

brale n'est plus complète, et il se développe une kératite par lagophtalmie. Cette dernière affection peut occasionner la cécité d'un des yeux ou de tous les deux à la fois.

Quant au traitement, il est malheureusement peu efficace contre la maladie de Basedow. L'anémie est combattue par un régime réconfortant, par le fer, le quinquina et l'arsenic. Contre la tachycardie, on prescrit la digitale, tandis qu'en considération des symptômes nerveux généraux on administre le bromure de potassium et les douches d'eau froide. L'application longtemps prolongée du courant constant sur le sympathique cervical constitue d'ordinaire le traitement le plus efficace. Dans les derniers temps, on a pratiqué l'extirpation du corps thyroïde. — Du traitement, nous n'avons à considérer ici que ce qui regarde les yeux. On ne traite l'exophtalmie que pour autant qu'elle empêche l'occlusion parfaite des paupières et menace ainsi l'intégrité de la cornée. Dans ce cas, il faut couvrir l'œil, à l'aide d'un bandeau, pendant le sommeil. Si le bandeau était insuffisant pour tenir les paupières fermées sur l'œil exophtalmique, il faudrait avoir recours à la tarsorrhaphie, par laquelle on réunit la partie externe de la fente palpébrale.

La maladie de Basedow a été décrite comme entité morbide, tout d'abord par les médecins anglais, notamment par Parry et plus tard par Graves, et c'est pourquoi, aujourd'hui encore, les Anglais la désignent sous le nom de *Grave's disease*. Cependant, ces auteurs n'avaient pas encore reconnu l'exophtalmie comme un des symptômes essentiels de la maladie. C'est Basedow qui, le premier, en 1840, a établi la trinité symptomatique complète de la maladie.

Lorsque le cas est bien prononcé, il n'y a pas d'affection que l'on diagnostique plus facilement; à distance, déjà on reconnaît le mal dont le patient souffre. D'autre part, il se rencontre nombre de cas dans lesquels certains symptômes sont peu prononcés ou font entièrement défaut, et alors le diagnostic devient difficile. Si nous ne considérons ici que l'exophtalmie, elle peut être légère, faire entièrement défaut, ou n'atteindre que l'un des yeux. En cas d'absence de l'exophtalmie, le symptôme de v. Graefe n'en existe quelquefois pas moins, ce qui démontre qu'il ne dépend pas uniquement de l'exophtalmie. Cependant le symptôme de v. Graefe n'est pas constant non plus, et, dans le même cas, on peut tantôt en constater la présence, tantôt l'absence.

De même que, au point de vue de leurs manifestations, les symptômes de la maladie de Basedow montrent beaucoup de variations, de même la marche de la maladie elle-même peut présenter de grandes diversités. Ainsi, tandis que, en règle générale, la marche en est très chronique, on connaît néanmoins des cas où le mal a éclaté d'une manière très aiguë. Trousseau cite une femme chez laquelle les symptômes de la maladie s'étaient développés

dans le courant d'une seule nuit qu'elle avait passée à pleurer la mort de son père. D'ailleurs, il se peut que la marche ultérieure de la maladie soit tellement rapide, qu'elle se termine en quelques semaines, par la guérison ou par la mort.

Comme cause de l'affection, on admet une intoxication de l'organisme par la sécrétion de la glande thyroïde, d'où résulte un trouble d'innervation. Les symptômes oculaires paraissent dus à un trouble fonctionnel du grand sympathique. C'est pourquoi l'on observe une dilatation des vaisseaux dans le domaine des carotides, dilatation qui se trahit déjà extérieurement par les pulsations dont ces vaisseaux sont le siège. L'engorgement des vaisseaux artériels de la glande thyroïde et de l'orbite produisent respectivement le goitre et l'exophtalmie, deux symptômes qui disparaissent avec la mort. Le symptôme de v. Graefe doit être également attribué à un trouble d'innervation du grand sympathique, qui anime le releveur à fibres lisses des paupières (muscle palpébral supérieur). Ce dernier se trouve en spasme tonique, ce dont on peut se convaincre en saisissant la paupière supérieure par les cils et en essayant de l'abaisser. On rencontre une bien plus grande résistance que chez les personnes saines.

