ou deux observations ; quand elle s'est montrée, elle n'a point persisté, et la maladie a revêtu le caractère indolent qu'elle affecte ordinairement.

Le début de la maladie est complètement latent dans la presque généralité des cas. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les malades éprouvent au fond de l'œil une espèce de tension, une douleur sourde et profonde, qui devient surtout appréciable pendant les mouvements du globe oculaire ; quelques-uns ont eu la sensation d'un corps étranger ou de picotements dans l'œil.

A cette époque, il n'y a encore aucun changement appréciable dans le globe oculaire, et le malade s'inquiète peu de son affection. Mais bientôt survient un léger *exorbitisme*, et, quand le kyste n'est pas rétro-oculaire, ce qui est le cas le plus ordinaire, un certain degré de *strabisme* attire son attention. Suivant le siège de la tumeur, l'œil, en même temps qu'il est poussé en avant, se porte en dedans, en dehors, en haut, en bas, ou dans une direction intermédiaire. A. Bérard¹ a signalé un autre fait qui survient fréquemment à cette époque : c'est la *myopie* ou la *presbytie*, suivant que la tumeur comprime l'œil dans le sens de l'un des dia-

1. *Loco citato.*

mètres du plan vertical, ou dans le sens antéro-postérieur.

Lorsque l'exophthalmie fait de nouveaux progrès, la vue, jusque-là intacte, se trouble; il survient de l'*amblyopie* ou de la *diplopie*; le malade éprouve des sensations de flammes, de lueurs; il voit les objets plus ou moins déformés. Ces phénomènes, qui sont sujets à quelques variations au commencement¹, vont sans cesse en augmentant, et aboutissent à une *amaurose complète*, avec dilatation et immobilité de la pupille, lorsque la distension du nerf optique est devenue considérable. Ce qui doit le plus étonner dans les observations de kystes volumineux, c'est la conservation de la vue à une époque où l'exorbitisme avait déjà des proportions considérables : les flexuosités du nerf optique, depuis le chiasma jusqu'au globe oculaire, expliquent en partie cette circonstance.

Les douleurs, pendant ce temps, deviennent ordinairement plus vives; quelques malades, il est vrai, n'ont éprouvé aucune douleur pendant toute la durée de leur affection; mais le plus souvent le sentiment de pression, de tension profonde, devient de plus en plus fort et intolérable; il s'étend quelquefois à toute la moitié correspondante de la tête, ou bien à la narine, à la tempe, au front du même côté²; il prive le malade de sommeil, et à

1. Schmidt, *loco citato*, p. 90.

2. *Ann. d'ocul.*

l'insomnie succèdent la perte de l'appétit et l'amaigrissement. Ce n'est que rarement que la douleur s'est montrée tellement vive, qu'elle a produit un véritable délire, dont la mort a été la conséquence.

KYSTE HYDRATIQUE DE LA GLANDE LACRYMALE. — EXOPHTHALMOS. —

MORT.

Waeil Papp, militaire, 26 ans, eut une fièvre légère en novembre 1800 et retourna au régiment en janvier 1801. Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, il avait commencé à sentir une pression vague au fond de l'œil. Au bout de huit jours, cette pression devint plus forte, plus durable, et par là plus pénible. On ne voyait encore rien d'anormal dans l'œil. Au commencement de la troisième semaine, cette tension devint si vive qu'elle détermina des douleurs dans toute la moitié de la tête et dans l'œil; celui-ci devint un peu rouge, sec, et commença à proéminer. Le malade voyait fréquemment des flammes et par moments perdait la vue. — Insomnie. — (Catapl.)

Cet état s'aggrava de jour en jour; les douleurs devinrent excessivement violentes; l'œil sortit complètement de sa cavité; il était normal, mais frappé d'amaurose. Anorexie.

4 février. Entrée à l'hôpital militaire de Vienne. On constata une tumeur au niveau de la glande lacrymale. Rien ne fut fait. *Mort.*

A l'autopsie, congestion des vaisseaux du cerveau. Tumeur tremblotante à la partie externe de

l'orbite. Elle avait une double enveloppe : l'externe, formée d'un tissu cellulaire très-épais; l'interne, séparée par un peu de liquide, était fine, demi-transparente et contenait une humeur limpide. La membrane externe était très-adhérente au tissu de la glande.

La *sécrétion des larmes* et leur *excrétion* restent souvent intactes. Quelques auteurs ont noté néanmoins un *état de sécheresse de l'œil*; cela s'est vu surtout lorsque le kyste avait son siège dans l'épaisseur ou dans le voisinage de la glande lacrymale; d'autres fois, les larmes ont coulé sur la joue (*épiphora*).

Les *mouvements de l'œil*, d'abord gênés seulement et faisant naître des sensations de lumière, deviennent de plus en plus difficiles à mesure que la tumeur s'accroît et finissent par être complètement abolis. Schmidt¹ parle de convulsions excessivement douloureuses du muscle oblique supérieur dans les cas de kystes de la glande lacrymale; mais ni Beer ni les autres observateurs ne les ont retrouvées. Quelquefois le globe oculaire a été le siège de petits mouvements involontaires, comme dans l'observation d'O'Ferral².

Les *paupières*, repoussées en avant par la saillie du globe oculaire, éprouvent une distension qui gêne leurs mouvements et qui finit par les abolir en grande partie; elles se renversent souvent, soit en dehors, soit en dedans; elles demeurent con-

1. *Loco citato*.

2. *Union médicale*, 1848.

stamment écartées l'une de l'autre, même pendant le sommeil, et contractent des adhérences avec le globe oculaire. Alors l'œil fixe, sans cesse en contact avec l'atmosphère et irrité par les corps étrangers qui se déposent à sa surface et dont le clignement ne le débarrasse plus, s'enflamme et s'ulcère; la cornée se trouble et peut même se perforer; la conjonctive, entraînée en avant, forme un bourrelet épais autour de la cornée, et les produits mucoso-purulents qu'elle sécrète, desséchés et accumulés sur l'œil, lui donnent un aspect hideux.

A une époque variable du développement de ces accidents, suivant le siège du mal, on voit survenir, sur un point du pourtour de l'orbite, une *tumeur* qui soulève l'une ou l'autre paupière, séparée du globe oculaire par un sillon plus sensible au toucher qu'à la vue. Cette tumeur est arrondie, élastique, plus ou moins nettement fluctuante; elle est indolente à la pression et ne paraît adhérer ni à la peau qui la recouvre, ni aux parois de l'orbite; on sent distinctement qu'elle se prolonge au fond de cette cavité. Quand on la comprime, le malade dont la vue est encore conservée, éprouve des sensations de lumière. Un caractère important, suivant Beer¹, distinguant les kystes formés par les conduits dilatés de la glande lacrymale, serait l'augmentation subite du volume de la tumeur quand le malade pleure. Nous n'avons retrouvé cette particularité dans aucune observation.

1. *Loco citato.*

Enfin, si le développement du mal continue, et si l'art n'intervient, la cavité orbitaire elle-même cède peu à peu à la pression qui tend à l'élargir; elle peut ainsi prendre des proportions énormes, gêner le fonctionnement des organes voisins, et rompre la symétrie des deux moitiés de la face¹.

Diagnostic. — Avant toute saillie du globe oculaire, et lorsque le malade n'éprouve encore qu'une tension incommode au fond de l'orbite, il est impossible de se prononcer sur la nature du mal, qui peut tout aussi bien dépendre d'une ophthalmie que d'une tumeur rétro-oculaire. Mais lorsque celui-ci commence à proéminer au dehors, qu'il a subi une déviation quelconque, et surtout lorsque la tumeur est devenue sensible au doigt et à l'œil du chirurgien, le diagnostic devient plus certain. *L'intégrité du globe oculaire et des paupières, la rénitence et la tension de la tumeur, sa fluctuation, et quelquefois même sa transparence, jointes à la lenteur de son développement,* mettent le chirurgien sur la voie, et lui permettent de diagnostiquer un kyste. Si, en effet, il tient compte de la direction de l'œil, des antécédents du malade et des phénomènes physiques, il pourra arriver à distinguer cette affection, soit de la *paralysie des muscles* de l'œil, soit d'un phlegmon ou d'un abcès, soit d'une hypertrophie du tissu cellulaire, soit d'une tumeur sanguine ou cancéreuse de l'orbite. Toutefois, on

¹ Delpech, *loco citato*.

comprend que, dans certains cas, des difficultés sérieuses existent, et qu'il soit difficile de reconnaître un kyste d'avec une tumeur solide, comme un cancer, un corps fibreux : c'est ce qui arrive quand le kyste est profond, quand ses parois sont épaisses, ou qu'il est recouvert d'une couche graisseuse, comme cela s'est vu quelquefois. Dans ces cas, la *ponction exploratrice* viendra éclairer le diagnostic.

Pour être assuré que la tumeur n'a point sa source dans une des cavités voisines, il sera nécessaire de les explorer attentivement.

Marche. — Schmidt et Beer insistent sur la rapidité avec laquelle se développent les kystes de la glande lacrymale, ce qu'ils expliquent par l'activité fonctionnelle de cet organe; suivant eux, quelques semaines suffisent à les produire. Le fait et l'explication nous paraissent hypothétiques. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, la maladie a marché avec la lenteur qui marque le développement de ces tumeurs dans tous les autres points de l'économie.

Terminaison. — Schmidt¹ rapporte un cas de mort résultant d'un kyste de la glande lacrymale, et déterminée par la violence des douleurs. Rarement, il faut le dire, la vie du malade est en danger. Une aggravation incessante du mal, et la perte de la vue si le chirurgien n'y porte remède, est ce qu'on observe le plus souvent. Il n'est guère

1. *Loco citato.*

permis d'attendre un état stationnaire de la maladie. Je ne sache pas non plus qu'on l'ait vue guérir spontanément. Middlemore¹ rapporte, d'après Abernethy, l'histoire d'un kyste de l'orbite qui se rompit pendant l'exploration du chirurgien : le malade guérit.

Pronostic. — Traités convenablement, les kystes de l'orbite ne présentent rien de grave ; rarement mettent-ils la vie en danger. Le retour de la vision plus ou moins intacte dépend de l'état de l'œil et de ses annexes au moment où l'opération est pratiquée. Si l'on attend trop longtemps, la désorganisation complète de l'œil peut en résulter, comme dans le fait d'O'Ferral². Beer n'excepte que les kystes de la glande lacrymale, sur le pronostic desquels, dit-il, le médecin ne saurait être trop réservé. Personne, après lui, n'a signalé le danger qui menace spécialement les malades porteurs de cette espèce de kystes, et je n'entrevois rien qui puisse justifier ces craintes.

Il est remarquable combien de fois la vue, depuis longtemps abolie par suite de la distension énorme du nerf optique, s'est rétablie dans toute son intégrité au bout d'un temps plus ou moins long, lorsque l'œil était rentré dans sa cavité. Dans quelques cas, il est resté du strabisme et de la gêne dans les mouvements.

1. T. II, p. 609.

2. *Union médic.*, 1848.

Traitement. — Au dire de Louis, Trincavelli et Bertrandi, médecins italiens, guérissent chacun une orbitocèle à l'aide de remèdes fondants à l'intérieur, et de frictions mercurielles faites localement. Il est difficile de croire que c'étaient véritablement des kystes qu'ils guérissent, et peu de médecins auront grande confiance dans l'emploi de ces moyens.

Le *traitement chirurgical* est donc le seul sur lequel on puisse compter raisonnablement.

Il y a deux *indications* à remplir : 1° vider le kyste ; 2° oblitérer la cavité accidentelle en déterminant l'adhérence de ses parois.

La *ponction simple du kyste*, avec le trocart ou le bistouri, pourra bien débarrasser momentanément le malade ; mais outre qu'elle n'est pas applicable aux cas où le contenu est peu fluide, ni aux kystes multiloculaires, elle offre l'inconvénient d'être purement palliative, l'ouverture pratiquée se refermant promptement et le liquide se reproduisant, comme dans plusieurs observations.

Pour remédier à cet inconvénient, on a proposé de laisser une canule à demeure, ou de faire dans le kyste des injections irritantes (vin, alcool, solution de nitrate d'argent, teinture d'iode). Des guérisons par la ponction avec injection iodée ont été obtenues par MM. Monod et Tavignot¹.

