

L'œil participe à l'inflammation. Celle-ci s'annonce par une douleur profonde dans l'orbite, douleur qui devient bientôt violente et s'étend à la tempe et au front. L'œil est plus saillant, la vision s'altère; l'humeur aqueuse est troublée; l'iris change de couleur comme dans son inflammation; la pupille est contractée, et le malade éprouve dans l'œil la sensation d'éclairs. La conjonctive est tuméfiée, œdématisée sans changement de couleur, et d'autres fois rouge. Les paupières sont gonflées, œdématisées et rouges, comme si elles étaient atteintes d'érysipèle. A ces symptômes locaux se joignent les symptômes généraux d'une fièvre intense : le pouls est dur, fort et fréquent; la face est rouge et injectée, la peau est sèche et brûlante. A mesure que le pus se forme, l'œil est poussé en avant, soit du côté externe, soit du côté interne, selon que le pus se porte vers l'un ou l'autre côté. Une tumeur fluctuante se fait sentir sous la conjonctive, et quelquefois sous la peau des paupières; dans quelques cas on la trouve dans les deux endroits à la fois. La formation du pus du tissu cellulaire n'améliore pas l'état de l'œil; celui-ci revient quelquefois à son état normal ou à peu près, mais la vue est perdue. Le plus souvent l'œil suppure, la cornée ou la sclérotique s'ouvrent, et l'organe s'atrophie. Dans d'autres cas la phlegmasie s'étend au cerveau et à ses membranes, et la mort devient la conséquence de cette inflammation.

Le diagnostic de ce phlegmon n'est pas toujours facile, comme je l'ai fait observer déjà, à cause de la coexistence de la maladie de l'œil; mais comme le traitement est le même, une erreur a peu d'importance. Le pronostic est toujours très-grave.

Le traitement est celui de toute phlegmasie intense. Des saignées abondantes, des dérivatifs sur le tube intestinal, et une diète absolue, constituent la base de ce traitement. Des fomentations émollientes, des cataplasmes émollients et des frictions mercurielles sur les paupières serviront à modérer l'inflammation et à favoriser la formation du pus. Dès que la fluctuation est sensible, il faut ouvrir l'abcès soit par la conjonctive, soit par les paupières. Il faut que l'incision soit transversale pour faciliter sa guérison et éviter la difformité; il faut qu'elle soit grande pour favoriser l'écoulement du pus.

Les abcès de l'orbite ne doivent mériter notre attention que pour établir leur nature. Ils se rapportent aux trois espèces d'abcès admises par Boyer : abcès phlegmoneux, abcès froids, abcès par congestion. Les abcès phlegmoneux sont ceux qui se forment à la suite

de l'inflammation aiguë du tissu cellulaire de l'œil : ce sont ceux dont je viens de parler. Les abcès froids sont rares : ce sont ceux qui se forment à la suite d'une inflammation lente du tissu cellulaire de l'orbite. Les abcès par congestion sont les plus fréquents : ce sont ceux qu'on observe après les altérations des os; j'en ai parlé dans le paragraphe précédent. Toutes les fois que ces abcès se prononcent à l'extérieur, il faut les ouvrir par une grande incision, même ceux qui sont par congestion, afin que le pus ne séjourne pas dans l'orbite.

§ 5. — Des tumeurs de l'orbite.

Des tumeurs de nature très-diverse peuvent se développer dans l'orbite. Je les réunis dans un même paragraphe, parce que la science n'est pas positivement fixée sur la nature de chacune de ces espèces de tumeurs; quelques-unes appartiennent à des genres d'altérations morbides bien connues; les autres, au contraire, ne sont pas classées. La première catégorie comprend les exostoses et les périostoses des parois de l'orbite, les dégénération encéphaloïde, mélanique et sanguine du tissu cellulaire de cette cavité, et l'anévrysme de l'artère ophthalmique; la seconde renferme les tumeurs enkystées et les tumeurs dites sarcomateuses. Je vais les examiner successivement dans cet ordre.

1° Des exostoses et des périostoses de l'orbite.

