

les sens, ce qui lui donne une physionomie toute particulière.

La cécité arrive fatalement et rien ne peut la retarder.

Essayez à tout hasard un traitement spécifique.

e. *Décollement de la rétine.* — Cette maladie consiste dans l'interposition d'une couche de liquide entre la choroïde et la rétine, de telle sorte que celle-ci fait, pour ainsi dire, hernie dans le corps vitré. Le corps vitré étant incompressible et contenu dans une membrane inextensible, le décollement ne peut se produire qu'autant qu'une partie de l'humeur vitrée a été chassée au dehors, dans un traumatisme, par exemple, ou bien que cette humeur a subi une modification profonde dans sa composition.

Le décollement de la rétine est le plus souvent une complication de la myopie. Il se produit en général brusquement et se manifeste par l'abolition immédiate d'une partie du champ visuel. Les objets paraissent brisés, ondulés.

On peut reconnaître le décollement de la rétine à l'image droite, et l'on aperçoit alors une saillie grisâtre, tremblotante, offrant des ondulations en rapport avec les mouvements de la tête.

Si le décollement est accidentel, la vision peut se rétablir, mais dans le cas contraire la marche est fatalement progressive.

L'indication est d'évacuer le liquide pour favoriser le recollement, et on s'est servi à cet égard de diverses ponctions avec des trocarts, le thermo-cautère; du drainage, etc., mais sans résultats bien favorables.

f. *Embolie de l'artère centrale de la rétine.* — Signalée par de Graefe, l'embolie de l'artère centrale se manifeste par une cécité subite : complète si le caillot occupe le tronc même de l'artère; incomplète s'il occupe seulement l'une des branches. A l'ophthalmoscope, on trouve la papille décolorée, les artères vides de sang. La rétine privée de ses éléments de nutrition s'altère rapidement et la vision est perdue pour toujours.

g. *Névrite optique et atrophie de la papille.* — L'inflammation de la papille du nerf optique est caractérisée par une stase sanguine considérable. La papille est gonflée, œdématisée, rouge et nébuleuse. Les artères sont amincies et les veines très dilatées, variqueuses. Il existe un véritable étranglement des vaisseaux au niveau de l'ouverture scléroticale par laquelle s'engage le nerf

optique. Peu à peu cet état se transforme, aboutit à l'atrophie de la papille et détermine une cécité complète, terme fatal de la plupart des affections de la rétine et de la choroïde. Le fond de l'œil présente alors un aspect caractéristique : la papille est blanche, décolorée, et se détache avec la netteté d'un pain à cacheter blanc sur un fond rouge.

h. *Daltonisme.* — On décrit sous ce nom la perte du sens chromatique ou sens des couleurs. C'est ordinairement le rouge et le vert que les sujets ne peuvent percevoir et confondent dans une même nuance. Très rarement il y a abolition complète de ce sens; la perception persiste en général pour le jaune, le bleu et le violet.

C. Lésions organiques de l'orbite (tumeurs de l'orbite).

— Les tumeurs développées dans la région orbitaire occupent le globe de l'œil ou siègent en dehors de lui : elles sont donc intra-oculaires ou extra-oculaires. Il est en général facile de faire le départ entre ces deux sortes de tumeurs; tout au plus pourrait-on avoir quelques doutes lorsqu'une tumeur primitivement développée dans l'œil a rompu ses barrières et envahi l'orbite, mais la marche de l'affection vous mettra vite sur la voie du diagnostic.

a. *Tumeurs intra-oculaires.* — Je ne reviendrai pas ici sur les petites tumeurs qui peuvent apparaître à la surface de l'œil et dont j'ai signalé plus haut la présence (dermoïde, pinguecula, etc.).

L'iris présente un certain nombre de tumeurs que l'on peut voir directement ou mieux avec l'éclairage latéral. On y observe des kystes de diverse nature, en particulier des kystes épithéliaux, qui font dans la chambre antérieure une saillie de couleur blanc nacré; des tubercules pouvant atteindre le volume d'un pois; des gommés. Le diagnostic anatomique de ces diverses affections ne pourra être en général établi qu'à l'aide du microscope.