#### IV. — TUMEURS DE L'ORBITE.

§ 135. — Le symptôme commun le plus important des tumeurs de l'orbite — dans le sens le plus large du mot — est l'exophtalmie. Pour fixer le siège de la tumeur, il faut considérer la nature de la protrusion : le bulbe est-il refoulé directement en avant, ou bien y a-t-il en même temps un déplacement latéral ? Dans le même but, on examine encore la motilité de l'œil dans toutes les directions. Ensuite on tâche de sentir la tumeur elle-même, pour se rendre compte de sa grosseur, de sa forme, de sa consistance, de sa mobilité, etc. La tumeur siège-t-elle profondément dans l'orbite, on cherche à pénétrer, avec le petit doigt, aussi loin que possible entre le globe et le rebord orbitaire (au besoin dans la narcose), afin d'atteindre la tumeur. Enfin l'examen se complétera par la détermination de l'acuité visuelle et l'examen ophtalmoscopique, qui nous renseigneront sur l'existence et la nature des troubles du nerf optique provoqués par la tumeur.

o) *Kystes*. — Les plus fréquents dentre eux sont les kystes dermoïdes, qui, bien que congénitaux, se développent néanmoins souvent plus tard au point de devenir très considérables. Ils siègent d'habitude dans les parties antérieures de l'orbite et ordinairement au niveau de l'angle supéro-externe ou supéro-interne. Grâce à leur siège superficiel, ils ne refoulent pas le globe oculaire, mais ils font proéminer la peau des paupières, et



on peut les sentir facilement sous forme de tumeurs arrondies, mobiles, de la grosseur d'une fève ou d'une noix. Après les avoir extirpés, on peut s'assurer que généralement ces kystes sont uniloculaires, à contenu visqueux ou sébacé. Quelquefois ils envoient des prolongements assez profondément dans l'orbite, et l'extirpation complète en devient plus difficile. Le seul inconvénient qui résulte des kystes dermoïdes consiste dans la difformité qu'ils occasionnent, et c'est aussi le seul motif pour lequel on procède fréquemment à leur extirpation. Dans cette opération, il faut agir avec prudence pour arriver à disséquer le kyste sans l'ouvrir. Si la paroi du kyste, souvent très fragile, se rompt trop tôt, une partie peut rester en place et donner lieu à une récurrence.

b) *Tumeurs vasculaires.* — Aux tumeurs vasculaires, dans le sens le plus étendu du mot, appartiennent les dilatations des vaisseaux — anévrysmes — et les néoplasmes vasculaires, c'est-à-dire les angiomes. Les unes aussi bien que les autres s'observent dans l'orbite, bien que rarement. Ici, comme dans les paupières, nous rencontrons les deux formes d'angiomes, les téléangiectasies et les tumeurs cavernueuses. Les premières sont congénitales, et leur siège originaire se trouve dans les paupières, d'où elles peuvent s'étendre peu à peu dans l'orbite. Aussi le diagnostic en est facile, puisque la tumeur est à découvert au niveau des paupières. Quant aux tumeurs cavernueuses, à l'inverse de ce qui a lieu pour les précédentes, elles naissent habituellement dans l'orbite même, et elles se développent lentement, en refoulant le globe de plus en plus en avant ; tant que ces tumeurs siègent profondément dans l'orbite, on ne peut baser le diagnostic que sur les variations que présente leur volume. On peut, en effet, les diminuer en refoulant le globe dans l'orbite ; d'autre part, elles grossissent quand les patients crient, font un effort, etc. Lorsque les tumeurs vasculaires deviennent plus grosses et s'étendent plus en avant, on les voit transparaître en bleu, à travers la peau des paupières, et, dans les paupières elles-mêmes, on voit se développer les vaisseaux sanguins dilatés ; alors le diagnostic est naturellement facile. — Dès que l'on voit que ces tumeurs menacent l'œil en le repoussant trop de l'orbite, on doit les extirper. L'extirpation au moyen du couteau convient surtout pour les cas où la tumeur est nettement limitée et enveloppée par une capsule fibreuse. Au contraire, quand la tumeur vasculaire est moins bien limitée, c'est le traitement par l'électrolyse qui est indiqué (p. 668).

c) *Tumeurs malignes.* — Dans l'orbite, les tumeurs les plus fréquentes sont les sarcomes. Ils peuvent prendre leur origine dans les os, le périoste, les muscles ou le tissu conjonctif de l'orbite, dans la glande lacrymale et même dans le nerf optique et ses tuniques. Les sarcomes

orbitaires sont le plus souvent arrondis, assez mous et nettement limités, parce qu'ils sont renfermés dans une enveloppe de tissu conjonctif.

Les carcinomes primitifs de l'orbite sont très rares et naissent aux dépens de la glande lacrymale. Il se développe des tumeurs secondaires dans l'orbite, quand un néoplasme du globe oculaire (sarcome, gliome) perfore l'œil par derrière ; de même le carcinome des paupières ou de la conjonctive, s'il n'est pas extirpé à temps, envahit l'orbite. Des sinus avoisinant l'orbite et même de la cavité crânienne, des néoplasmes peuvent pénétrer dans l'orbite.