Les exostoses de l'orbite dont je veux m'occuper ici sont celles qui, appartenant aux os qui forment les parois de cette cavité, font dans son intérieur une saillie qui nuit aux fonctions de l'œil ou le chassent de sa place. Je n'ai nullement intention de traiter de celles qui, nées des os voisins de la cavité orbitaire, finissent par y pénétrer et agir sur l'œil.

Ces exostoses sont de deux sortes, les exostoses laminées et les exostoses éburnées. Je ne crois pas qu'on puisse admettre des exostoses cellulaires; elles sont, ainsi que je l'ai dit en parlant des maladies des os, un degré de l'exostose laminée.

Elles peuvent avoir leur siège dans tous les points de l'étendue de l'orbite. Le plus ordinairement elles sont situées sur les faces de ses parois; quelquefois on les trouve sur le rebord orbitaire ou près de ce rebord.

Les pathologistes qui parlent de ces maladies ne disent presque rien sur leurs causes. Quelques-uns les rapportent au virus syphilitique. Je crois qu'ils ont raison pour la pluralité des cas. Cependant les exostoses des parois orbitaires peuvent, comme celles des autres parties du corps, dépendre de causes autres que celle-ci. Ainsi, le docteur Salzer donne l'observation d'une exostose développée sur la paroi supérieure de l'orbite par suite d'une plaie contuse.

Les exostoses de l'orbite peuvent rester inconnues pendant longtemps : la douleur qui les accompagne souvent n'est pas un signe suffisant pour conduire à leur diagnostic, d'autant plus que dans plusieurs cas cette douleur n'a pas existé. Tant que la tumeur osseuse n'a pas d'action sur l'œil, elle ne produit aucun symptôme du côté de la vision ; mais lorsqu'elle devient assez volumineuse pour comprimer cet organe, alors elle occasionne successivement diverses altérations de la vue en raison des parties qui sont soumises à la compression. Enfin, l'exophtalmie peut être la conséquence de leur présence ; mais ce dernier accident n'est pas lui-même suffisant pour faire établir le diagnostic, parce qu'il peut venir de toute autre cause. Le signe le plus certain est la possibilité de reconnaître l'exostose par le toucher. Pour cela il faut qu'elle soit située vers le bord antérieur de l'orbite, et qu'on puisse la sentir à travers les paupières ; encore dans cette circonstance ne peut-on pas dire au juste la forme de la tumeur ; c'est ainsi que dans le cas d'exostose traumatique dont j'ai parlé plus haut, le jugement du chirurgien avait été que l'exostose naissait d'un pédicule, et elle reposait sur une base large. Disons donc que le diagnostic de cette maladie est très-difficile.

Le pronostic est toujours grave, parce que, même dans les cas heureux où une opération peut être pratiquée, cette opération présente, par ses difficultés et par l'importance des organes contenus dans la cavité, des chances de succès très-douteuses. Cependant les annales de la science renferment plusieurs observations qui prouvent que l'ablation des exostoses de l'orbite peut être pratiquée heureusement.

Le traitement présente deux indications. La première est de combattre par des médications internes la cause de l'exostose : ainsi les antiscrofuleux et les antisiphilitiques seront mis en usage. On a plus à attendre des derniers que des premiers, parce que leur action est bien plus directe et plus efficace. Quand les moyens thérapeutiques internes sont sans action sur les exostoses, il faut alors les enlever

avec l'instrument tranchant ou les détruire avec le caustique. L'ablation avec le ciseau et le maillet a été faite plusieurs fois sans succès ; on pourrait aussi employer la scie en chaîne, ou, suivant la position et la forme de la tumeur, les scies dirigées par les rouages mécaniques. Dans quelques cas, des caustiques, dont la nature n'est pas indiquée, et qui probablement étaient des acides, ont détruit l'exostose : tel est le cas rapporté par Brassant ; mais on peut conserver des doutes sur la nature des tumeurs, qui étaient peut-être des périostoses à parois osseuses. Les observations ne sont pas assez explicites pour que l'on ne conserve aucun doute. Je ne crois pas devoir entrer dans de plus grands détails sur ce sujet ; la sagacité du chirurgien doit le conduire sans que j'entre dans la narration des diverses opérations faites pour la destruction de ces exostoses ; il devra surtout prendre garde au voisinage de l'œil et du cerveau.