Le seul traitement consiste à enlever la tumeur avec la portion d'iris correspondante.

La choroïde peut aussi être affectée de petites tumeurs de nature tuberculeuse.

Je ne fais que signaler la présence des cysticerques dans la chambre antérieure, le corps vitré ou la rétine. Ils se présentent

sous la forme d'une vésicule arrondie ou ovoïde, d'un aspect gris-jaunâtre, chatoyant, et agitée de quelques mouvements. Le volume est celui d'une grosse tête d'épingle.

On doit les enlever si c'est possible.

Les tumeurs intra-oculaires les plus importantes et les plus fréquentes sont : le *sarcome de la choroïde* et le *gliome* ou *sarcome névroglique de la rétine*. Ces tumeurs étaient décrites il y a quelques années encore sous le nom générique de *cancer de l'œil*. Il est certain que pour le clinicien la différence entre ces deux genres de tumeurs est bien minime, car elles ont une marche à peu près identique.

Le sarcome de la choroïde est très souvent infiltré de cellules pigmentaires, sarcome mélanique (cancer mélanique); on l'observe en général entre quarante et cinquante ans. Le gliome de la rétine, spécial à l'enfance, apparaît entre six et douze ans, et revêt l'aspect d'une tumeur molle, grisâtre, parfois rosée et transparente; c'est à lui qu'on réservait spécialement le nom d'encéphaloïde de l'œil. Ces distinctions une fois établies, on peut confondre ces deux néoplasies, différentes d'origine plutôt que de nature, dans une même description clinique.

Au début la tumeur, appréciable seulement à l'ophtalmoscope, se révèle par des douleurs et des troubles fonctionnels variables suivant son siège et son volume.

Elle remplit peu à peu le globe, refoule ou absorbe le corps vitré, repousse et détruit le cristallin, l'iris, et vient faire effort contre la cornée et la sclérotique. La vision est, bien entendu, complètement abolie, et les douleurs présentent une intensité extrême.

La coque oculaire cède et le produit s'étale à la surface de l'œil sous forme de champignon. Il se produit alors une grande détente dans les souffrances.

Survient ensuite la dernière phase, celle de l'envahissement des régions voisines : crâne, région temporale, fosses nasales, sinus frontaux, maxillaires; c'est aussi la phase des écoulements abondants de matière purulente. Tous ces désordres se sont le plus souvent accomplis en quelques mois. La généralisation ne tarde pas à s'opérer dans les viscères, et le malade succombe dans un état cachectique.

Le diagnostic, qui ne peut être que soupçonné au début, à moins d'une très grande habitude dans les examens ophtalmoscopiques, est malheureusement trop facile vers la fin.

Aussitôt que vous aurez reconnu l'existence du sarcome choroïdien ou du gliome de la rétine, proposez au malade l'énucléation du globe de l'œil. Sachez que la récurrence est fréquente et survient ordinairement en quelques mois. Poursuivez la tumeur autant que cela est possible en enlevant toutes les parties molles de l'orbite, en allant chercher les prolongements partout où ils se trouvent, spécialement dans la fosse temporale et le sinus maxillaire, où leur présence pourrait être dissimulée.

b. *Tumeurs extra-oculaires ou orbitaires*. — Les tumeurs extra-oculaires ou orbitaires proprement dites prennent naissance dans l'orbite même ou n'y apparaissent que secondairement. Il sera en général facile d'établir, par l'interrogatoire du malade, cette première base du diagnostic, puisque les symptômes manifestes se seront développés d'abord dans les régions voisines, avant l'envahissement de la région orbitaire : tel un polype des fosses nasales, un polype naso-pharyngien, une tumeur du sinus maxillaire, une tumeur du crâne, etc.

De même l'interrogatoire du malade et la succession des symptômes vous feront reconnaître si une tumeur étendue, je suppose, à la plus grande partie de la face, a été primitivement intra-orbitaire.

Les tumeurs primitivement orbitaires (abstraction faite de celles qui prennent leur point de départ dans le globe de l'œil) sont fort rares. C'est ainsi qu'une pratique déjà longue dans les hôpitaux de Paris ne m'en a fourni aucune observation.