Lorsqu'on néglige d'extirper à temps les tumeurs malignes, elles finissent par chasser de plus en plus l'œil de l'orbite, le détruisent et remplissent enfin toute la cavité orbitaire, hors de laquelle elles font saillie sous forme d'une grosse masse exulcérée et saignant facilement. Plus tard, ces tumeurs envahissent les tissus voisins de l'orbite, notamment le cerveau ; en outre, les ganglions lymphatiques environnants se tuméfient, et il se déclare des métastases dans les organes internes. Le patient périt par épuisement ou par la propagation de la tumeur à des organes essentiels à la vie. — Il n'est possible d'interrompre ce processus que par l'extirpation, aussi prompte et aussi radicale que possible, de la tumeur. Les tumeurs sarcomateuses, petites et renfermées dans une capsule, peuvent être énucléées complètement, avec conservation du reste du contenu de l'orbite. Quant aux grosses tumeurs, celles surtout qui ne sont pas strictement limitées, elles exigent qu'on les extirpe avec tout le contenu de l'orbite (exentération de l'orbite, § 166), et, alors même que l'œil a encore conservé son acuité visuelle, on est forcé de le sacrifier.

L'examen histologique des *kystes dermoïdes* démontre que la structure de leur paroi est essentiellement celle de la peau extérieure. En effet, elle est composée d'une couche de tissu conjonctif, du derme, revêtu d'un épithélium identique à l'épiderme de la peau et contenant assez souvent des follicules pileux et des glandes (glandes sébacées et sudoripares). Le contenu du kyste est le plus souvent constitué par une substance semblable à du gruau ou à du sébum, composée de cellules épithéliales desquamées et de la sécrétion fournie par les glandes contenues dans la paroi. Dans un grand nombre de cas, on y a trouvé des poils et même des dents. Quelquefois ce contenu prend l'aspect d'un liquide huileux ou mielleux (kystes huileux et mielleux ou mélicéris), et même il peut devenir séreux. — La constitution anatomique de ces kystes les fait ranger dans la catégorie des kystes dermoïdes, c'est-à-dire de ceux que l'on peut supposer provenir d'une inflexion du feuillet externe du blastoderme, qui s'est transformée plus tard en un kyste (Remak). Quant aux kystes dont le contenu est séreux, un grand nombre d'entre eux proviennent peut-être d'une inflexion analogue de la



muqueuse nasale (Panas). Eu égard à leur structure et à leur origine, les kystes dermoïdes ont de l'analogie avec les dermoïdes du bord de la cornée qui représentent également des ilots cutanés égarés (voir p. 144). Les deux espèces de tumeurs se distinguent cliniquement l'une de l'autre, en ce que les kystes dermoïdes sont des espaces creux situés profondément; les dermoïdes, au contraire, sont des tissus situés superficiellement et étendus en largeur, ayant l'aspect d'une verrue.

Une autre forme de tumeur, avec laquelle les kystes dermoïdes peuvent être confondus à l'occasion, ce sont les *encéphalocèles*. La forme dont il est ici question, l'encéphalocèle antérieure de l'orbite, pénètre dans l'orbite entre l'éthmoïde et le frontal. Au niveau de l'orifice, manque la dure-mère, qui est soudée au périoste au pourtour de la brèche osseuse; le sac sortant par cette brèche est constitué par l'arachnoïde et la pie-mère et renferme des restes de substance cérébrale ou d'épithélium vibratil comme revêtement, si le ventricule pénètre dans le sac (Stadfeldt). — Au point de vue clinique, l'encéphalocèle de l'orbite se présente d'ordinaire sous forme d'une tumeur siégeant dans l'angle supéro-interne de l'orbite, couverte de peau normale, nettement fluctuante et existant depuis la naissance. Mais, comme les kystes dermoïdes sont également congénitaux et qu'ils occupent fréquemment le même endroit, une erreur de diagnostic serait facile. Cette erreur pourrait avoir des suites graves, car, si l'on procédait à l'extirpation de l'encéphalocèle, une méningite pourrait en être la conséquence. Il est donc important de connaître le moyen de prévenir une semblable confusion. Les signes qui distinguent l'encéphalocèle du kyste dermoïde sont surtout les suivants :

1° L'encéphalocèle siège, immobile, sur les os. Il n'est pas rare qu'au moyen du doigt l'on puisse sentir l'ouverture osseuse par laquelle la hernie communique avec la boîte crânienne (anneau herniaire);