Les périostoses de l'orbite ont souvent été confondues avec les exostoses, et, comme je viens de le dire tout à l'heure, il est probable que les exostoses détruites par les caustiques n'étaient pas autre chose que des périostoses. Tant que la périostose, même très-volumineuse, reste molle, il n'y a pas possibilité de faire une erreur de diagnostic ; mais quand son enveloppe devient osseuse, on ne reconnaît souvent la nature de la maladie que pendant ou après l'opération. Cette erreur de diagnostic est sans inconvénients, puisque l'ablation du mal en procure la guérison. Il faut cependant se rappeler qu'après cette opération le traitement n'est pas complet, car les périostoses dépendant toujours de la présence dans l'économie du virus syphilitique, celui-ci a toujours besoin, pour être détruit, d'un traitement général : il faudra donc en prescrire un au malade. Je ferai remarquer, en terminant, que les exostoses de l'orbite guéries par le traitement antisiphilitique étaient sans doute souvent des périostoses.

2° Des dégénération encéphaloïde et mélanique de l'orbite.

Les tissus contenus dans l'orbite, et autres que l'œil, peuvent être le siège de la dégénération encéphaloïde ; cependant je n'ai pas trouvé d'observations qui établissent d'une manière précise l'existence isolée de tumeurs encéphaloïdes sans que l'œil participât à la maladie, de sorte qu'il n'est pas possible de dire si la tumeur appartenait seulement au tissu cellulaire ou aux autres tissus de l'orbite. Cette dis-

inction, au surplus, est purement scientifique, car, dans tous les cas, il faut extirper l'œil avec la tumeur encéphaloïde à cause des connexions de l'organe avec le tissu morbide.

La mélanose de l'orbite est une maladie très-rare, et qui coexiste ordinairement avec des mélanoses d'autres parties du corps. Je ferai pour elle les mêmes observations que celles que j'ai faites pour le tissu encéphaloïde de l'orbite. Cependant M. Chomel a trouvé, dans un cas où une mélanose du foie existait, une tumeur mélanique du tissu cellulaire de l'orbite située près du nerf optique qu'elle avait déplacé. Dans ce cas, un des plus simples que je connaisse, l'œil était déjà malade, quoique non atteint par la mélanose.

3^o Du tissu sanguin de l'orbite.

J'ai donné, dans le 2^e volume de cet ouvrage, le nom de *tissu sanguin* à cette altération morbide dans laquelle il se développe un tissu spongieux renfermant du sang artériel et présentant quelquefois des battements isochrônes à ceux du pouls, ou offrant au moins un bruissement semblable à celui que produit un liquide qui passe dans une série de petites cavités communiquant toutes ensemble. C'est ce tissu que Boyer nomme *tumeurs fongueuses sanguines accidentelles*; que Scarpa désigne sous le nom d'*anévrisme singulier situé sur la crête du tibia*; que l'on connaît sous le nom d'*anévrisme de Pott*, parce que ce chirurgien en a parlé; que plusieurs chirurgiens anglais nomment *fongus hæmatodes*, et que John Bell nomme *anévrisme par anastomose*. Or, ce tissu dont j'ai cru devoir rappeler tous les noms, afin que le lecteur fût bien fixé sur la maladie dont je veux parler, ce tissu peut se développer dans l'orbite. Il faut bien le distinguer de celui qui peut se former dans les paupières, parce que des moyens thérapeutiques directs peuvent être portés sur ce dernier, tandis que la guérison du premier exige des moyens chirurgicaux appliqués loin du siège du mal.

Le siège de cette maladie est dans le tissu cellulaire de l'orbite. L'œil n'est jamais primitivement affecté: il ne l'est que consécutivement, et encore il ne participe pas à la maladie, mais il éprouve des altérations dans ses fonctions ou dans sa structure par suite de la compression que la tumeur exerce sur lui.

Les individus des deux sexes et de tous les âges peuvent être atteints de cette affection.