L'*incision* du kyste aura plus de chances de réus-

1. *Annal. d'ocul.*

site, surtout si on la fait large, de manière à évacuer facilement tout le contenu, et si l'on a soin ensuite de remplir la cavité de charpie, afin d'y provoquer une inflammation suppurative. Il n'est pas rare alors de voir, quatre à cinq jours après l'incision, le kyste tout entier, détaché de ses adhérences, être entraîné avec la suppuration¹. M. Carron du Villards badigeonna, après l'incision, l'intérieur de la cavité avec un pinceau imbibé de teinture de cantharides.

L'excision d'une portion du kyste, quand elle est possible, sera toujours avantageuse, en ce qu'elle empêche certainement l'agglutination des bords de l'ouverture.

Mais la méthode la plus rationnelle et la plus avantageuse est sans contredit l'ablation complète du kyste. C'est elle qu'on devra tenter toutes les fois que la ponction simple et suivie d'injections irritantes aura été jugée insuffisante. La dissection se fera plutôt avec le manche du scalpel qu'avec le tranchant, dans la crainte d'ouvrir le kyste ou de léser un des organes de l'orbite.

Malheureusement l'énucléation complète n'est pas toujours possible ; on fendra alors largement la poche, on excisera les lambeaux disséqués, on évacuera tout le contenu aussi bien que possible, en faisant des injections d'eau tiède s'il a une certaine

1. Dornbluth, in Schmidt's Jahrb., t. XXXVIII, p. 99.
Mackenzie, observ. 172.

consistance ; on promènera le doigt dans la cavité pour rompre les cloisons qui pourraient s'y trouver ; on remplira enfin le tout d'un bourdonnet de charpie, retenu par un fil, que l'on ne retirera que lorsqu'on jugera la suppuration franchement établie dans toute la poche.

La réunion immédiate ne sera tentée que dans les cas d'énucléation complète.

Dans quelques cas, la mort peut être la suite des opérations faites pour obtenir la guérison de ces kystes.

CHAPITRE X.

LIPÔME DE L'ORBITE.

Le lipôme de la cavité orbitaire est une affection peu connue, soupçonnée plutôt que décrite par Demours. Nous n'avons pu en recueillir que deux faits bien authentiques, l'un est dû à Dupuytren. Le second a été observé par Bowman.

Le 12 novembre 1829¹, une femme âgée de cinquante ans fut opérée par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu pour une grosse tumeur mollassse, du volume d'un œuf de poule, sortant de la cavité orbitaire par son bord supérieur. Le mal datait de quinze ans. L'œil avait été expulsé en dehors et en bas, la cornée était opaque. Dupuytren, croyant d'abord avoir affaire à un kyste hydatique, y fit une ponction exploratrice qui ne fit rien sortir immédiatement. Le contenu de l'orbite, sans exclure le globe oculaire, fut alors enlevé par le chirurgien. La dissection anatomique et l'analyse chimique de cette tumeur montrèrent qu'elle n'était qu'un véritable lipôme, blanc, presque transparent, et pénétré d'albumine ou de matière lymphatique concrète.

1. *Lancette française*, année 1835, p. 446.

OBSERVATION¹. — « Henry John B..., jeune garçon ayant l'apparence d'une très-bonne santé, de forte complexion, fils d'un aubergiste d'Islington, vint à l'hôpital ophthalmique en février 1848 pour une tumeur des deux paupières supérieures qui le rendait incommodé à lui-même et à ses amis à cause de son aspect désagréable, quoiqu'elle ne lui causât aucune douleur. La tumeur était précisément semblable des deux côtés. Elle était presque limitée à la moitié ou aux deux tiers externes de la paupière, s'étendant depuis le sommet jusqu'à un seizième de pouce du bord tarse, où elle cessait par une rainure au-dessus de laquelle les téguments relâchés et enflés pendaient, comme cela était très-évident quand la paupière était vue de profil. La tumeur était rougeâtre dans sa partie moyenne par l'abondance des vaisseaux cutanés; elle était tout à fait molle comme si elle provenait d'un œdème des parties sous-jacentes à la peau; et quand on la comprimait avec le doigt, on ne rencontrait pas de résistance, et il ne restait aucune inégalité. La peau était mince et glissait librement sur le muscle orbiculaire, aussi n'était-il pas facile de saisir entre le doigt et le pouce un pli de cette couche musculaire; quand on y parvenait cependant, la sensation était celle d'un tissu cellulaire redondant et lâche en dessous et non celle d'une tumeur. Le renversement de la paupière laissait voir la con-

¹ 1. *London Journal of medicine*, novembre 1849, n° 14.

jonctive et le tissu sous-jacent dans leur état naturel. Le globe était sain sous tous les rapports. Une minutieuse enquête sur les fonctions en général démontra que le sujet était d'une excellente santé. Il raconta que cette tumeur était venue graduellement des deux côtés ensemble pendant les trois mois précédents, sans douleur et sans qu'il en eût le sentiment, et qu'il en fut d'abord averti par les remarques de ses amis. Un matin, le mal avait tellement empiré qu'il n'avait pu ouvrir les paupières en s'éveillant; mais cet accident n'avait pas eu de suites, et maintenant depuis quelques semaines l'affection a été telle que je l'ai fait voir. Il semble que c'est un œdème partiel, symétrique des paupières dont la cause est cachée.

« Dans mon incertitude, je prescrivis d'abord quelques purgatifs et un bain de vapeur aux paupières, puis des diurétiques. Mais les conditions restant les mêmes, je fis passer quelques fils minces à travers la tumeur, d'un côté seulement, comme exploration et je les laissai dedans une semaine, espérant qu'il pourrait s'ensuivre quelque condensation de tissus le long de leur trajet; mais quand ils furent retirés, la tumeur resta la même, seulement les téguments étaient plus rouges. Le malade a, depuis trois mois, pris, d'après les avis du docteur Farre, des remèdes altérants avec une diète strictement régulière sans aucun résultat.

« Pendant mon absence de la ville, en septembre, l'ami qui avait vu mes malades, lui avait donné

l'iodure de potassium et avait appliqué la teinture d'iode sur les paupières gonflées, et je continuai à mon retour, en laissant de côté la teinture qui semblait accroître la tuméfaction en attirant plus de sang à la peau.

« En novembre, il était absolument comme en février précédent, il y avait la même rougeur et le même volume à la peau et la même sensation aux parties; ni sensibilité, ni démangeaison, la santé était bonne.

« Les essais faits jusque-là n'ayant point réussi à guérir la tumeur, ils furent tous mis de côté, et j'attendis jusqu'au printemps pour voir si par le temps il ne surviendrait aucune amélioration spontanée. A la fin d'avril le jeune homme se présenta de nouveau. Il était exactement dans le même état qu'avant. Je me déterminai en conséquence à pratiquer l'opération de l'entropion en la modifiant, et à enlever, non pas seulement une ellipse horizontale des téguments sur la partie la plus avancée de la tumeur, mais aussi une portion correspondante du muscle orbiculaire et du fascia qui le suit, de manière à tâcher de réunir les téguments avec les parties sous-jacentes qui semblent le siège principal de la maladie.

« Le 4 mai, j'opérai sur le côté gauche; une portion des téguments fut soulevée avec la pince à entropion et coupée avec des ciseaux dans une étendue des deux tiers de la largeur horizontale de la paupière et un tiers de son épaisseur verticale.

L'orbiculaire ainsi découvert était sain et fut enlevé à peu près dans la même étendue, par le moyen de la pince ordinaire et des ciseaux. Un fascia cellulaire dense se présenta alors dans l'ouverture. Ce fascia ayant été enlevé à son tour, une masse de graisse ressemblant à la graisse naturelle de l'orbite, environ de la grosseur d'une amande, tomba dans l'ouverture et je l'enlevai immédiatement; elle n'était pas complètement serrée par une capsule de tissu aréolaire qui l'entourait, mais était divisée en pelotes ou petits lobes qui se mouvaient librement; c'est pourquoi elle n'avait pas l'aspect d'une tumeur graisseuse. Après son extraction, comme il n'y avait point d'autre tissu à enlever, je fermai la plaie par des sutures et j'eus la satisfaction de voir la guérison se faire en quatre jours avec une presque complète guérison de la difformité. Une quinzaine après, sur la demande du malade, je pratiquai précisément la même opération sur le côté droit et avec le même résultat. Après avoir coupé le fascia sous-musculaire, une pelotte de graisse apparut et je la re-tranchai.

« Quand la plaie fut guérie, la difformité fut même plus complètement détruite que de l'autre côté, parce qu'on avait mis plus de soin à couper le lambeau de tégument enlevé. Deux mois après les paupières ne présentaient aucune trace de la maladie. »

Les symptômes du lipôme orbitaire sont ceux de presque toutes les tumeurs extra-orbitaires bénignes : l'exophthalmos est le plus important. L'œil

sort petit à petit de l'orbite. Quelquefois direct, l'exophthalmos est le plus souvent oblique. Puis apparaissent les troubles de la vue, qu'entraînent le tiraillement du nerf optique et la déviation de l'axe de l'œil. On comprendra, du reste, que nous insistions à peine sur la symptomatologie et le diagnostic d'une affection dont nous n'avons pu recueillir que deux faits. L'ablation de la tumeur, suivant les règles que nous indiquerons plus loin, compose tout le traitement.

CHAPITRE XI.

CANCER DE LA CAVITÉ ORBITAIRE.

Le cancer de la cavité orbitaire, n'a point fait l'objet d'une étude spéciale. On n'en trouve dans les auteurs que des mentions rapides à propos des affections de l'orbite. Cependant le sujet mérite de fixer sérieusement l'attention.

Nous avons déjà vu que des tumeurs cancéreuses pouvaient venir de différents points envahir la cavité orbitaire; nous avons vu que les parois de cette cavité pouvaient elles-mêmes être le point de départ primitif de cette affection. Nous allons maintenant voir que les tissus contenus dans l'orbite lui-même, en dehors de l'œil, ne sont pas à l'abri de cette dégénérescence.

Travers, déjà, avait bien observé que le fond de l'orbite pouvait donner naissance au cancer. Depuis ce savant chirurgien, les faits confirmatifs de cette observation n'ont pas manqué; mais la coordination de ces faits, l'exposition d'ensemble restent à faire.

Toutes les variétés du cancer : le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde, le mélanique peuvent se rencontrer et ont été observés dans l'orbite.

Ces diverses productions morbides peuvent y

être primitives ou consécutives. Primitives, le mot l'indique assez, quand dès l'abord, le cancer s'y développe : consécutives, quand elles se produisent par envahissement direct, ou par repullulation du cancer de l'œil, lors même que cet organe a été enlevé.

Il est malheureusement vrai que la repullulation du cancer dans le fond de l'orbite, après l'extirpation d'un œil cancéreux, est un fait commun. Il suffit de lire pour s'en convaincre, les travaux de Scarpa, de Panizza, et ce que M. Guersant a écrit sur ce sujet.

Le cancer de l'orbite peut avoir son origine dans le nerf optique lui-même, au centre de ce nerf ou à la périphérie : « Zimmermann statue posse nasci
« e nervi optici aut centrali parte aut e periphe-
« rica..... — Ex 48 morbi historiis, Gunther,
« quæ ex diversis auctoribus congregavit, sæpissime
« nervum opticum *focum* mali fuisse elucet¹. »

On trouve dans une thèse allemande de Schæffner l'observation et le dessin d'un cas de dégénérescence cancéreuse du nerf optique. « In nostro
« quidem casu, in nervo optico ubi per laminam
« scleroticæ cribrosam bulbum penetrat, focum
« parasiti fuisse, et sectione probatur, ejusque
« imagine satis elucere videtur².... »

Scarpa, Wardrop, Saunders, Maunoir, Shayer, Eliason, Panizza ont observé la même chose.

1. *Recueil de thèses allemandes*, Mürhy, Göttingue, 1833.
2. *Recueil de thèses allemandes*, Schæffner.

Middlemore, M. Roux ont recueilli des observations semblables.

Sur un malade dont l'histoire se trouve dans le journal de Schmidt¹, et qui subit l'extirpation de l'œil pour un exophthalmos datant de deux années, exophthalmos qui avait paru sans douleurs et sans cause déterminée, on voit que l'affection s'était développée dans la substance du nerf optique. Le névrilème de celui-ci était très-distendu, et formait très-manifestement l'enveloppe extérieure de la tumeur. Les milieux de l'œil étaient parfaitement sains, et son volume apparent n'était dû qu'à la pression qu'il avait subie d'arrière en avant.

