

Outre les tumeurs déjà mentionnées, on a encore observé dans l'orbite, comme productions rares : des angiomes lipomateux, des lymphangiomes, des névromes simples, des névromes plexiformes, des tumeurs leucémiques, des lymphomes et des lympho-sarcomes (en même temps dans les deux orbites), des chloromes, des cylindromes, des endothéliomes, des psammomes et des ostéomes. Les *ostéomes* ont leur point de départ dans les parois osseuses de l'orbite, le plus souvent dans l'os frontal. Cependant ils peuvent également se développer dans une des cavités voisines de l'orbite, spécialement dans le sinus frontal, et plus tard, après avoir usé et perforé la paroi orbitaire, pénétrer dans l'orbite même. Le plus souvent, ils siègent sur l'os, par une large base, rarement ils sont pédiculés; mais, quand ils le sont, ils peuvent quelquefois spontanément se nécroser et disparaître par élimination. La plupart des ostéomes sont durs comme de l'ivoire, au point que le ciseau et la scie peuvent à peine les entamer (exostose éburnée). Cependant on rencontre aussi des ostéomes à structure spongieuse ou partiellement cartilagineuse. Ils se développent très lentement, refoulent plus tard le bulbe hors de l'orbite et abolissent la vue par compression du nerf optique. C'est pour ce motif qu'on doit les extirper, mais l'opération présente souvent de grandes difficultés, à cause de la dureté de la tumeur. D'ailleurs, elle n'est pas sans danger, puisqu'on risque, en enlevant la tumeur, d'ouvrir la boîte crânienne. On renonce donc souvent à l'extirpation radicale de la tumeur, et l'on se contente d'en enlever seulement la partie qui fait saillie dans l'orbite. Si l'ostéome est déjà assez développé pour avoir refoulé le globe hors de l'orbite et produit la cécité, alors mieux vaut quelquefois faire disparaître les souffrances par l'énucléation de l'œil devenu inutile, que d'exposer le patient aux dangers de l'extirpation de la tumeur.

Affections des sinus. — Les altérations des sinus, qui sont en communication avec le nez, maxillaire, frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, peuvent se propager à l'orbite et au nerf optique. C'est du sinus ethmoïdal que le transport peut se faire le plus facilement, à cause de la minceur de la lame papyracée, qui, d'ailleurs, est percée de trous nombreux. La cellule ethmoïdale, tout à fait postérieure, s'étend quelquefois dans la petite aile du sphénoïde et vient dans le voisinage immédiat du nerf optique, puisqu'elle limite le canal optique; sinon la paroi de ce canal est en partie formée par le sphénoïde (fig. 280, *vk*). Les affections inflammatoires de ces cavités, les *sinusites*, sont d'ordinaire la conséquence d'une inflammation de la muqueuse nasale, soit d'un coryza vulgaire, soit d'une rhinite produite par une maladie infectieuse, aiguë (le plus souvent l'influenza) ou chronique (tuberculose, syphilis). De même des blessures, des tumeurs, des dents malades, pour le sinus maxillaire, peuvent produire cette inflammation. Celle-ci s'accompagne de sécrétion purulente : empyème; le pus peut s'écouler par l'orifice naturel de la cavité, ou rester dans celle-ci, si l'orifice est obstrué. Dans cette dernière occurrence, le pus s'accumule dans le sinus et le distend; de plus, le contenu de la cavité, d'abord purulent, devient peu à peu muqueux, puis enfin aqueux.

Les sinusites présentent souvent des symptômes très manifestes. Par exemple si, après un rhume de cerveau, il existe une forte céphalalgie, si le front au-dessus des sourcils est sensible au choc, ou si la peau de cette région est un peu tuméfiée, il faut penser aussitôt à une sinusite frontale.