Les causes de son développement sont aussi inconnues que celle de l'apparition du tissu sanguin dans les autres parties du corps. Quelquefois une contusion a été suivie de la formation d'une tumeur sanguine; mais il est évident que cette contusion, à laquelle on rapporte la cause, ne suffit pas pour faire naître cette maladie, et qu'il faut une disposition individuelle particulière. Aussi voyons-nous que dans le plus grand nombre des cas, le tissu sanguin de l'orbite a paru spontanément, et que les douleurs qui ont précédé immédiatement son apparition n'appartenaient pas aux causes, mais à la naissance du mal.

Lorsqu'un coup a précédé la formation du tissu sanguin de l'orbite, la douleur qui succède à ce coup a persisté jusqu'au moment de l'apparition des premiers symptômes, et a continué après. Lorsque le tissu sanguin s'est formé spontanément, les malades ont toujours éprouvé, au moment où ils ne s'y attendaient pas, un craquement dans l'œil, ou un bruit semblable à celui d'un coup de fouet ou d'un bâton qu'on casse. Cette sensation a été suivie d'une douleur dans l'orbite, douleur ordinairement très-vive et très-aiguë, d'une infiltration des paupières ou d'une inflammation de l'œil, et d'un bruissement ou bourdonnement dans l'oreille correspondante. Ces symptômes sont bientôt accompagnés de l'apparition d'une tumeur sur l'un des points de la base de l'orbite. Quelquefois avant que cette tumeur se montre, l'œil a été le siège d'un soulèvement dû à l'impulsion qu'elle lui imprime: souvent aussi il est déplacé et il éprouve des tiraillements. A mesure que la maladie fait des progrès, la tumeur ou les tumeurs, car dans quelques cas elles sont multiples, deviennent plus apparentes; le bruissement produit par le passage du sang artériel de cellules en cellules augmente, et les douleurs s'accroissent. La main appliquée sur les tumeurs sent un frémissement qui cesse si on comprime l'artère carotide. La tumeur peut être refoulée par la pression, ou pour mieux dire, affaissée par la compression du tissu morbide; mais elle reprend de suite sa forme, dès que la main est ôtée. L'oreille appliquée sur les tumeurs perçoit le même mouvement de bruissement que celui qu'éprouve le malade.

Lorsque la tumeur ne se présente pas au dehors, on ne peut juger de son existence et de sa nature que par les mouvements pulsatifs qu'elle imprime à l'œil et par les douleurs que le malade ressent: les symptômes que j'ai indiqués plus haut comme précurseurs de l'appa-

rition de la tumeur servent aussi à faire reconnaître l'existence de la maladie.

Il n'est pas possible de décrire les changements que cette affection fait naître dans l'orbite, dans l'œil et dans les paupières. Suivant la difficulté qu'elle éprouvera à se porter en avant hors de l'orbite, elle agira plus ou moins sur les os, et occasionnera, par ses pulsations, leur destruction, comme on l'observe dans toutes les tumeurs anévrysmales. Suivant son siège vers tel ou tel point de l'orbite, elle déplacera l'œil de l'un ou de l'autre côté. Suivant ses progrès en avant, elle agira diversement sur les paupières, soit en les poussant fortement en avant, soit en les écartant et les renversant en dehors : alors la conjonctive sera enflammée et se boursoufflera. Chaque cas offre des variétés telles qu'il faudrait, pour les faire connaître, rapporter chaque observation de cette maladie.

Un phénomène remarquable existe dans cette affection. Ainsi que les autres tumeurs du même genre développées dans d'autres parties du corps, elle ne donne lieu à aucun changement de couleur de la peau. Celle des paupières reste saine : quelquefois elle a présenté une altération de l'épiderme devenu rugueux, probablement à cause de sa distension. La tumeur ne présente de changement de couleur que si elle distend la conjonctive entre les paupières ; alors elle devient rouge, plus ou moins rutilant, selon l'injection de la conjonctive. Cette coloration tient à la nature de la membrane muqueuse, et ne détruit pas le principe que j'ai émis pour la peau.