Sur 23 cas de cancer observés par M. Lebert, 7 s'étaient développés dans l'orbite, 5 dans le nerf optique².

D'autres fois c'est le névrilème qui a servi de point de départ.

« Dans le musée de M. Heaviside, dit Wardrop, il y a une préparation du nerf optique d'un œil amaurotique, dans lequel une tumeur d'un volume considérable s'élève du névrilème³. »

Dans un cas observé par Middlemore, la tumeur squirrheuse avait pris naissance dans la gaine du nerf optique⁴.

1. Schmidt Jahrbücher, t. I, p. 352.

2. Lebert, *Malad. cancer.*, p. 841.

3. Wardrop, *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, vol. II.

3. *Gazette médicale*, 1838.

Rognetta, dans ses annotations à l'ouvrage de Scarpa¹, cite le fait suivant, qui s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gerdy :

« Jeune homme, exophtalmie descendante, tumeur intra-orbitaire appréciable à la paupière supérieure. Ablation en conservant le globe de l'œil. Guérison. La dissection de cette tumeur montra une masse bosselée, du volume d'une noix, à tissu lardacé ou squirrho-cancéreux, ayant une forme granuleuse comme la substance du foie, et ramollie sur plusieurs points. La tumeur émanait de la gaine du nerf optique et s'étendait entre les muscles releveur de la paupière et droit supérieur. »

Le cancer du tissu cellulaire de l'orbite se rencontre aussi :

« Un sculpteur² de trente-six ans subit l'ablation de l'œil pour une exophtalmie grave. A la dissection, on trouva que le tissu cellulaire de l'orbite avait été remplacé par une masse squirrho-cancéreuse à l'état d'infiltration. Le nerf optique n'avait été privé de ses fonctions que par la compression que lui avait fait subir la tumeur. La sclérotique était aussi hypertrophiée et squirrheuse dans son hémisphère postérieur. »

MM. Velpeau, O'Ferral ont rapporté des observations analogues.

On a vu le cancer se développer sur le périoste et la glande lacrymale être envahie.

1. Scarpa, *Maladies des yeux*, annotées par Rognetta.

2. *Clinique*, Roux, Boyer, 1831.

Il a été question des tumeurs cancéreuses du périoste au chapitre des tumeurs des parois de l'orbite ; les affections de la glande lacrymale trouveront place un peu plus loin.

On comprendra facilement que si, à un certain moment, on peut distinguer quel est l'organe qui a été primitivement affecté, il arrive une époque où, la plupart du temps, il n'existe plus qu'une masse cancéreuse dans laquelle il est impossible de découvrir quel a été le point d'origine.

Le globe oculaire, primitivement étranger à l'affection morbide, peut plus tard être envahi par elle.

Dans le cas que j'ai cité de M. Roux, l'hémisphère postérieur de la sclérotique était hypertrophié et squirrheux. Pour M. Lebert¹, cette communication du dehors en dedans est rare, excepté quand le cancer a pour point de départ le nerf optique.

Ordinairement, un seul orbite à la fois est pris ; cependant, on trouve dans le journal de Schmidt² et dans différents recueils, des exemples d'encéphaloïde des deux cavités orbitaires.

J'ai dit qu'on retrouvait dans l'orbite toutes les variétés du cancer.

Les observations que je citais il y a un instant, à propos des tumeurs cancéreuses, émanant de la

1. Lebert, *Malad. cancéreuses*, p. 846.

2. Schmidt *Jahrbücher*, t. 34, p. 90.

gaine du nerf optique et le fait de M. le professeur Gerdy, étaient des cas de squirrhe.

Je dois toutefois exprimer le regret, surtout pour les tumeurs encéphaloïdes, de n'avoir point trouvé dans les observations qui ont été publiées, de détails d'anatomie pathologique. Les observateurs semblent avoir porté exclusivement leur attention sur les symptômes présentés par les malades, sur les caractères extérieurs de la tumeur; les descriptions sont fort incomplètes, quant à la structure des produits morbides enlevés. La plupart du temps on se borne à dire: « c'était une masse squirrheuse¹; — c'était un encéphaloïde des mieux caractérisés². » Le fait que j'ai emprunté au journal de Schmidt appartient à cette variété du cancer. Une fois seulement, je note: « qu'un peu de fluide crémeux sortant par la pression de la tumeur extirpée, ayant été mis sous le champ du microscope, offrait tous les caractères assignés par Muller aux tissus de mauvaise nature³. »

Le fait suivant, pris dans le service de M. Roux, pourrait peut-être appartenir au cancer gélatineux⁴:

« Un enfant de treize ans, d'une bonne constitution, présente depuis quatre ans une exophthalmie actuellement considérable. La vision est abolie,

1. Sprengel, *Histoire de la médecine*, t. VIII, p. 32.

2. O'Ferral, *Union médicale*, 1848.

3. O'Ferral, *Union médicale*, 1848.

4. *Bulletin de thérapeutique*, 1844, t. XXVII, p. 25.

quoique l'œil soit intact en apparence, le globe oculaire fut enlevé en même temps que la tumeur, et l'examen de la pièce fit voir derrière ce globe une tumeur sphéroïdale, rougeâtre, lisse dans toute sa surface, et embrassant le nerf optique qui est perdu dans son épaisseur. Le tissu de cette tumeur est mollasse, uniforme, et comme gélatineux. L'impossibilité où l'on fut de retrouver aucune trace du nerf optique au centre ou à la périphérie de la tumeur, fit admettre que celle-ci était constituée par une altération essentielle de ce nerf, dont les divers éléments avaient subi une sorte de dégénérescence gélatiniforme. »

Les deux observations suivantes, dues à M. Giralès et à M. Raimbert, sont des cas de cancer mélanique. Dans celle de M. Giralès, la tumeur s'est bien évidemment développée primitivement dans l'orbite, puisque le globe de l'œil a pu être conservé; l'autre est consécutive. Le malade a été opéré deux fois, mais la seconde récurrence entraîna la mort.

« Un jardinier, âgé de cinquante-sept ans¹, d'une bonne constitution, porte à l'orbite du côté gauche une tumeur assez volumineuse. Il y a sept ans, il perdit l'œil du même côté, à la suite d'une inflammation de cet organe. Deux ans après, 1837, il reçut sur la paupière inférieure un coup. Il fut renversé par la violence du choc, et obligé de

1. *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. III, p. 232.

garder le lit pendant deux jours. En 1839, picotements dans l'œil, apparition d'une tumeur qui augmente graduellement de volume, sans que la douleur suive une marche croissante.

« En 1841, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme ordinaire. Ce fut alors que le malade fut opéré. L'œil fut respecté et la tumeur enlevée; quand on l'incisa pour l'examiner, elle laissa échapper une matière noirâtre, épaisse comme de l'encre de Chine, analogue au pigment de la choroïde. Le malade était guéri au bout de quinze jours. »

M. Giralès a bien voulu m'apprendre, ces temps derniers, que le malade était mort deux ans après, dans une récurrence de l'affection dont il l'avait débarrassé une première fois.

« T...¹, âgé de cinquante-neuf ans, entra à Bicêtre, le 10 décembre 1837. Le malade présente une dégénérescence cancéreuse de l'œil droit. L'affection a débuté, il y a deux ans, par des démangeaisons vives dans l'œil malade, puis des fongosités se développèrent. Au mois d'août 1836, ces fongosités furent enlevées. Elles repullulèrent. Au mois de janvier 1837, le malade se présenta à la clinique; et M. Cloquet lui enleva l'œil malade. La guérison n'eut pas lieu; et le 12 novembre 1837, la tumeur avait acquis le volume d'un gros poing. Le 27, le malade mourut.

1. *Bulletin de la Société anatomique*, 1838, p. 190.

« La tumeur se présenta, à l'autopsie, sous la forme d'une masse noirâtre, dont les deux tiers débordent la base de l'orbite; le reste remplit complètement la cavité orbitaire, et se prolonge jusqu'à la selle turcique. Elle est formée d'un tissu de couleur noire, bistre foncé dans le tiers postérieur, et noir bistre, grisâtre ou rougeâtre, disposée par groupes irréguliers dans les deux tiers antérieurs. Elle est parcourue dans tous les sens par des cloisons fibro-celluleuses, entre lesquelles se trouve infiltrée la matière qui donne à la masse cancéreuse les différentes couleurs que nous venons de signaler. La consistance n'est pas la même partout : dans le tiers postérieur et surtout supérieurement, elle est pulpeuse et communique aux doigts sa couleur; dans les deux tiers antérieurs, elle est au contraire d'une densité assez considérable en certains points, faible en d'autres. »

Sur les sept cas de cancer de l'orbite, vus par M. Lebert¹, trois étaient des cancers mélaniques; il y en avait un exemple seulement dans les cinq cas de cancer du nerf optique, recueillis par le même auteur.

Quand il ne s'est développé que consécutivement dans l'orbite, le cancer a offert déjà à son origine des signes de son existence; aussi l'appareil symptomatique diffère-t-il un peu dans ce cas des phénomènes initiaux du cancer primitif de la

1. Lebert, *loco citato*.

cavité orbitaire; c'est-à-dire que les phénomènes qui se produisent du côté de cette cavité se viennent ajouter aux symptômes déjà existants.

L'affection se développe-t-elle primitivement dans l'orbite, les premiers phénomènes perçus par le malade sont une douleur obtuse dans l'œil, puis tantôt des picotements, tantôt des démangeaisons. Le malade d'Astruc accusait une sensation d'engourdissement; celui de M. Maisonneuve un sentiment pénible de tension. Peu à peu les douleurs augmentent et deviennent plus vives; la vue n'éprouve aucune modification.

Les douleurs plus ou moins vives n'existent pas constamment. Si on lit attentivement les observations que j'ai empruntées, la première au Journal de Schmidt, la seconde au *Bulletin de thérapeutique*, on verra que, dans ces deux faits, il n'y a point eu de douleurs au début; les troubles de la vision ont été les phénomènes initiaux. Mais dans ces deux cas, c'est le nerf optique seul, il est vrai, qui était le siège de la dégénérescence. Les douleurs ont paru ensuite. Dans deux observations de O'Ferral, il n'y a pas eu non plus de douleurs au commencement, mais bien des troubles du côté du sens de la vue. Ne pourrait-on pas penser que, dans ces cas aussi, le nerf optique a été le point de départ de la maladie, et que les parties environnantes n'ont été prises qu'un peu plus tard, et par envahissement direct?

Quand ces douleurs existent déjà depuis quelque

temps, un peu plus ou un peu moins, le globe oculaire subit un déplacement dont le sens varie d'après le point d'origine du produit morbide. L'exophthalmos peut être presque direct; la plupart du temps toutefois l'œil est à la fois poussé en avant et vers un point de la base de la cavité orbitaire, et bientôt une tumeur apparaît et se développe. Dans le cas de M. Giraldès, la tumeur faisait saillie à l'extérieur, au-dessous du globe oculaire, qu'elle avait repoussé en haut, de telle sorte qu'elle représentait une espèce de cône dont l'œil occupait la base à la partie supérieure.

Appliqué sur cette tumeur, le doigt éprouve tantôt la sensation d'un corps résistant et dur, tantôt il perçoit une sorte de fluctuation qui rend le diagnostic difficile. Cette sensation de fausse fluctuation donnée par le tissu encéphaloïde n'est pas rare d'ailleurs : j'aurai à y revenir à propos du diagnostic. On y a ressenti quelquefois des battements qui ont induit en erreur des chirurgiens expérimentés. J'en citerai un exemple un peu plus loin.

Rien de plus varié du reste et de plus difficile à apprécier que les sensations fournies par une tumeur, qui n'est accessible que par une faible étendue, et que par un de ses côtés.

En même temps que se fait l'apparition de cette tumeur, que devient le sens de la vue? MM. Maisonneuve, O'Ferral, Velpeau, Gerdy, l'ont vu rester intact; mais ordinairement la vue s'altère, s'affaiblit.

faiblit, l'amaurose arrive ; ce qui doit tenir à l'envahissement du nerf optique par le cancer, ou bien à la compression que la tumeur exerce sur ce nerf. Les mouvements de l'œil sont gênés ; à une période plus avancée, les muscles sont paralysés par destruction de leurs nerfs, ou parfois leurs fibres propres sont elles-mêmes envahies.