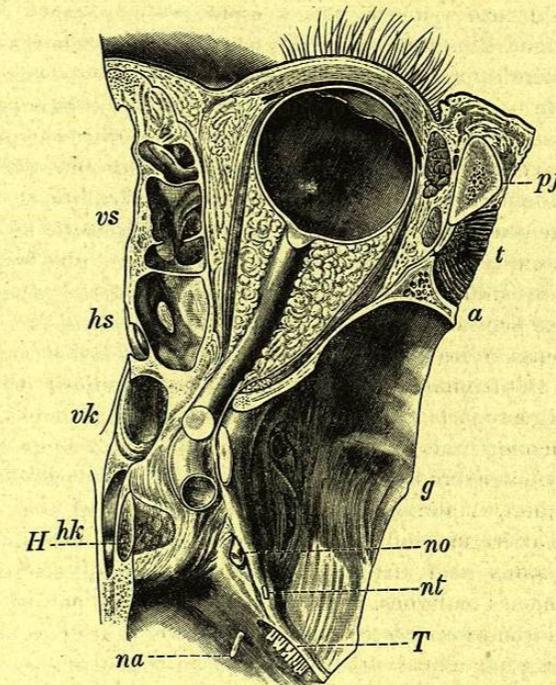


FIG. 280. — Coupe horizontale à travers l'orbite droite. — Contre la paroi interne de l'orbite, on voit, séparées de celle-ci par la lame papyracée, les cellules du labyrinthe antérieur *vs* et postérieur *hs* de l'ethmoïde. Contre celui-ci se trouve en arrière le sinus sphénoïdal, séparé dans ce cas en deux portions par une travée osseuse. La portion antérieure *vk* limite le canal optique à son côté interne et s'étend en dessous de lui. Sur la portion postérieure *hk* repose l'hypophyse *H*, remplissant la selle turcique; au-dessus de l'hypophyse se trouvait le chiasma, enlevé dans cette préparation, avec le cerveau. Au côté temporal de l'orbite, entre l'œil et l'apophyse montante de l'os malaire *pf*, on voit deux fragments de la glande lacrymale, dont précisément le bord inférieur a été touché par la coupe. Derrière l'apophyse de l'os malaire, dans la fosse temporale, la coupe du muscle temporal *t*, et derrière lui la coupe de la grande aile du sphénoïde *a*, à laquelle succède la fosse moyenne du crâne *g*. Au bord postéro-interne de celle-ci, la tente a été détachée de son insertion par l'enlèvement du cerveau. Le long de son insertion apparaissent les nerfs des muscles oculaires, à travers la dure-mère, tout à fait en avant l'oculo-moteur commun *no*, un peu en arrière le pathétique *nt*. En dedans de celui-ci, et par conséquent déjà dans la fosse postérieure du crâne, émerge de la dure-mère l'oculo-moteur externe *na*. Tout à fait en arrière apparaît le tronc du trijumeau *T*, à travers une fente comprise entre l'angle supérieur de la pyramide du temporal et l'insertion de la tente. Le nerf optique a été sectionné à l'endroit où il passe du canal optique dans le crâne, de sorte qu'on voit la carotide interne logée sous lui.

Mais souvent ces inflammations évoluent presque sans symptôme, surtout quand il s'agit de cavités profondes. Pour être plus sûr, il faut donc toujours recourir à l'examen rhinoscopique. Celui-ci n'est pas toujours commode et ne peut parfois se faire complètement qu'après des opérations préparatoires (résection de portions des cornets, effondrement de la paroi du sinus).