Un autre phénomène, également analogue à celui qu'on observe dans le tissu sanguin des autres parties du corps, se manifeste dans celui de l'orbite lorsqu'on le pique. Il s'écoule immédiatement en jet une grande quantité de sang, que l'on a quelquefois de la peine à arrêter. Ces piqûres sont toujours suivies d'une augmentation très-sensible dans le volume de la tumeur.

Abandonné à lui-même, le tissu sanguin de l'orbite agit comme celui des autres parties ; il fait des progrès continus ; il envahit tous les tissus mous et osseux ; il détruit l'œil, et il conduit le malade au tombeau. Il peut arriver que la peau ou la conjonctive s'ouvrent, et occasionnent des hémorrhagies qui finissent par affaiblir le malade et le faire périr.

Le diagnostic de cette affection est facile d'après ce que j'ai dit. L'existence des pulsations, et la cessation immédiate de ces pulsa-

tions par la compression de l'artère carotide, suffisent pour le faire établir.

Le pronostic est excessivement grave, puisqu'il nécessite, comme je vais le dire, une opération dont le succès est incertain, et que, si on ne la pratique pas, le malade est voué à une mort assurée.

Le seul moyen de guérir cette maladie est la ligature de l'artère carotide. Cette ligature, opération nouvelle, puisqu'elle date à peine de cinquante ans, a été appliquée, peu de temps après son invention, à la guérison d'une tumeur sanguine de l'orbite. M. Travers, chirurgien anglais, la fit avec succès en l'année 1804. Il a été imité en l'année 1812 par un de ses compatriotes, M. Dalrymple, et un succès a été également obtenu. Depuis lors, cette opération a été faite par des chirurgiens de différents pays, et elle a été suivie de résultats variés. Malgré les succès obtenus, la ligature de l'artère carotide doit toujours être mise en usage pour le traitement du tissu sanguin développé dans l'orbite, parce que les réussites compensent bien les succès.

Après l'opération, dans les cas de succès, les battements cessent dans la tumeur, son tissu revient sur lui-même, et au bout d'un temps variable les paupières et les autres parties molles ont recouvré leur état normal. Mais il n'en est pas de même de l'œil : s'il reste sain, il a toujours perdu une partie de sa force, parce que la compression exercée sur lui altère ses fonctions ; s'il est altéré dans sa texture, ou il perd sa transparence en conservant son volume, ou il s'enflamme, suppure, et s'atrophie. Mais cette perte de l'œil et de la vue sont peu de chose comparativement aux chances mortelles de la maladie abandonnée à elle-même. Il arrive quelquefois que les battements cessent dans la tumeur immédiatement après la ligature de l'artère carotide, et qu'ils reviennent ensuite pour disparaître complètement plus tard.

Dans les cas d'insuccès, il y a deux conséquences de l'opération : l'une est la mort, l'autre est le retour des battements dans la tumeur. La première est ici, comme dans toutes les opérations, même les plus simples, une suite possible de l'opération : elle ne peut pas être évitée, et cependant elle ne doit pas plus détourner de l'opération dans cette maladie, qu'elle ne le fait dans les autres. La seconde tient au rétablissement de la circulation par des artères collatérales, ou par l'autre artère carotide. On peut lier celle-ci, dans l'espoir qu'elle empêchera

l'abord du sang dans la tumeur, et que les artères collatérales suffiront pour maintenir la vie dans la tête.

4° De l'anévrysme de l'artère ophthalmique.

M. Guthrie rapporte une observation de la dilatation des deux artères ophthalmiques. Les symptômes étaient semblables à ceux produits par les tumeurs que forme le tissu sanguin. L'anévrysme existait des deux côtés. Les yeux furent graduellement repoussés d'arrière en avant au point de paraître situés hors de l'orbite; mais la vision était à peine altérée. Le sifflement qui existait dans la tête pouvait être entendu manifestement : il fut attribué à un anévrysme. Le malade ayant succombé, on trouva de chaque côté un anévrysme de l'artère ophthalmique ayant le 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 des quatre muscles droits, qui en même temps avaient acquis une dureté presque cartilagineuse. Cet accroissement de volume avait concouru autant que la dilatation des vaisseaux au déplacement de l'œil. M. Guthrie avait eu l'idée de lier les deux artères carotides; mais il n'avait pas proposé cette opération.