Il est des cas où le malade n'éprouve que les phénomènes résultants de l'exophthalmos : tiraillement du nerf optique, diplopie, et troubles divers.

L'affection marche graduellement : la tumeur chaque jour prend un volume plus considérable ; la vue diminue, et, si elle n'est pas perdue déjà, se perd ; les paupières, étrangères d'abord aux désordres qui se produisent, sont envahies à leur tour ; elles s'enflamment, s'ulcèrent. Quand la tumeur est recouverte à la fois par la peau et la conjonctive, comme cela se présente en certaines circonstances, l'ulcération gagne, et nous avons sous les yeux alors une vaste plaie suppurante, fongueuse, qui donne lieu à des hémorrhagies abondantes.

« Une femme, âgée de soixante-deux ans, devint sujette à des migraines ; elle sentit un engourdissement autour de l'orbite, qui gagna tout le côté droit de la tête ; elle ressentit des élancements considérables dans l'œil du même côté, quoiqu'il parût sain ; mais cet œil devint peu à peu louche, et si fort saillant, que dans six mois il fut chassé de l'orbite vers le sinus sourcilier, après avoir perdu totalement la vue et le mouvement.

« Tous ces accidents furent occasionnés par une tumeur dans l'orbite, qui ne paraissait d'abord que comme une petite dureté assez légère, mais qui, en augmentant peu à peu, fut au bout de trois ans la cause de la mort de la malade.

« Les symptômes qui accompagnaient ce mal étaient des hémorrhagies excessives par le nez et des menaces fréquentes d'inflammation au cerveau ; mais les plus incommodes furent la perte presque totale de la vue, la surdité et la difficulté de la déglutition.

« Après la mort de la malade, on l'ouvrit pour reconnaître la cause d'une maladie si singulière. On trouva que la tumeur de l'orbite droite s'élevait de six à sept lignes au-dessus du nez, qu'elle avait repoussé du côté gauche; qu'elle remplissait la moitié de l'orbite et avait forcé l'œil d'en sortir; qu'elle descendait jusqu'aux alvéoles, qu'elle avait tellement gonflées, que la mâchoire supérieure débordait sur l'inférieure de plus d'un pouce; enfin, que la voûte du palais en était aplatie, et que les alvéoles du côté gauche commençaient à s'engorger.

« Cette tumeur pénétrait jusqu'au dedans de la tête, où elle s'élevait de l'épaisseur d'une noix, depuis la selle du Turc qu'elle avait détruite, jusqu'à l'apophyse pierreuse du temporal et au grand trou spinal de l'occipital, dont elle avait rongé près d'un tiers de la circonférence.

« Elle avait fondu et converti en sa propre sub-

stance tous les nerfs, les vaisseaux et les membranes qui s'étaient rencontrés sur sa route, et ce n'était qu'une même masse qui pénétrait depuis la joue jusqu'au cerveau.

« La substance de cette tumeur était compacte et de couleur blanchâtre, semblable à celle du vieux fromage de Hollande. Elle devenait moins dure et moins blanche en approchant du cerveau, où elle paraissait être de la même couleur et de la même consistance que les glandes ordinaires. » (Astruc, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 190.) Les douleurs augmentent sans cesse d'acuité; le sommeil devient impossible; les digestions s'altèrent. Souvent des phénomènes cérébraux se déclarent, soit qu'une inflammation se développe dans les méninges, soit que l'affection se propage dans la cavité crânienne elle-même, comme le fait d'Astruc, que je viens de rapporter, l'établit. Cette propagation du cancer dans le crâne, par les ouvertures naturelles de l'orbite, est fréquente dans les récives¹. Des manifestations cancéreuses se produisent dans les régions circonvoisines; et le malade, épuisé par les souffrances, la suppuration, les hémorrhagies, succombe avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Les causes du cancer sont, dans l'orbite comme dans le reste de l'économie, à peu près inconnues, et ne diffèrent en rien des causes générales du can-

1. Scarpa, annoté par Rognetta.

cer. L'hérédité est loin d'avoir été établie dans les observations qui ont été publiées. On a pu, dans quelques cas, constater une violence extérieure, à la suite de laquelle l'affection aurait paru ; mais, la plupart du temps, les observateurs sont muets à cet égard. Je citerai plus loin une observation de M. Lenoir, observation qui est un des plus beaux exemples des tumeurs cancéreuses multiples.

Le cancer, en général, présente quelquefois une marche insolite que l'on a rencontrée aussi dans le cancer de l'orbite.

M. Maisonneuve¹ eut à donner ses soins à un malade qui, opéré par Blandin, au mois de juillet 1839, d'un cancer de l'orbite, avait vu la tumeur repulluler au bout de cinq mois et s'était confié à M. Monod. Huit jours après son entrée à la maison de santé, la tumeur diminuée, finit par disparaître, et le malade sortit n'éprouvant plus ni gêne, ni douleur, et ayant recouvré tous les mouvements de l'œil.

Mais, trois mois après, les symptômes avaient reparu. Ce fut alors qu'il entra dans le service de M. Maisonneuve, qui extirpa la tumeur en conservant le globe oculaire, et le malade sortit guéri peu après. L'examen de la pièce confirma le diagnostic qui avait été porté d'un cancer encéphaloïde.

1. *Gazette des hôpitaux*, 1841, 2 mars.

Si une affection cancéreuse se présentait souvent avec cette marche insolite, il faut avouer que le diagnostic serait difficile à établir, et les antécédents du malade, une première opération subie, seraient des éléments bien précieux pour en reconnaître la nature; mais cette évolution du cancer est rare. Ce n'est pas à dire, pourtant, que le diagnostic du cancer de l'orbite ne présente pas de graves difficultés.

Le début, je ne parle pas des récidives, bien entendu, est toujours obscur. Les douleurs, qui sont la première manifestation de la maladie, ne peuvent être invoquées comme caractère certain; elles existent dans presque tous les autres cas de tumeur orbitaire. Si les causes de l'amaurose n'étaient pas si variées, peut-être pourrait-on tirer quelques indications utiles de la perte de la vision quand celle-ci apparaît au début. Mais, presque toujours, il faut le dire, le diagnostic est impossible à ce moment. Les antécédents du malade, les affections de nature cancéreuse qui ont existé dans sa famille, pourront servir à baser des hypothèses, des probabilités, mais non pas une certitude.

L'exophthalmos, produit par le cancer des éléments contenus dans la cavité orbitaire, ne diffère en rien de la propulsion de l'œil causée par les autres tumeurs de l'orbite.

Quand la tumeur vient à faire saillie à l'extérieur, le diagnostic offre encore de très-grandes difficultés. La marche de l'affection, le mode de

développement, tous les symptômes antérieurs devront être scrupuleusement examinés.

On pourrait confondre cette tumeur avec une tumeur osseuse. Mais habituellement le cancer ne présentera pas la résistance, la dureté de l'exostose.

Elle pourra simuler un abcès, un kyste, etc. Pour l'abcès qui aura succédé au phlegmon de l'œil, la marche rapide de l'affection servira de caractère différentiel. Il n'en sera pas de même de l'abcès reconnaissant pour cause une carie. Peut-être la circonstance d'une violence antérieure, comme cause productrice, pourrait-elle dans ce cas éclairer le diagnostic, si on n'avait pas vu quelquefois le cancer reconnaître une cause occasionnelle semblable.

L'examen de la tumeur elle-même nous donnera-t-il quelques signes certains ?

Les veines qui l'entourent sont développées. Si quelquefois on y perçoit une mollesse qui tient le milieu entre la dureté de l'exostose et la fluctuation du kyste, il arrive souvent aussi qu'on a la sensation d'une véritable fluctuation, alors qu'il n'y a pas de liquide, mais bien une tumeur encéphaloïde. La fluctuation elle-même n'est pas toujours perçue dans le cas de l'existence d'un kyste. Aussi, pour lever les doutes, n'y aura-t-il qu'un moyen sûr, une ponction exploratrice qui apprendra si on a affaire ou non à un kyste.

Il est enfin certains cas où l'erreur est presque impossible à éviter ; le cancer, en effet, peut être

tellement vasculaire que la tumeur soit le siège de battements, de bruits de souffle qui peuvent tromper complètement sur la véritable nature de l'affection.

Ces battements, dans les tumeurs cancéreuses, ne sont pas extrêmement rares. Quand, au mois de septembre dernier, j'étais chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Boyer, j'eus l'occasion de faire la désarticulation de l'épaule droite, sur un malade qui portait vers le tiers supérieur de l'humérus une de ces tumeurs pulsatiles avec bruits de souffle : cessation des battements et du bruit de souffle par la compression de l'artère sous-clavière, qu'on m'avait conseillé de lier, tous les signes d'une tumeur sanguine osseuse étaient évidents. L'examen de la pièce me démontra que je ne m'étais pas trompé sur la nature de la production morbide.

Quant au cancer de l'orbite, J. L. Petit y a observé des battements¹, et je ne puis m'empêcher de consigner ici le fait suivant, qui a été observé par un de nos chirurgiens les plus distingués, M. Lenoir. Dans ce cas, les caractères de la tumeur étaient si nets qu'il semblait qu'il ne dût pas y avoir place pour un doute : pulsations, bruit de souffle que la compression de la carotide primitive faisait disparaître ; en un mot tous les signes des tumeurs anévrysmatiques existaient. Cette artère fut liée,

1. J. L. Petit, *Maladies des os*, p. 221.

la tumeur parut s'affaïsser, puis la diathèse cancéreuse se déclara, des manifestations multiples parurent en différents points. La malade mourut, et l'examen après la mort révéla le caractère véritable de l'affection orbitaire.

OBSERVATION. — « Le 14 février 1851, entra à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 7, la nommée Remy, âgée de vingt-six ans. Il y a un an au mois de janvier elle fit une chute en descendant son escalier; s'étant évanouie, elle ne sait trop comment elle est tombée : ayant repris connaissance, elle ressentit une violente douleur de tête, principalement vers la nuque; elle dit n'avoir point perdu de sang, ni par le nez ni par l'oreille. Elle s'aperçut seulement qu'elle avait le côté gauche de la face paralysé. Il y a quatre mois, la paupière supérieure gauche devint proéminente; elle était soulevée, comme tuméfiée. Peu à peu elle augmenta de volume, l'œil fut chassé de l'orbite, et la tumeur gagna la fosse temporale.

« A son entrée, l'œil gauche et la partie environnante représentaient une tumeur à base large, à sommet saillant. Ce sommet correspond à l'angle externe des paupières; les bords en sont bien limités. L'œil, repoussé de l'orbite, fait sur cette tumeur une saillie considérable. Il jouit d'ailleurs de tous ses mouvements, et la vue n'est pas troublée; seulement le cours continuel des larmes l'empêche de fixer longtemps le même objet. Aucune douleur, ni dans l'orbite ni dans la tempe; mais cépha-

lalgie assez vive, bourdonnement d'oreille, qu'elle compare au bruit d'un rouet. La tumeur est légèrement bleuâtre; lorsqu'on la presse sous la main, on sent manifestement des pulsations isochrones aux battements de l'artère carotide primitive. Quand on comprime ce vaisseau, tout battement cesse dans la tumeur, qui devient moins tendue, plus molle, et semble s'affaïsser. La pression, même forte, ne détermine aucun phénomène cérébral. On entend dans la tumeur un susurrus léger.

« Le 6 mars on pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive gauche un peu au-dessous de sa bifurcation; immédiatement les battements cessèrent et la tumeur s'affaïssa un peu.

« Peu de jours après les douleurs parurent dans l'orbite; mais ni le bruit de rouet ni le susurrus ne reparurent dans la tumeur.

« Le 10 avril, la tumeur augmente de volume; le 5 mai, la cornée se perfore, les pulsations n'ont pas reparu; le 11 mai une tumeur apparaît au mollet avec fluctuation profonde, battements bruit de souffle, qui cessent par la compression de la fémorale.

« La malade traîne ainsi ses souffrances jusqu'au 31 décembre, où elle meurt, sans que les battements eussent reparu du côté de l'orbite.