La sinusite peut provoquer une inflammation de l'orbite à tous ses stades. Au stade aigu, c'est d'habitude une cellulite orbitaire qui se produit (voir p. 759). En même temps qu'apparaît de la céphalalgie et un peu de fièvre, les paupières et la conjonctive se tuméfient, l'œil devient saillant et peu mobile, souvent il s'y joint une paralysie des muscles oculaires ou une inflammation du nerf optique. Ces symptômes menaçants rétrogradent bientôt. Cependant, il peut persister des paralysies musculaires ou une atrophie inflammatoire du nerf optique. Plus rarement, il se produit une suppuration de l'orbite — phlegmon rétrobulbaire — avec toutes ses graves conséquences. Il faut surtout s'attendre à un phlegmon, quand le pus fait issue du sinus dans l'orbite à travers l'os détruit. L'empyème *chronique* d'un sinus peut provoquer une inflammation torpide de l'orbite et, comme cet empyème évolue souvent presque sans signes, le diagnostic se bute parfois à de grosses difficultés, ainsi que le démontre le cas cité plus loin.

La rétention des sinus conduit moins à l'inflammation qu'au rétrécissement de la cavité orbitaire et par conséquent à la protrusion de l'œil, par suite de la distension des parois du sinus; ainsi dans la distension du sinus frontal, on voit l'os frontal faire saillie au-dessus du rebord orbitaire et le globe oculaire être reporté en avant et en bas. Dans la distension de l'ethmoïde, il se produit une protrusion de la paroi interne de l'orbite, sur laquelle on sent, à travers les parties molles, la lame papyracée mince, crépitant sous le doigt. L'inflammation du sinus sphénoïdal peut se traduire très tôt par une altération (inflammation ou atrophie) du nerf optique. — La distension des sinus peut être due à des néoplasmes, tels que polypes, ostéomes ou tumeurs malignes. — Le traitement se fait par la voie nasale, aussi longtemps que persiste la communication avec le nez (souvent on ouvre le sinus maxillaire par une alvéole dentaire et on le soigne par cette ouverture). Si l'orifice naturel du sinus est fermé, on doit l'ouvrir, veiller à l'élimination de la sécrétion ou créer un nouvel orifice.

L'observation suivante montre comment on peut arriver à établir un diagnostic exact, et par conséquent un traitement approprié, et à prévenir la cécité. Un homme de 40 ans avait perdu la vue de l'œil droit. L'oculiste consulté avait diagnostiqué une névrite optique, laquelle, malgré tous les essais thérapeutiques, passa à l'atrophie et à la perte de la vision. Cinq ans plus tard, le patient vint me voir, parce qu'il remarquait, depuis un an déjà, un trouble de la vue de l'œil gauche, sain jusqu'à ce moment. Pendant la journée, il constatait devant l'œil un léger voile, tandis qu'il y voyait bien le soir. En même temps, de légères douleurs au fond de l'orbite et de temps à autre des accès de névralgie sus-orbitaire gauche. Or, les mêmes douleurs du côté droit avaient précédé la perte de l'œil droit, elles se reproduisaient de temps en temps encore; aussi le malade était très inquiet de perdre l'œil gauche également. Il était d'ailleurs en très bonne santé et n'accusait qu'une faible sensibilité de la région sus-orbitaire, au choc. L'œil était normal extérieurement et à l'examen ophtalmoscopique il avait une vue normale; seulement, en examinant attentivement le champ visuel avec le petit carré rouge, on