M. Schindler a vu deux anévrysmes des artères centrales de la rétine chez le même individu.

5° Des tumeurs enkystées de l'orbite.

L'orbite est fréquemment le siège de tumeurs enkystées ou kystes dont la nature n'est pas connue. Si ces tumeurs étaient toujours situées en dehors et en haut, comme celle que j'ai observée et dont je donnerai l'histoire, on pourrait les rapporter à une maladie de la glande lacrymale ou à une dilatation extraordinaire d'un des conduits excréteurs de cette glande; mais nous voyons, au contraire, que le plus souvent ces tumeurs sont situées du côté interne de l'œil. Or, dans ce point nous ne trouvons aucune partie dont la nature ou les fonctions puissent nous faire penser que ces kystes sont produits par une sécrétion anormale et par la dilatation des organes ou de leurs conduits. Quoi qu'il en soit de la nature et des causes de ces tumeurs, nous voyons qu'elles occasionnent toujours des phénomènes sem-

blables, et par conséquent nous pouvons exposer leurs symptômes.

Quand un kyste de l'orbite se développe, il ne produit dans le principe aucun symptôme particulier; il faut qu'il ait acquis un développement déjà assez considérable pour qu'il fasse faire saillie à la paupière supérieure ou inférieure et à la conjonctive, et pour qu'il produise la compression de l'œil. Mais lorsqu'il est devenu très-volumineux, il repousse l'œil en avant, et il le rejette soit en haut soit en bas, soit en dedans soit en dehors, selon le côté où il a pris naissance. Il pousse en avant les paupières, et chassant la conjonctive entre elles et devant lui, il fait faire à cette membrane une tumeur plus ou moins volumineuse qui recouvre l'œil, l'enveloppe et peut faire croire qu'il est envahi par la maladie. Les faits rapportés par les observateurs et celui que j'ai vu prouvent ce que j'avance. Lorsque la conjonctive est ainsi poussée entre les paupières, le contact de l'air l'irrite, la rend rouge et fongueuse, circonstance qui n'a pas été notée ni indiquée suffisamment et qui a une grande importance pour le diagnostic, comme on le verra plus bas.

Le volume de ces kystes est difficilement connu, parce que ces tumeurs, toujours d'une nature bénigne, n'ont aucune action sur les parois orbitaires, et sont toujours poussées en avant par elles. Leur grosseur extérieure dirige presque seule le chirurgien dans son diagnostic sur ce volume. Cette remarque a quelque valeur pathologique : on peut la juger par la lecture de l'observation de Delpech. Dans ce cas, ce chirurgien fut très-étonné de la quantité de liquide qui s'écoula : c'est que la tumeur s'étendait dans le crâne. Cette quantité de liquide avait dépassé toutes les prévisions de la science même, en supposant que l'orbite fût augmenté de grandeur. Ordinairement la quantité du liquide est en rapport avec la tumeur extérieure, par la raison très-simple que les parois du kyste maintenues par les os de l'orbite ne peuvent acquérir de l'extension qu'en avant.

A mesure que la tumeur se développe, elle agit sur l'œil, non-seulement en le déplaçant, comme je l'ai dit, mais encore en altérant ses fonctions, soit par la distension des nerfs qui servent à ses diverses fonctions, soit par la pression que l'organe éprouve; pression qui existe réellement, quoi qu'en aient dit quelques pathologistes, malgré la résistance de l'enveloppe de l'œil et malgré la réplétion de l'organe; pression dont on a la preuve par la déformation de l'œil.

Les parois des kystes de l'orbite sont assez épaisses et assez résistantes : je ne peux mieux les comparer qu'à celles des kystes des grandes lèvres. Celles que j'ai vues étaient blanches, fibro-celluleuses et très-résistantes. Elles avaient un demi-millimètre d'épaisseur à peu près. Elles sont peu adhérentes aux parties environnantes, de sorte qu'elles s'en séparent aisément par la suppuration. Il paraît cependant que dans quelques cas complexes, elles avaient des adhérences ; mais ces cas sont en dehors du sujet qui nous occupe. Le liquide est semblable à du blanc d'œuf ayant éprouvé une légère coagulation par la chaleur.