« A l'autopsie, on trouva dans cette région une saillie du volume du poing, grisâtre, divisée transversalement en deux lobes inégaux : les os frontal malaire et maxillaire supérieur sont repoussés en

dehors; ils ont été en partie envahis par le produit morbide. A la coupe la tumeur présente une surface rougeâtre; certains points sont ramollis et laissent échapper à la pression un liquide épais. Les vaisseaux sont très-petits, mais assez nombreux. Le microscope fait reconnaître dans ce tissu l'élément cancéreux.

« Un prolongement s'étendait dans la fosse zygomatique, l'œil était atrophié, les muscles étaient conservés à l'état normal, le nerf optique très-allongé.

« Chez cette malade on trouva, en outre, une tumeur encéphaloïde dans la cavité crânienne, entre le trou déchiré postérieur, le trou occipital, le sinus latéral et une ligne qui irait de la base du rocher au pourtour du trou occipital. Le lobe antérieur et le lobe moyen du cerveau contiennent une tumeur semblable; une autre se trouve dans le centre ovale, une quatrième dans le lobe postérieur. Le cervelet en renferme une dans son épaisseur.

« Les deux poumons sont remplis de petites masses cancéreuses, dont le volume varie entre celui d'une noisette et le volume d'une noix. La tumeur du mollet gauche est également cancéreuse. »

Le pronostic du cancer de l'orbite est extrêmement grave, comme celui de toute affection cancéreuse qui tend à envahir un jour ou l'autre toute l'économie. Les organes qui environnent la cavité orbitaire et qui sont sans cesse menacés de l'invasion : les fosses nasales, le globe de l'œil, et prin-

ciatement le cerveau, rendent le pronostic plus grave encore. Enfin, et par-dessus tout, la facilité désespérante avec laquelle il repullule, alors même que toutes les précautions ont été prises pour ne laisser aucune partie malade, peut difficilement laisser quelque espoir de guérison et surtout d'une guérison durable. Sur le malade dont on trouve l'histoire à la page 143 du *Bulletin de la Société anatomique* de l'année 1839, le cancer a récidivé deux fois, et la seconde récidive a été suivie de la mort du malade. On trouve dans le même recueil un autre fait semblable. Chez tous les malades dont j'ai pu recueillir les observations, ou bien l'observateur ne dit pas ce qu'est devenu le patient ou bien il dit : « Jusqu'à ce moment pas de reproduction, » ce qui prouve, en tout cas, que presque aucun n'a confiance dans une guérison radicale. Il faudrait, pour être certain de la guérison, revoir le malade, un an, deux ans après la première opération, et souvent on l'a perdu de vue dans l'intervalle.

Enlever le produit morbide le plus tôt possible, telle est en général la règle à suivre par le chirurgien; mais une question préalable se présente, comment doit-on agir à l'égard du globe oculaire? Question délicate et digne d'attention.

Ou bien l'œil est malade et perdu; ou bien la vision, quoique troublée, persiste encore; dans le premier cas, il n'y a point à hésiter, devenu inutile, le globe oculaire doit être enlevé, que la maladie

s'y soit primitivement ou consécutivement développée.

Lorsque le globe oculaire n'est pas attaqué, la question d'intégrité ou de perte de la vue s'offre encore; car la cécité peut n'être que symptomatique, soit de la compression subie par le nerf optique, soit d'inflammation, d'affections diverses indépendantes du cancer. Dans ce cas, si l'on ne peut espérer que la vision se rétablisse, il faudrait se demander encore, si l'on ne doit point laisser en place le globe oculaire, quoique inutile à la fonction visuelle, pour servir de support à un œil artificiel.

Si la vision, bien que troublée, s'exerce encore, et que l'on puisse garder l'espérance de voir cette fonction se rétablir, on doit chercher à conserver l'œil; c'est ce qu'ont fait avec succès MM. Velpeau, Gerdy, Blandin, Maisonneuve, O'Ferral, etc. A plus forte raison devra-t-on agir de la sorte, lorsque les troubles visuels sont de faible importance; mais dans le cas où la vision est perdue doit-on agir de même? Sans nul doute, lorsque le malade, par sa position sociale, est appelé à vivre dans le monde, il y a grand intérêt pour lui à cacher sous un œil artificiel la difformité qu'il présente; mais alors, sera-t-on sûr, toujours, de l'intégrité du nerf optique? Les difficultés et la lenteur d'une opération semblable, les douleurs qu'elle entraîne, les chances augmentées d'une récurrence, ne compensent-elles pas au delà le mince bénéfice d'une pareille manière d'agir? En tous cas, quel que soit le parti

auquel il s'arrête, une fois l'affection bien reconnue, le chirurgien ne doit plus hésiter, et opérer le plus tôt possible.

Cependant, quelque soins qu'on ait apportés à l'extirpation de la tumeur, les récidives, disons-le, sont fréquentes et rapides. J'en ai déjà cité quelques exemples. Wardrop opéra plusieurs fois des cancers récidivés, M. Jobert (de Lamballe) possède un cas de cancer de l'orbite pour lequel la malade fut opérée neuf fois. Jusques à quand le chirurgien devra-t-il tenter la guérison? Quand devra-t-il s'arrêter? La question est difficile à résoudre. Je dirai seulement qu'il devra renoncer à proposer l'opération quand la constitution aura été envahie, quand des ganglions voisins auront été pris, quand des manifestations cancéreuses se seront développées autour de l'orbite; mais jusque-là il peut, et dans certains cas, lorsque, par exemple, les douleurs continuelles et atroces subies par le malade vont hâter la mort, il doit poursuivre l'affection avec autant de persévérance qu'elle met de ténacité à se reproduire.

Je parlerai plus loin du mode opératoire.

CHAPITRE XII.

TUMEURS GAZEUSES.

Les tumeurs gazeuses de l'orbite sont constituées par l'introduction et le séjour de l'air dans le tissu cellulaire de l'orbite. Ce phénomène se produit ordinairement à la suite de quelque solution de continuité dans les voies lacrymales; dans ce cas, si le sujet fait des efforts pour se moucher, l'air passe d'abord dans le sac lacrymal, et de là par la solution de continuité dans le tissu cellulaire intra-orbitaire qui s'infiltré et dont les cellules se gonflent.

L'existence de cette espèce de pneumatocèle, quoique rare, est cependant certaine. M. Desmarres (*Ann. d'oculist.*, t. XIV, p. 97), et M. Jarjavay (*Compendium de chirurgie*, 44^e livr., t. III, p. 400), en citent des exemples qui ne permettent aucune espèce de doute. Voici comment s'exprime M. Desmarres : « Aussitôt que le malade pressait son nez entre ses doigts pour se moucher, et que l'air était poussé dans le canal nasal, on voyait l'œil gauche projeté en avant dans une étendue d'un centimètre et demi au moins poussé par l'air qui s'introduisait en arrière du globe à chaque effort du malade pour se moucher. Dès que la

compression des narines cessait, le globe reprenait sa place et se trouvait au niveau de son congénère. En même temps qu'il était poussé en avant, l'œil était dirigé de haut en bas et de dehors en dedans et il y avait de la diplopie. Lorsque l'on cachait l'autre œil, à ce moment la vision double cessait immédiatement, et l'image perçue était unique et distincte; elle se déplaçait seulement et suivait la direction de l'organe. »

Nous trouvons, dans l'ouvrage inédit de M. Desmarres, un second fait ainsi conçu : « Un coup de poing appliqué sur l'œil gauche d'un employé de l'hospice de Bicêtre, qui vint me consulter en 1848, avait rompu le sac lacrymal; il se produisit aussitôt un emphysème énorme de toute la paroi antérieure de l'orbite. Dans le but de me montrer comment il faisait à volonté passer de l'air dans la tumeur, le malade se moucha fortement en comprimant les narines : instantanément les paupières et le pourtour de l'orbite grossirent et devinrent d'un bleu noir ecchymotique, comme si on avait poussé une injection colorée dans ces tissus. »

Il résulte de ces deux faits : 1° que l'emphysème du tissu cellulaire intra-orbitaire peut produire l'exorbitisme; 2° que si du sang se trouve extravasé sur le passage de l'air, il peut être entraîné par celui-ci et colorer les tissus.

M. Malgaigne a rapporté (*Expérience*, année 1842, p. 406) l'observation du docteur Jahn dans laquelle il est question d'un individu atteint d'em-

physème général, et chez lequel les paupières supérieures avaient la grosseur d'une pomme, et les yeux eux-mêmes étaient emphysémateux et saillants hors des orbites.

L'observation publiée par M. Jarjavay démontre que l'emphysème ne se borne pas toujours aux mailles celluleuses du tissu intra-orbitaire, mais qu'il peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire du front et de la tempe. La tumeur était accompagnée d'exophthalmos, et s'étendait de la queue du sourcil droit vers l'angle supérieur de l'occipital sur une longueur de vingt-trois centimètres et sur une largeur de vingt et un centimètres. Ce malade avait eu, dès l'âge de neuf ans, des douleurs dans la région frontale; à dix-huit ans, il fit une chute d'un grenier sur le sol, où il resta sans connaissance; depuis lors il perdit l'odorat; il ne donna du reste aucun renseignement précis sur les autres accidents qui résultèrent de cette chute. A vingt-quatre ans, des douleurs plus vives et une tuméfaction se développèrent à l'apophyse orbitaire externe. Un peu plus tard l'exorbitisme se déclara, et l'œil droit s'abaissa au-dessous du niveau de l'œil gauche. La tumeur était uniforme, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, rénitente, résonnant sous la percussion, sans douleur sous la pression; si on la déprime, elle revient aussitôt à sa forme. On peut la faire disparaître en la comprimant, et alors l'oreille appliquée sur la tumeur entend un sifflement proportionné au degré

de pression. Le même sifflement avait lieu quand le malade se mouchait.

Une ponction est pratiquée dans la tumeur avec un trois-quarts ; et aussitôt des gaz s'échappent par la canule, et on voit la peau se déprimer. Par la pression, on établit un courant d'air qui peut être perçu avec la main. La tumeur revint bientôt à son volume ordinaire.

Une seconde ponction amena les mêmes résultats. Cependant la tumeur resta plus petite ; une incision d'un centimètre, pratiquée près de la racine des cheveux, fut suivie d'une violente inflammation et d'un abcès qu'on ouvrit près du sourcil. A la suite de cette opération, la guérison du malade eut lieu.

L'histoire de l'emphysème du tissu orbitaire est tout entière dans ces faits. On voit, en effet, se produire une tuméfaction élastique et rénitente, crépitant sous la pression ; il s'ensuit la protrusion plus ou moins grande du globe oculaire, la diminution de la tumeur sous la pression avec la sensation d'un déplacement de fluides.

Le diagnostic ne peut offrir de grandes difficultés. En effet, comme l'infiltration de l'air a lieu presque toujours à la suite d'une rupture des voies lacrymales, le passage de l'air dans l'orbite, pendant que le malade se mouche, est un signe pathognomonique ; il en est de même de la crépitation particulière perçue sous la pression.

Cette affection n'est nullement grave par elle-

même. Toutefois, si elle est le résultat de fractures et de désordres considérables des parois de l'orbite, elle participe à la gravité de ces désordres.

Le traitement à opposer à cette affection consiste en une issue artificielle donnée au gaz infiltré. On doit y revenir jusqu'au recollement des parties molles, si elles sont seules intéressées, et jusqu'à la consolidation des fractures, si ce sont elles qui ont été la cause de la maladie. Il faut surtout que le malade évite tout effort d'expiration.

CHAPITRE XIII.

NÉVRÔMES.

Quoique, à proprement parler, les névrômes développés sur les nerfs de la cavité orbitaire ne soient pas des tumeurs de l'orbite, si on ne considère comme telles que les affections qui ont pour conséquence la propulsion de l'œil hors de la cavité qui le renferme, j'ai cru cependant devoir en parler ici pour ne rien négliger de ce qui peut rentrer dans mon sujet.

Jusqu'ici le névrôme n'a été rencontré dans les nerfs orbitaires que dans les cas de névrômes multiples. Tel est le cas qui fait l'objet d'un mémoire présenté à la Société de chirurgie par M. Houel¹. Chez le malade qu'il a examiné, les nerfs optiques étaient exempts de névrômes, mais la troisième paire, dans sa portion oculaire, présente plusieurs de ces petites tumeurs; le ganglion ophthalmique et les filets ciliaires sont le siège de plusieurs de ces renflements.