découvrait un tout petit scotome central, dans l'étendue duquel la couleur rouge était moins vive. Il en résultait que nous avions affaire à une névrite rétrobulbaire (voir p. 585). Les causes habituelles de la névrite rétrobulbaire chronique, le tabac et l'alcool, manquaient ici. En revanche, les douleurs du fond de l'orbite faisaient supposer qu'il existait en cet endroit un processus inflammatoire chronique, qui atteignait le nerf optique. Peut-être une même inflammation avait existé du côté droit six ans auparavant et causé la cécité. Quelle pouvait être la cause de cette inflammation bilatérale, profonde, torpide? Elle devait être en tout cas peu intense. Ce qui le prouvait, c'étaient les douleurs faibles, l'altération minime du nerf optique, malgré la longue durée de l'affection, et surtout l'absence d'exophtalmie. Une inflammation d'une certaine intensité siégeant dans les tissus du sommet de l'orbite eût été liée à un certain gonflement de tissu et eût provoqué de l'exophtalmie. Celle-ci faisait défaut: donc on pouvait exclure les inflammations graves, par exemple consécutives à une affection spécifique ou tuberculeuse des os, de même les néoplasmes dans le fond de l'orbite. J'en vins ainsi, par exclusion, à penser à une inflammation chronique des cellules ethmoïdales postérieures ou du sinus sphénoïdal, produisant une hyperémie constante ou une légère infiltration inflammatoire du voisinage, donc du tissu du sommet de l'orbite ou du canal optique. Le docteur Hajek, rhinologiste, ouvrit les cellules ethmoïdales postérieures et le sinus sphénoïdal du côté gauche. Ils étaient remplis par une muqueuse fortement dégénérée, polypeuse, montrant une infiltration inflammatoire chronique. Après l'opération, tous les symptômes disparurent: douleurs de l'orbite, névralgies et scotome central.

De cette observation, qui est intéressante également au point de vue des rhinologistes, je ne retiens que ce qui concerne les affections oculaires: 1° Dans le canal optique, la dure-mère se soude au périoste du canal osseux. Le nerf est donc ici entouré seulement de la mince gaine piaie, qui est accolée au périoste en plusieurs endroits et lui est même soudée en haut. Ces rapports anatomiques favorisent le passage immédiat de l'inflammation des cavités voisines du canal au nerf optique. 2° Cette inflammation frappe d'abord la gaine piaie du nerf et l'on s'attendrait à ce que les faisceaux nerveux périphériques adjacents à cette gaine fussent les premiers atteints. Ceux-ci desservent les parties périphériques de la rétine; ici, au contraire, c'était le centre de la rétine qui était insensible, puisqu'il y avait un scotome central. Celui-ci prouve avec certitude une altération du faisceau papillo-maculaire (voir p. 576), qui, dans le passage à travers le trou optique, occupe précisément l'axe du nerf, est donc le plus éloigné de la gaine enflammée. Cet état paradoxal se retrouve dans plusieurs lésions atteignant le nerf optique à sa surface, par exemple si un néoplasme commence à comprimer le nerf optique. Il est absolument régulier que le faisceau papillo-maculaire soit atteint le premier et le plus fort dans la névrite rétrobulbaire aiguë, bien que, dans cette affection, l'inflammation ait, dans la plupart des cas, son siège principal dans les gaines du nerf optique. On donne comme expli-

cation que ces fibres sont douées d'une vulnérabilité extrême, en rapport avec leur fonctionnement intensif et particulièrement délicat, répondant peut-être à une structure anatomique spéciale. « Plus est délicate une machine, plus elle se détraque vite. » 3° La lésion de ce faisceau peut n'être que minime, car la vue était encore normale; si l'on s'en était tenu à elle, on aurait méconnu l'affection du nerf optique. Mais l'examen du champ visuel avec la couleur rouge montra une diminution de la perception de cette couleur au centre. L'examen de l'œil à l'aide des couleurs nous fournit donc une pierre de touche particulièrement sensible pour les moindres altérations du nerf optique. 4° Le scotome central se traduisait, pour le patient, par de la nyctalopie, puisqu'il voyait un voile devant l'œil pendant la journée, tandis qu'il croyait bien y voir le soir. Quand le patient fournit de telles données, il faut toujours rechercher un scotome central. 5° La première branche du trijumeau se dirige à travers le sinus caverneux, vers la fente orbitaire supérieure, et siège, dans ce trajet, près de la face latérale du corps du sphénoïde. Cela explique qu'il puisse réagir sous forme de névralgies intermittentes dans le cas d'inflammation de la muqueuse du sinus sphénoïdal.

TROISIÈME PARTIE

ANOMALIES DE LA RÉFRACTION

ET DE L'ACCOMMODATION