D'après les faits rapportés, on pourrait croire que ces tumeurs donnent la sensation de fluctuation. Je suis loin de nier la vérité de ces faits, mais je ferai observer que si le kyste est bien rempli, il doit être difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir cette fluctuation, et c'est toujours lorsque, par suite de ses progrès, il est venu faire saillie hors de l'œil, que son existence a été reconnue et sa nature présumée ; or, à ce moment la distension des parois de la poche est bien grande pour qu'il y ait fluctuation. Je dirai de plus que dans le cas que j'ai vu, Boyer lui-même n'avait reconnu aucune fluctuation. Il faut donc se tenir en garde contre ce signe, qui peut manquer malgré la présence réelle du liquide.

Le diagnostic de ces tumeurs ne me paraît pas aussi facile que paraissent le dire plusieurs écrivains. Lorsque la tumeur, peu volumineuse, est encore contenue dans la cavité orbitaire, et quand elle ne projette pas la conjonctive très en avant, on peut reconnaître l'existence d'un kyste quoiqu'il soit très-rempli ; le diagnostic est le même que dans les kystes des autres parties. Mais lorsque la conjonctive fait saillie entre les paupières, lorsqu'elle est rouge et tuméfiée, alors on peut se tromper. Richerand en donne un exemple ; et j'ai vu Boyer, malgré toute sa sagacité, commettre cette erreur. On doit donc dans les cas qui peuvent faire présumer l'existence de kystes dans l'orbite réunir tous les signes possibles pour assurer le diagnostic.

Le pronostic de cette affection n'est nullement grave. Nous voyons que dans tous les cas où l'opération convenable a été pratiquée, la guérison a eu lieu. Mais si le pronostic est si simple pour l'opération, il n'en est pas de même pour l'œil. Quelquefois celui-ci, peu altéré, recouvre ses fonctions ; d'autres fois il les a perdues pour toujours ;

et quelquefois il a été le siège d'une suppuration qui a amené son atrophie.

Le traitement de ces kystes est très-simple. On les incise soit par la conjonctive soit par les paupières, surtout par la supérieure ; on met dans leur intérieur un peu de charpie et on obtient ainsi la séparation du kyste des parties environnantes et sa chute. Il faut donner à l'incision toute l'étendue que l'on pourra. Le kyste se détache au bout de six à huit jours, et il sort entier. Des praticiens ont enlevé une portion des parois du kyste ; d'autres, à l'exemple de Saint-Yves, ont enlevé tout le kyste ; d'autres, après avoir excisé une portion des parois du kyste, ont porté le caustique dans son intérieur. Ces divers moyens thérapeutiques ne valent rien, parce que tous ils donnent lieu à une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, et parce que quelques-uns, l'ablation entière du kyste et la cautérisation de la partie restante, exposent à la lésion des divers organes qui appartiennent à celui de la vision. Je crois donc qu'il faut dans tous les cas de kystes de l'orbite se contenter de pratiquer une grande incision.

Observation. — Une demoiselle âgée de vingt-deux ans consulta Boyer pour une tumeur de l'œil gauche. Cette tumeur, dont l'origine remontait à plusieurs années, sans que cette demoiselle pût préciser l'époque de son apparition, se présentait avec les caractères suivants : la paupière supérieure était rejetée en haut et en dehors, la paupière inférieure était poussée en bas sur la joue ; elles avaient l'une et l'autre conservé leur apparence normale, mais elles paraissaient adhérentes par leur face interne à la tumeur, qui était saillante entre elles. Cette tumeur, rouge, inégale, rugueuse, présentant plusieurs bosselures, faisait une saillie très-prononcée entre les paupières, et recouvrait entièrement le globe de l'œil, qu'elle paraissait avoir envahie. Son apparence était celle de la surface d'un cancer encéphaloïde ulcérée. En effet, elle était couverte d'une sanie purulente, qui n'était autre chose que la sécrétion de la conjonctive, irritée par le contact de l'air et des corps qui touchaient sa surface. Boyer, qui avait vu la malade plusieurs fois avant le jour de l'opération, m'avait dit que c'était un cancer de l'œil, et m'avait fait tout préparer pour cette opération. Il fit placer la malade devant lui, et d'un premier coup de bistouri porté hardiment entre la paupière supérieure et la conjonctive, il voulut entamer profondément les tissus morbides.