Dans le rapport que fit M. Lebert sur le travail dont je viens de parler, l'auteur cite un cas dans lequel le nerf oculo-moteur commun présente des

1. *Mémoires de la Société de chirurgie.*

deux côtés de nombreux névrômes; le ganglion ophthalmique est hypertrophié, et les nerfs ciliaires présentent quelques petits renflements. La troisième paire, dans sa branche ophthalmique, est le siège de nombreux névrômes.

Dans la dixième observation, le ganglion ophthalmique avait doublé de volume.

Dans la quinzième, M. Lebert rapporte les faits suivants : le nerf optique présente un léger renflement à son entrée dans la sclérotique; le ganglion ophthalmique est aussi affecté. Les nerfs moteur oculaire commun et moteur externe présentent de nombreux névrômes sur leurs branches.

La symptomatologie des névrômes développés sur les différents nerfs de l'orbite n'a point été indiquée dans les observations dont il vient d'être question, je crois donc pouvoir et devoir me borner à signaler l'existence de cette affection dans la région dont les tumeurs font l'objet de ce travail.

CHAPITRE XIV.

TUMEURS GOMMEUSES.

Les éléments que j'ai pu réunir sur ce sujet ne sont pas bien concluants. Cependant, il est assez commun, si j'en juge par les cas que j'ai recueilli de voir l'exophthalmos être la suite d'affection syphilitique sévissant sur l'orbite; mais, dans ce cas, il est difficile de dire si ce sont les os qui sont pris ou le périoste; et bien que le traitement confirme la nature de l'affection, il y a toujours la question du siège qui est difficile à déterminer. Cependant, dans un cas qui m'a été communiqué par M. Ricord, dont l'expérience sous ce rapport est si considérable, il ne me paraît point douteux que cet habile chirurgien n'ait eu affaire à une tumeur gommeuse. Il s'agit d'un officier supérieur traité pour des accidents syphilitiques tertiaires, et qui présentait une saillie considérable des deux yeux. Le développement de cette difformité n'avait été précédé d'aucune sensation particulière. Au bout de quelque temps, il survint un gonflement des paupières avec légères douleurs inflammatoires, puis du pus se fit jour à l'extérieur; il ressemblait à celui des tumeurs gommeuses. Le malade n'éprouvait ni dans les yeux ni dans la tête

aucune douleur, mais seulement un peu de gêne. La vue était intacte. L'iodure de potassium triompha du mal. Ce qui fit croire à M. Ricord qu'il avait affaire à une tumeur gommeuse, et non à une affection des parois de l'orbite, c'est que les maladies syphilitiques des os ou du périoste sont toujours précédées ou accompagnées de douleurs ostéocopes caractéristiques, tandis qu'ici la maladie avait marché sans développer aucune sensation morbide, si ce n'est à la période où la peau s'enflamma, comme cela a lieu dans les tumeurs gommeuses sous-cutanées.

CHAPITRE XV.

TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE.

Nous réunissons ici toutes les affections de la glande lacrymale qui donnent lieu au développement d'une tumeur, bien que plusieurs d'entre elles aient été étudiées déjà dans les chapitres précédents. Ces affections sont : l'hypertrophie, l'inflammation et les abcès, les kystes et le cancer.

I. HYPERTROPHIE DE LA GLANDE LACRYMALE.

Cette maladie est excessivement rare; elle peut être congénitale ou acquise.

Hypertrophie congénitale. — Nous ne connaissons que l'observation suivante :

Hypertrophie congénitale de la glande lacrymale et de ses canaux excréteurs, par Gluge.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans et demi. Une tumeur avait été remarquée dès la naissance dans la région de la glande lacrymale gauche. Elle augmenta progressivement de volume, et s'étendit en se ramifiant au front, à la tempe, à la paupière supérieure. L'œil était chassé en bas et en dedans, et faisait saillie entre les paupières.

L'extirpation fut pratiquée, en juillet 1849, par M. Cunier.

La tumeur avait le *volume total d'un œuf de poule*. On y voyait deux substances, dont l'une, lobulée et composée de granulations du volume d'une tête d'épingle, jaune blanchâtre. Ces granulations étaient entourées de tissu cellulaire, et formées par des vésicules glandulaires qui, groupées ensemble, constituaient un lobule de la glande. La face interne des vésicules était tapissée de cellules épithéliales, qui devenaient visibles sous un fort grossissement. L'autre, composée de canaux, qui se subdivisaient, lisses, d'un rouge pâle, arrondis, présentant après leur section une ouverture centrale, de deux à six millimètres de diamètre. On y remarquait quelques dilatations en ampoule¹.

Hypertrophie acquise. — Cette maladie nous paraît avoir été confondue souvent avec ce qu'on décrit sous le nom de squirrhe de la glande lacrymale. Son histoire est à peine ébauchée. Tout ce qu'on a écrit sur ce sujet se réduit à la note suivante communiquée par M. Lebert à M. Desmarres, qui a bien voulu nous la transmettre :

Hypertrophie acquise.

Cette maladie très-rare n'a point encore été décrite dans les traités de chirurgie et d'ophthalmo-

1. *Ann. d'ocul.*, t. XXIII, p. 146.

logie; cependant je ne doute pas que l'affection décrite sous le nom de squirrhe de la glande lacrymale n'ait été souvent, tout simplement, une hypertrophie. Beer¹, dans son excellent *Traité des maladies des yeux*, décrit le squirrhe de la glande lacrymale sous le nom de xérophthalmos, et il résulte de ses descriptions qu'il a confondu le véritable carcinôme et l'hypertrophie simple, car il dit que cette maladie est fort grave lorsqu'elle passe à l'état cancéreux; il ajoute que si, au contraire, cette dégénération n'avait pas lieu, et si on n'y touchait pas, le malade pourrait porter une tumeur de ce genre pendant de longues années, ce que le célèbre ophthalmologiste dit avoir observé plus d'une fois. Nous trouvons dans la 17^e livraison de l'*Atlas pathologique* de Gluge une observation qui paraît se rapprocher de la nôtre, mais qui est trop incomplètement rapportée pour ne pas laisser quelque doute.

Le fait que nous allons rapporter est par conséquent le seul de ce genre, qui ait été étudié d'une manière assez complète sous le rapport chimique, anatomique et microscopique. Nous ne donnons qu'un très-court extrait de l'observation, qui sera publiée avec la planche dans la grande *Iconographie pathologique* de M. Lebert.

« Le 22 octobre 1851, M. Chassaignac a présenté à la Société de chirurgie une malade âgée de vingt-

1. *Loco citato*, t. II, p. 246.

six ans, atteinte d'exophtalmie de l'œil droit, par suite d'une tumeur qui pousseait l'œil de l'orbite en avant et en dedans, et on sentait très-distinctement une tumeur dure, élastique, saillante, arrondie sur toute la moitié supérieure, externe et inférieure de l'orbite. La tumeur point douloureuse, du reste, n'était pas mobile ; la malade s'était aperçue de la proéminence anormale de l'œil dès l'âge de vingt ans ; dès lors, dans l'espace de six ans, la tumeur s'est lentement accrue, l'exophtalmie a fait des progrès, et la vision a été peu à peu abolie ; un bruissement sourd et continu s'entendait à l'auscultation de cette région, et la malade elle-même l'éprouva de temps en temps, surtout aux époques menstruelles. Le 28 octobre, M. Chassaignac fit l'extirpation de cette tumeur qui s'étendait profondément dans l'orbite, tout en ménageant complètement l'œil qui a pu être remplacé et prendre son aspect normal.

« La tumeur fraîche avait environ trente-cinq millimètres de long sur deux centimètres de large, et à peu près autant d'épaisseur. Elle était presque conique aux deux extrémités dont l'une constituait une espèce de pédicule de cinq à six millimètres de long sur trois à quatre de large. La forme de la tumeur se rapprochait beaucoup de celle du testicule ; extérieurement, elle était entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse peu vasculaire. Sur une coupe fraîche, on constate un aspect grenu, rougeâtre, ayant la ressemblance la plus frappante avec la structure

des glandes en grappes; à la pression, on obtient de nombreux grumeaux qui, sous le microscope, se montrent être des culs-de-sac glandulaires; avec de faibles grossissements microscopiques, on voit bien la réunion de ces culs-de-sac allongés en groupes et lobules. Les canaux terminaux sont allongés et varient entre un et demi et un demi-millimètre de largeur. Avec de forts grossissements, on reconnaît leur membrane propre, finement grenue, recouverte de fibres, très-ténues, éloignées les unes des autres. A sa face interne, on voit beaucoup de noyaux d'épithélium de $\frac{4}{200}$ de millimètre, renfermant un ou deux nucléoles punctiformes, on ne voit qu'un petit nombre de cellules rondes de $\frac{4}{400}$ de millimètre; mais un grand nombre de corps allongés cylindriques cunéiformes, de $\frac{4}{20}$ de millimètre de longueur sur $\frac{4}{130}$ à $\frac{4}{120}$ au plus de large, leur intérieur est homogène et opalescent. L'acide acétique ainsi que la solution de potasse ne les altère point, et tout me fait croire qu'il s'agit là de cellules d'épithélium cylindrique à la fois carni- fiées et infiltrées d'une substance qui offre l'aspect opalescent de la graisse.

« Il résulte de l'ensemble de ces détails qu'il s'agit d'hypertrophie de la glande lacrymale; l'extension de la tumeur vers la partie inférieure et externe du plancher orbitaire pourrait faire supposer que l'hypertrophie a pris son point de départ dans la partie inférieure de la portion de la glande qui a été si bien décrite par Monro, et que les anato-

mistes allemands ont appelée glande lacrymale de Rosenmüller; d'un autre côté, la position anormale de la tumeur n'exclurait nullement la possibilité d'une hypertrophie de la glande lacrymale dans sa totalité, qui, à mesure qu'elle prenait des dimensions plus considérables, s'est étendue davantage en bas, en avant et en dedans. »

Nous citerons encore l'observation suivante, tirée des *Annales d'oculistique*¹, comme paraissant se rapporter à notre sujet :

Hypertrophie de la glande lacrymale. — Extirpation.

« David Gilson, âgé de dix-neuf ans, d'une santé robuste, avait un exophthalmos de l'œil droit; le 29 novembre 1843, le début remontait à quatre mois, à la suite d'une égratignure avec une aiguille à l'angle inférieur de la conjonctive.

« L'œil, déplacé en bas et en avant, était projeté sur l'os malaire; la paupière inférieure renversée. — On sentait une tumeur située au bord supérieur de l'orbite, adhérente à l'os et dure. La conjonctive était légèrement enflammée, la peau saine. — Pas de douleurs. Conservation de la vue.

« 7 décembre. — Extirpation de la tumeur.

« Elle était du volume d'une châtaigne, dure, ovale, un peu mamelonnée, et enveloppée d'une membrane fibreuse. Elle avait une structure uni-

1. T. XIX, p. 246.

formément granulée, et était traversée par quelques cloisons fibreuses.

« La guérison se fit sans accidents. »

II. INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE (DACRYODÉNITE).

Elle se présente à l'état aigu ou à l'état chronique.

L'*inflammation aiguë* est très-rare, et Beer ne l'a rencontrée qu'un petit nombre de fois. Elle a son siège dans le tissu cellulaire, qui unit entre eux les lobules ou *acini* de la glande lacrymale.

Étiologie. — Schmidt¹ dit ne l'avoir observée que sur des sujets de sept à dix-neuf ans; elle se montre de préférence chez des sujets scrofuleux, à la suite de refroidissements, de coups sur la tempe, de blessures de la partie externe de l'orbite. Suivant Todd², cette maladie accompagne souvent les ophthalmies, dans lesquelles elle passe inaperçue, bien que ce soit elle qui produise les douleurs au front et à la tempe, la pesanteur et surtout le larmolement, phénomènes ordinaires de ces maladies.

Symptômes. — Rien ne distingue ces symptômes de ceux d'un phlegmon partiel de l'orbite. Voici comment les décrivent les auteurs :

Le mal débute par une douleur gravative à la région temporale, au niveau de la glande lacrymale. Cette douleur augmente par les mouvements

1. *Loc. cit.*, p. 133.