2° Dans l'encéphalocèle on observe les pulsations du pouls et de la respiration, qui se propagent du cerveau à la tumeur;

3° L'encéphalocèle se laisse réduire sous la pression du doigt, parce que, de cette manière, on en refoule partiellement le contenu dans la boîte crânienne. En outre, lorsqu'on la comprime, on voit quelquefois se manifester les symptômes de l'augmentation de la pression intra-crânienne, tels que du vertige, des nausées, de la déviation des yeux, des convulsions, etc.;

4° Pour qu'il ne reste plus aucun doute, on peut pratiquer une ponction exploratrice du kyste. Dans ce cas, il faut faire une antiseptie sévère, pour prévenir l'inflammation du kyste et, par conséquent, des méninges. — Le diagnostic devient difficile ou même impossible quand la communication entre l'encéphalocèle et la cavité crânienne (l'espace subdural) est oblitérée; mais, d'autre part, dans ce cas, l'extirpation de la tumeur n'entraînerait plus aucune espèce de danger.

A côté des *kystes* de l'orbite déjà décrits, il faut encore citer ceux qui sont formés par des entozoaires (cysticerques et échinocoques), les kystes sanguins résultant d'une extravasation, ainsi que les kystes congénitaux de la paupière inférieure dans la microphthalmie (p. 434).

*Exophtalmie pulsatile*. — Tel est le nom que l'on donne au tableau symptomatique suivant : l'œil est saillant, les vaisseaux sanguins de la conjonctive et des paupières et souvent aussi ceux des parties voisines sont dilatés. Quand on applique la main sur le globe ou sur les parties avoisinantes, on y sent distinctement des pulsations; en appliquant l'oreille, on entend un bruit de souffle, un bourdonnement et un bruissement continu. Le patient lui-même entend ces bruits, et il a dans la tête un bourdonnement incessant, comme s'il se trouvait à côté d'une chute d'eau, ce qui l'incommode plus que tout le reste. Sous la pression de la main, l'œil se laisse refouler dans l'orbite. Un caractère distinctif spécial, c'est que la compression de la carotide du même côté diminue ou fait entièrement disparaître l'exophtalmie ainsi que les pulsations et le souffle. Dans un grand nombre de cas, l'acuité visuelle de l'œil est perdue, et cela, comme l'ophtalmoscope le démontre, par une inflammation du nerf optique. En même temps, on est frappé de l'énorme dilatation des vaisseaux sanguins de la rétine. Quelquefois l'orbite est le siège de douleurs intenses, et l'ouïe est parfois diminuée.

Un grand nombre d'autopsies ont démontré que la cause la plus fréquente de ce tableau symptomatique est un anévrysme artério-veineux, résultant d'une déchirure de la carotide au niveau du sinus caverneux. A travers la rupture, le sang de la carotide se précipite sous une haute pression dans le sinus caverneux et dans les veines orbitaires qui y débouchent. C'est pour ce motif qu'elles sont tellement dilatées et sont devenues le siège de pulsations. La rupture de la carotide est le plus souvent occasionnée par des traumatismes, et notamment par des blessures graves compliquées de fractures de la base du crâne; rarement il se produit une rupture spontanée, par suite de dégénérescence des parois vasculaires.

Dans quelques cas rares, l'anévrysme a disparu spontanément. Autrement il ne se guérit pas et il peut entraîner la mort, au milieu de symptômes cérébraux, ou par une hémorragie fournie par les vaisseaux dilatés. Le traitement se déduit du fait que les symptômes disparaissent aussitôt que l'on comprime la carotide du côté malade. On essaie d'abord d'opérer la compression de la carotide, à l'aide des doigts, et cela journellement, aussi longtemps que le malade la supporte. Lorsque cette pratique, continuée pendant un certain temps, ne produit pas d'effet, la seule ressource qui reste encore, c'est la ligature de la carotide, opération qui réussit dans le plus grand nombre des cas; dans certains cas, on pratique la ligature des veines dilatées de l'orbite, en se frayant un chemin par la résection temporaire de l'os zygomatique (§ 167.)

Il existe des cas d'*exophtalmie intermittente* qui ne se montrent qu'à certains moments, et particulièrement quand on penche la tête, tandis que, dans la position verticale, il peut exister un peu d'enophtalmie. Comme dans ces cas l'exophtalmie augmente par la compression de la veine jugulaire, que parfois on voit déjà à l'extérieur des veines dilatées, on admet que l'exophtalmie est due à des veines variqueuses dans l'orbite (lesquelles, contrairement à l'exophtalmie pulsatile, ne sont pas en communication avec une artère).