Le bistouri entra de suite dans le kyste, et l'incision donna issue à un liquide blanchâtre comme du blanc d'œuf un peu coagulé; ce liquide jaillit sur l'opérateur. Boyer reconnut de suite son erreur; la tumeur, qui s'affaissa immédiatement, lui permit de voir l'œil sain repoussé vers la partie interne et inférieure de l'orbite. Il voulut s'assurer si la malade voyait: celle-ci lui dit qu'elle distinguait quelques objets, mais que la vue était considérablement altérée. Boyer mit une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie, quelques compresses et une bande pour soutenir le tout. Le surlendemain, il fit le pansement. Il y eut un écoulement de nature séreuse par la plaie. Le sixième jour, il se présenta entre les lèvres de la division de la conjonctive un corps blanchâtre que Boyer tira: c'était le kyste. L'œil reprit peu à peu sa place, mais la vue ne revint pas. La cicatrice fut complète au bout d'un mois. Je revis la malade deux ans après; l'œil avait l'apparence de l'œil droit, mais la vue était très-faible et confuse.

6° Des tumeurs sarcomateuses de l'orbite.

Sous le nom de tumeurs sarcomateuses de l'orbite, les écrivains rapportent des observations de tumeurs situées dans l'orbite et dont la nature est inconnue. Je n'aurais pas parlé de ces tumeurs si je n'avais craint qu'on trouvât que ce fût une lacune; mais il en existera toujours une, puisqu'il n'est pas possible de classer dans une espèce quelconque de maladies les affections désignées sous ce nom. Le nom de *sarcome* ne peut être admis en anatomie pathologique; il faut donc attendre de nouvelles observations bien faites et bien classées pour établir un genre de tumeurs du tissu adipeux de l'orbite qui puisse être rangé dans la classe des lipômes. D'après quelques faits dans lesquels l'opération a été suivie de récurrence, il est probable que des tumeurs squirrheuses ou encéphaloïdes de l'orbite auront été nommées sarcomateuses.

ARTICLE XVI.

Des entozoaires de l'organe de la vue.

Je n'ai rien qui m'appartienne sur les entozoaires de l'organe de la vue; je dois donc me contenter de copier ce que disent quelques pathologistes.

1° *Echinocoque* ou *hydatide*. Portal dit avoir trouvé des hydatides dans la choroïde et la rétine: il ne prouve nullement son assertion. M. Lawrence dit avoir vu une tumeur hydatique, située sous l'arcade surciliaire, qui mit sept ans pour arriver à son entier développement, et qui avait acquis un volume tel qu'elle occasionna la proci-dence de l'œil, et une douleur si considérable, qu'il en résulta l'émaciation et un affaiblissement très-grand. Une ponction fit sortir un liquide aqueux clair, et, deux jours après, une substance blanche et molle, qui se trouva être une hydatide. Une incision qui fut faite laissa échapper plusieurs hydatides de grandeurs différentes. La suppuration s'établit, et au bout d'un mois la plaie était cicatrisée. Le malade guérit en conservant peu de contractilité dans l'iris et une faiblesse très-prononcée de la vue.

2° *Cysticerque du tissu cellulaire*. M. Mackenzie dit en avoir vu une fois. Il cite une observation de M. Estlin.

Newman, Sœmmering et M. Logan, disent avoir observé des cysticerques dans la chambre antérieure de l'œil.

3° *Filaire*. On dit avoir vu le filaire, *filaria medinensis*, sous la conjonctive de l'homme.

4° *Filaria oculi humani*. Le docteur Nordmann dit avoir vu, dans le liquide de Morgagni, deux filaires roulés sur eux-mêmes. Ils étaient semblables aux filaires de l'homme.

5° et 6° *Monostoma* et *distoma oculi humani*. M. Nordmann dit avoir vu dans un cristallin huit individus du genre monostoma.