2. *Mélanges de chirurgie étrang.*, p. 393.

du globe oculaire et de la paupière supérieure, ce qui les rend très-pénibles, surtout les mouvements en dehors. La sécrétion des larmes est augmentée au début, supprimée ensuite. Bientôt la douleur s'aggrave; elle s'étend au crâne, dans le fond de l'orbite, à toute la face. On voit apparaître alors, au côté externe de la paupière supérieure, une tumeur rouge et tendue, très-douloureuse à la pression, et qui comprime l'œil et finit par le refouler en avant et en bas. La conjonctive est injectée autour d'elle et forme un chémosis œdémateux autour de la cornée; la paupière supérieure se tuméfie; elle devient d'un rouge foncé, dure, brillante. La vue s'affaiblit; il survient de la photophobie, des visions lumineuses. Enfin des symptômes généraux, la fièvre, l'insomnie, des troubles cérébraux peuvent survenir et faire craindre une issue funeste.

Lorsque le phlegmon passe à la suppuration, ce qui est le plus ordinaire, les douleurs prennent une nouvelle acuité. Du troisième au sixième jour, le malade éprouve quelquefois de petits frissons irréguliers, et dès lors la fluctuation ne tarde pas à devenir évidente.

Dans l'*inflammation chronique* qui, suivant Todd, n'affecte que les enfants scrofuleux, la glande est encore tuméfiée, mais les douleurs sont moindres et ne consistent que dans une gêne des mouvements. La suppuration se fait beaucoup plus lentement que dans la forme aiguë.

Terminaison. — La résolution s'obtient rarement ; la suppuration est ordinaire ; lorsque le pus a trouvé une issue au dehors, il reste quelquefois une fistule, soit que l'inflammation ait déterminé une altération des os de l'orbite, soit que la glande ait été intéressée par l'instrument tranchant. — Schmidt déclare ces fistules incurables ; Beer, au contraire, dit être parvenu à les tarir en cautérisant leur trajet avec une aiguille rougie au feu.

Le *pronostic*, le *diagnostic*, et le *traitement* des inflammations de la glande lacrymale ne présentent rien que nous n'ayons dit à l'article *phlegmon de l'orbite*. — On conseille d'ouvrir les abcès de bonne heure, pour les empêcher de fuser dans le fond de l'orbite.

III. KYSTES.

Ces tumeurs paraissent être assez rares ; Beer dit n'en avoir observé que trois fois¹. Sauf leur situation particulière, qui détermine la propulsion de l'œil en dedans et en bas, leur histoire rentre tout à fait dans la description générale que nous avons donnée des kystes de l'orbite. Schmidt² explique leur formation par l'accumulation du produit sécrétoire de la glande qui distend une des vacuoles du tissu cellulaire inter-lobulaire ; il admet aussi que leur accroissement est très-rapide, ce qui

1. *Loc. cit.*, p. 597.

2. *Loc. cit.*, p. 74.

dépendrait de l'activité fonctionnelle de la glande lacrymale.

Des kystes séreux et des kystes hydatiques ont été le plus souvent observés dans la région de la glande lacrymale.

Le malade commencerait par éprouver de la sécheresse dans l'œil, et une douleur sourde à la partie interne du bord supérieur de l'orbite.

Si la maladie marche rapidement, la compression de l'œil et l'exorbitisme rapide donnent lieu, suivant Schmidt, à la somnolence et à des phénomènes apoplectiques¹.

D'après Schmidt, le pronostic des kystes de la glande lacrymale, qu'il confond avec les hydatides, serait excessivement grave, et rarement on parviendrait à les guérir radicalement. — Une cure palliative, c'est-à-dire la cessation des accidents, pourrait seule être obtenue par la ponction ; mais la maladie se reproduirait inévitablement. Dans tous les faits que nous avons recueillis, nous n'avons rien vu qui confirmât ces assertions du professeur allemand : le traitement doit donc être le même que celui de tous les autres kystes de l'orbite.

IV. CANCERS.

Il existe peu d'observations concluantes de cancer ayant affecté isolément la glande lacrymale ;

1. Voir l'observ. de Schmidt, déjà citée.

lorsque celle-ci est envahie, le point de départ de l'affection a été le plus souvent dans l'un des organes voisins. Les cancers de la glande lacrymale peuvent coexister avec des kystes, comme dans l'observation d'A. Bérard¹.

Ce que Beer et ceux qui ont écrit avant lui ont dit de l'influence d'une inflammation préexistante sur le développement d'un cancer, ne peut plus être soutenu de nos jours. Il est à remarquer que la plupart des observations de squirrhe de la glande lacrymale se rapportent bien plutôt, comme l'a fait observer Mackenzie, à d'autres affections, telles que des hypertrophies de cet organe, ou à des engorgements suite d'un travail phlegmasique. Ce qui le prouve, c'est la rareté des récidives à la suite de l'extirpation.

La *symptomatologie* semble avoir été faite bien plus *a priori* que d'après des faits bien observés. Il existe, dit-on, au début de l'affection, de l'épiphora, avec gêne et douleur à la partie supérieure externe de l'orbite. Une tumeur dure, bosselée, indolente, se montre ensuite au niveau de la glande lacrymale; plus tard elle devient le siège de douleurs lancinantes, elle acquiert tellement de volume qu'elle déprime l'œil, le chasse de l'orbite, trouble et abolit ses fonctions, et peut enfin dilater et perforer les parois orbitaires; enfin elle se ramollit, contracte des adhérences avec la paupière supé-

1. *Ann. d'ocul.*, t. XII, p. 257.

rière, et l'ichor se fait jour au dehors. Cette dernière période ne me paraît pas avoir été observée. C'est qu'en effet tous les auteurs disent que le ramollissement se fait souvent très-longtemps attendre. L'œil le plus souvent s'enflamme, suppure et se vide.

Le *diagnostic* ne devient possible que lorsque la tumeur est palpable; encore faut-il avoir soin de la distinguer des autres tumeurs de la glande lacrymale. L'hypertrophie se reconnaîtra à son indolence, à la lenteur de son développement, à l'absence de phénomènes de cachexie cancéreuse. Les kystes pourront aisément être distingués par leur élasticité et leur état fluctuant.

Terminaison. — La mort peut résulter de la compression exercée par la tumeur¹ sur les organes voisins, notamment le cerveau; elle peut aussi être la suite de l'abondance de la suppuration, qui amène l'épuisement. Quand l'art intervient à temps, on peut espérer une guérison exempte de récurrence.

L'*extirpation* est le seul moyen de traitement applicable à cette maladie.

1. Voir Mackenzie, p. 71.

CHAPITRE XVI.

ÉTILOGIE.

Il résulte de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer sur les tumeurs orbitaires, que nous avons peu de chose de précis et de général à dire sur l'étiologie de ces sortes de maladies. Cependant nous voyons, dans quelques cas, que certaines affections exanthémateuses paraissent avoir une espèce d'influence sur leur développement. On ne peut nier que la syphilis n'exerce son action sur la cavité orbitaire comme partout ailleurs. Il ressort aussi, des faits cités par MM. Sichel et Desmarres, que les affections du cœur et du corps thyroïde ne seraient peut-être pas sans influence sur la production des hypertrophies du tissu cellulaire. Les chutes, les coups, toutes les violences portées sur la région orbitaire ont été invoquées comme causes productrices de certaines tumeurs de l'orbite.

Il faut l'avouer, tout cela est vague et incertain. Sous quelle influence se développent les tumeurs fongueuses sanguines? Nous avons bien signalé, dans l'article qui leur est consacré, leur coïncidence avec l'état de gestation et avec certaines violences extérieures; mais, il faut le dire, ce n'est là qu'une coïncidence et rien de plus. Notre igno-

rance n'est pas moins grande à propos des kystes et des cancers. Nous avons bien vu dans l'anatomie une cause prédisposante aux kystes, mais la cause déterminante nous échappe. Quant aux cancers, en dehors de la disposition constitutionnelle de l'individu, nous n'avons aucun fait précis. Reste le phlegmon, sur lequel certaines causes ont paru avoir une influence directe assez tranchée.

CHAPITRE XVII.

SYMPTÔMES.

Dès que les tumeurs orbitaires ont acquis un certain volume, elles exercent leur action : 1° sur les éléments contenus dans l'orbite ; 2° sur les parois de cette cavité ; 3° sur les régions circonvoisines.

L'influence des tumeurs intra-orbitaires sur les éléments contenus dans l'orbite peut s'exercer sur le globe oculaire, sur les nerfs qui traversent la cavité orbitaire, sur les muscles, les vaisseaux qui s'y rencontrent, de là des symptômes particuliers inhérents à chacune de ces parties.

Dès que le produit morbide se développe, l'œil tend à sortir de la cavité où il est logé. L'exophthalmos est rarement direct, l'œil est porté en haut ou en bas, en dedans ou en dehors. Cette déviation du globe oculaire doit être soigneusement examinée, car c'est elle qui indiquera le plus souvent non-seulement le siège, mais le point de départ des tumeurs qu'on observe. Il en est un certain nombre qui, à cet égard, ont une action bien déterminée, telles sont les affections de la glande lacrymale qui porteront le globe oculaire en bas et en dedans.

Dans cette action des tumeurs sur la déviation

de l'axe oculaire, il y a un fait qui ressort des observations que nous avons compulsées, c'est que le malade est souvent affecté de diplopie.

M. Bérard, comme nous l'avons vu à propos des kystes, a cherché à rendre compte de certains phénomènes qui tiennent à la compression que la tumeur exerce sur le globe oculaire, comme la presbytie et la myopie.

Le nerf optique est-il comprimé, une amaurose complète ou incomplète peut en être la conséquence. Si au contraire c'est sur les nerfs moteurs que la pression se fait sentir, elle amènera la gêne et l'abolition des mouvements de l'œil d'abord, et enfin la paralysie de l'iris et d'autres accidents que nous avons déjà signalés à propos du phlegmon. Il est un fait qui nous a vivement frappé dans le cours de ce travail, c'est que souvent l'œil dont les fonctions avaient été longtemps plus ou moins troublées, presque anéanties même, pouvait revenir à son état physiologique dès que la tumeur avait été enlevée.

Des douleurs vives, cela résulte des faits qui précèdent, peuvent être la conséquence du développement des tumeurs orbitaires. Ces douleurs peuvent souvent s'expliquer par la nature des produits morbides, mais dans d'autres circonstances elles tiennent à des causes variées. La compression des branches de la cinquième paire peut amener des douleurs névralgiques intolérables, il en était ainsi sur le malade de M. Roux.

D'autres fois les douleurs sont liées à un état maladif de l'organe de la vision. Tant que ce dernier n'est affecté que d'exophthalmos léger, qu'il est encore recouvert par les paupières, il reste complètement intact; mais si l'exorbitisme est tel que les paupières se renversent, le globe oculaire s'enflamme, les douleurs deviennent atroces et elles continuent jusqu'à ce que l'œil soit arrivé à une fonte complète ou que le chirurgien ait débarrassé l'orbite du produit qui l'avait envahi et produit l'exophthalmos.

Les troubles que la présence d'une tumeur apporte dans la circulation de la cavité orbitaire ne sont pas moins fréquents. Que la veine ophthalmique soit comprimée et bientôt nous verrons apparaître une tuméfaction des paupières, l'injection de ces téguments et de la conjonctive, comme cela résulte des faits cités par Ammon. Souvent, il faut le dire, cette vascularisation tient au produit morbide, à sa nature; cela s'observe dans le cancer et dans les tumeurs fongueuses sanguines.

Parmi les phénomènes offerts par la circulation, il en est qui, bien observés par les chirurgiens, leur ont permis de porter un diagnostic précis et d'établir une thérapeutique rationnelle. Telles sont les pulsations dont les tumeurs orbitaires peuvent être le siège. Ces pulsations perçues par les malades et par le chirurgien cessent par la compression de la carotide primitive. C'est là un fait d'une grande valeur; il indique la présence d'une tumeur vascu-

laire incontestable, sur la nature absolue de laquelle ne peut pas toujours se prononcer en présence du fait observé par M. Lenoir.

D'autres phénomènes pathologiques sont encore liés à la présence de tumeurs intra-orbitaires, telles sont la sécrétion abondante de larmes, leur suppression, dont Schmidt a voulu faire dans certains cas le signe pathognomonique des tumeurs de la glande lacrymale.

Limitée d'abord aux éléments de la cavité orbitaire, l'action des tumeurs de l'orbite en prenant un accroissement considérable s'exerce bientôt sur les parois. Tantôt celles-ci se laissent déprimer, d'autres fois elles s'usent, se perforent, et le produit pathologique arrive jusque dans la cavité crânienne, comme cela résulte du fait observé par Delpach, ou dans les cavités voisines.

On comprend de quel intérêt il est pour le chirurgien d'avoir des notions exactes à ce sujet afin qu'il ne porte point une main téméraire sur des tumeurs qu'à raison de leur volume et de leurs complications il aurait dû respecter. Dans certains cas, l'étude attentive de la tumeur, des phénomènes généraux et locaux présentés par le malade pourra mettre sur la voie.

Les phénomènes de voisinage ne sont pas moins intéressants à signaler, ce sont des céphalées plus ou moins graves qui tiennent souvent à la cause première, tel était le malade observé par Hamilton. D'autres fois, c'est la tumeur qui a pénétré dans

la cavité encéphalique et qui détermine des accidents de ce côté. Dans certaines circonstances, ce sont des douleurs névralgiques dans les régions environnantes, dans d'autres, des phénomènes généraux réactionnels intimement liés à la nature de l'affection. Ces accidents généraux peuvent n'être que consécutifs aux progrès du mal et aux accidents qu'il détermine.

Tous ces phénomènes peuvent exister avant que la tumeur soit accessible à l'œil et au doigt du chirurgien.

Dès que la tumeur commence à faire saillie à l'extérieur, l'exploration de la cavité orbitaire pourra permettre de percevoir des signes plus précis.

Au lieu de la résistance molle, élastique que perçoit normalement la main du chirurgien quand il tente de refouler le globe oculaire au fond de l'orbite, on éprouve une sensation de résistance et de dureté causée par la présence du produit morbide.

Ce refoulement de l'œil au fond de la cavité orbitaire permet encore au chirurgien, dans le cas de tumeur liquide profondément placée derrière le globe oculaire, de faire passer ce liquide en avant, sur les côtés, et d'en rendre ainsi l'existence plus évidente, et la sensation de dureté, même de fluctuation sera d'autant plus nette que l'œil sera plus fixé et plus refoulé en arrière.

J'ai parlé plus haut des sensations de batte-

ments, des divers bruits que peuvent offrir ces tumeurs.

Il importe enfin que le chirurgien explore tout le pourtour de la cavité orbitaire afin de s'assurer si aucune tumeur n'aurait pris naissance aux dépens des parois elles-mêmes.

CHAPITRE XVIII.

DIAGNOSTIC, MARCHÉ, PRONOSTIC ET TERMINAISON.

A propos de chacun des chapitres de cette thèse consacré à l'étude d'une classe des tumeurs de l'orbite, nous nous sommes efforcés de donner tous les signes à l'aide desquels il était possible, dans l'état actuel de la science, d'arriver au diagnostic de ces tumeurs. Dans le chapitre précédent nous avons résumé les signes généraux des tumeurs orbitaires. On comprendra sans doute que nous n'insistions pas longuement sur le diagnostic des tumeurs de l'orbite. Les tumeurs gazeuses, les tumeurs sanguines ont des signes distinctifs qui ne permettent de les confondre que rarement avec d'autres. Quant à l'hypertrophie ou à l'infiltration du tissu cellulaire, si on tient compte des circonstances qui l'amènent, ainsi que de sa marche et de ses symptômes, il sera facile d'arriver à le reconnaître. Les phlegmons et les abcès ont aussi des phénomènes assez tranchés pour que le chirurgien ne les méconnaisse pas. Lorsque le cancer est assez avancé, son diagnostic devient facile; mais au début, quand il n'a point encore envahi les parties, il peut, comme toutes les autres tumeurs solides, présenter des difficultés; et comme dans

l'intérêt du malade il importe d'agir, et que la thérapeutique n'est pas la même si on a affaire à un produit solide, ou à un produit liquide, le chirurgien, avant d'entreprendre une opération, fera une ponction exploratrice, à l'aide de laquelle il pourra arrêter définitivement le procédé opératoire auquel il devra recourir. Il n'importe pas seulement que le chirurgien ait reconnu la nature de la tumeur à laquelle il doit s'attaquer, il faut encore qu'il détermine son point d'origine. Nous avons insisté trop longuement sur ce point à propos des tumeurs extra-orbitaires, des parois orbitaires, des sinus frontaux, pour que nous y insistions ici de nouveau. Nous n'insisterons pas davantage sur le sens suivant lequel se produit l'exorbitisme; cela a été détaillé longuement, aux chapitres sur le phlegmon, les abcès, l'induration du tissu cellulaire et les kystes.

Que dire en général, sur la marche, le pronostic et la terminaison des diverses espèces de tumeurs que nous avons décrites? N'avons-nous pas, à propos de chacune d'elles, exposé tout ce qui était afférent à son sujet? Ce serait donc tomber dans des répétitions que de revenir sur chacune de ces tumeurs et d'indiquer actuellement ce que nous avons fait plus longuement ailleurs.

CHAPITRE XIX.

TRAITEMENT.

Dans les chapitres précédents, où chaque espèce de tumeur a trouvé une description spéciale, nous avons insisté sur le traitement qui convenait à chacune d'elles. Il ne nous reste plus qu'à parler des procédés opératoires à l'aide desquels on peut arriver à faire disparaître les produits morbides qui se sont développés dans la cavité orbitaire.

Tout ce que je vais dire ne se rapporte point aux tumeurs extra-orbitaires qui viennent faire saillie dans l'orbite, puisque leur apparition dans cette région n'est qu'une complication d'affections diverses étrangères à la cavité orbitaire, ainsi que je l'ai dit, et qu'elles ne réclament d'autre traitement que celui de la maladie qui les a produites.

Les produits liquides, comme ceux qui remplissent le foyer d'un abcès ou la cavité d'un kyste, peuvent être évacués à l'aide d'une ponction faite par un trocart ou par un bistouri. Si, dans certains cas, cette simple ponction peut être suffisante pour guérir un abcès, elle est généralement insuffisante pour amener la disparition d'un kyste, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Les incisions par lesquelles on arrive à ouvrir plus ou moins largement la cavité des tumeurs liquides, et celles qui sont nécessaires pour parvenir à extraire de la cavité orbitaire des produits pathologiques solides, peuvent être divisées en deux grandes classes : 1° les incisions qui intéressent la cavité oculo-palpébrale ; 2° les incisions qui portent sur la peau, la muqueuse étant respectée.

On comprend que si une tumeur peu volumineuse solide vient soulever la conjonctive, elle puisse être enlevée à l'aide d'une incision qui diviserait la membrane muqueuse dans le point où elle recouvre la tumeur. (L'ouverture palpébrale serait préalablement agrandie si cela était nécessaire.) A plus forte raison peut-on, par cette voie, donner issue au liquide d'un kyste et d'un abcès. Le procédé opératoire que l'on pourrait appeler conjonctival, ne manque pas cependant d'offrir quelques inconvénients.

Quelle que soit la nature du produit enlevé, la cavité qui le renfermait s'enflammera, donnera lieu à un écoulement de pus plus ou moins abondant. L'œil, en contact continu avec ce pus, pourra s'enflammer et de graves accidents en être la conséquence.

De plus, quand la cicatrisation définitive s'opérera, n'est-il pas à craindre qu'une adhérence plus ou moins étendue ne se forme entre la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale, et qu'il ne

surviennent dans les mouvements de l'œil une gêne plus ou moins notable?

Dans quelques cas d'abcès à marche aiguë qui viennent faire une saillie bien marquée au grand angle de l'œil, peut-être pourrait-on avec avantage les ouvrir à travers la conjonctive?

Les procédés opératoires les plus importants par lesquels on se donne accès dans l'orbite en incisant la peau sont au nombre de deux.

Remarquons tout d'abord que, quel que soit celui auquel il donne la préférence, le chirurgien doit avoir présentes à l'esprit certaines notions anatomiques importantes : il peut en effet intéresser, à la partie interne, le sac lacrymal; en haut, le tendon du grand oblique; en dehors et en haut, l'appareil sécréteur des larmes; en bas, l'insertion du petit oblique.

Des deux procédés employés pour pénétrer dans la cavité orbitaire, l'un consiste à fendre verticalement les paupières, l'autre à pratiquer une incision courbe suivant le bord de l'orbite.

Par le premier, quand la section verticale des paupières est faite, la conjonctive oculaire est disséquée, détachée, les lambeaux formés par les paupières sont relevés pour la paupière supérieure, abaissés pour l'inférieure, et le chirurgien procède à l'ablation de la tumeur d'après la marche que nous indiquerons plus loin.

C procédé opératoire a ce double inconvénient d'exposer au symblépharon d'une part, et de l'autre

au coloboma. Pour ces raisons, à moins de circonstances particulières qui se présentent si souvent dans la pratique de la chirurgie, je préférerais le procédé attribué à Acrel, bien qu'il expose à une certaine rétraction *des paupières*.

Celui-ci consiste à pratiquer à la base des paupières une incision curviligne. L'ouverture qui en est le résultat donne un facile accès, et, quelle que soit leur nature, toutes les tumeurs orbitaires peuvent être attaquées par cette voie. C'est là le procédé généralement préféré et suivi par les chirurgiens.

Lorsque la tumeur à enlever est mise à découvert, il faut, qu'on veuille l'extirper tout entière ou en partie seulement, comme cela a lieu quelquefois pour les kystes, il faut, dis-je, détruire les adhérences de la masse morbide avec le globe oculaire et les parties circonvoisines.

Cette dissection, pour ne pas léser les parties, se fera autant que possible avec le manche d'un scalpel ou tout autre instrument mousse.

Cela fait, on saisit la tumeur par la partie postérieure et on l'amène au dehors en la faisant basculer d'arrière en avant, ou exerçant sur elle des tractions directes.

Les prolongements de la tumeur, les adhérences intimes qu'elle peut avoir contractées avec le globe oculaire rendent souvent ce temps de l'opération long et difficile.

Nous avons indiqué ailleurs les cas dans lesquels le chirurgien pouvait être forcé de sacrifier le globe

oculaire et de l'enlever avec la tumeur, nous n'y reviendrons pas ici.

Il arrive souvent que la masse pathologique adhère tellement aux parois de l'orbite, qu'il est presque impossible de l'en détacher complètement. Dans ce cas, après avoir enlevé ce qu'on peut enlever, et avoir débarrassé la cavité orbitaire, si on a sacrifié l'œil, on détruira par les caustiques les restes de l'affection. Dans le cas de cancer, quelques chirurgiens ont poursuivi avec la rugine dans les parties osseuses le reste de la tumeur.

Si la paroi supérieure était le siège de ces adhérences, on comprendra quelle réserve il faut apporter dans une opération qui, faite sans prudence, pourrait conduire l'opérateur dans la cavité encéphalique.

Parmi les accidents auxquels peuvent donner lieu les opérations dont je viens de parler, les uns sont immédiats, les autres consécutifs. Je n'insisterai que sur ceux qui sont liés, en quelque sorte, à la région et aux conditions anatomiques des parties qu'elle contient.

Qu'une hémorrhagie survienne, le sang pourra s'accumuler dans la cavité orbitaire et chasser l'œil au dehors; cela résulte des faits rapportés dans cette thèse. Le plus souvent, pour peu que la perte soit abondante, il coulera à l'extérieur. Lier le vaisseau ouvert, telle est l'indication pressante, comme dans tous les cas d'hémorrhagie. S'il ne pouvait y parvenir, le chirurgien exercerait une

douce compression sur le globe de l'œil, les réfrigérants seraient employés, et de cette sorte, il pourra combattre et l'hémorrhagie et l'exorbitisme considérable qui peut en être la suite.

Les accidents consécutifs sont une inflammation qui peut exercer du côté du cerveau une action fatale. L'œil au centre de ce foyer inflammatoire se prendra peut-être et arrivera à une fonte complète.

Des accidents d'infection ont été quelquefois la suite d'une de ces opérations; cela résulte d'un fait observé par M. Aran. Tous ces accidents divers d'inflammation ou de suppuration trop abondante seront combattus suivant les règles de l'art, et des pansements convenablement renouvelés préviendront le croupissement du pus au fond du foyer.

FIN