C'est par un abus de langage qu'on a pu ranger l'œdème et l'emphysème de l'orbite parmi les tumeurs. Ces affections peuvent sans doute produire un signe commun à la plupart des néoplasmes : l'exophtalmie, mais ce ne sont pas plus des tumeurs que le phlegmon de l'orbite ou le goitre exophtalmique.

Les tumeurs de l'orbite se développent aux dépens de la glande lacrymale, ce sont en général des adénomes; — aux dépens du squelette, ce sont des exostoses qui revêtent dans cette région un caractère spécial; — aux dépens de la graisse, les lipomes; — aux dépens des surfaces séreuses situées au niveau des tendons des muscles de l'œil, ce sont les kystes; — elles se développent surtout aux dépens des vaisseaux, ce sont les tumeurs vasculaires ou mieux pulsatiles.

Il ne serait pas d'ailleurs rationnel de clore ainsi la liste des

tumeurs de l'orbite, car il n'y a pas de raison pour qu'on ne trouve pas dans cette région des produits pathologiques analogues à ceux de toutes les autres régions : des fibromes, des myxomes, des épithéliomes, des lymphadénomes, des chondromes, etc., mais celles que nous devons signaler comme spéciales à l'orbite sont les exostoses, les kystes et les tumeurs vasculaires. Ces tumeurs présentent quelques caractères particuliers, que je ferai d'abord connaître.

Les *exostoses* de l'orbite présentent une dureté extrême; elles ressemblent sous ce rapport à celles qui se développent au voisinage des fosses nasales, dans les sinus frontaux et maxillaires, où elles prennent d'ailleurs très probablement naissance : elles sont éburnées, et les instruments les plus puissants ne peuvent les entamer : c'est par des mouvements de bascule, à l'aide d'un levier, qu'on en vient le plus facilement à bout.

Les *kystes* sont séreux, hydatiques ou dermoïdes; on peut rapprocher de ces derniers les kystes à contenu huileux de l'angle interne de l'orbite. Si l'on songe que les muscles de l'œil sont pour la plupart des muscles réfléchis, et que leurs tendons glissent dans des coulisses, ou au moins dans des couches de tissu cellulaire lâche, on sera disposé à croire que c'est là le point de départ des kystes séreux. Le globe de l'œil lui-même, par ses glissements incessants sur le feuillet oculaire de l'aponévrose de Ténon, donne naissance à une séreuse qui peut devenir le siège d'une hydropisie. Quant aux kystes hydatiques, ils reconnaissent sans doute, ainsi que dans les autres points du corps, une violence extérieure comme cause déterminante. Les kystes dermoïdes doivent être attachés à la même origine que les kystes du sourcil, dont je parlerai plus loin.

Les *tumeurs vasculaires* de l'orbite offrent une importance exceptionnelle. On a décrit : l'anévrysme de l'artère ophthalmique, l'anévrysme cirsoïde, les tumeurs érectiles artérielles et veineuses, la dilatation de la veine ophthalmique qui vient former tumeur au niveau du grand angle de l'œil.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de la tumeur orbitaire, elle donne naissance à un certain nombre de signes communs qui permettent de résoudre cette première question :

Existe-t-il une tumeur dans l'orbite?

Les signes communs sont : l'exophtalmie, la douleur et les troubles de la vision.

Il est bien évident que le plus important de ces signes est l'exophtalmie; tant qu'il n'existe pas, on peut à peine soupçonner la présence d'une tumeur dans l'orbite. Son existence n'est cependant pas une preuve absolue, parce qu'une périostite, un phlegmon, peuvent lui donner naissance, mais alors les phénomènes inflammatoires, la durée de l'affection, ne permettront pas de se tromper. J'en dirai autant de l'exophtalmie qui accompagne le goître exophtalmique, dont la coexistence avec les palpitations et le goître fera reconnaître le caractère.

L'exophtalmie sera tantôt directe; elle pourra être latérale suivant le siège qu'occupe la tumeur.

La douleur est loin d'être par elle-même un symptôme de tumeur orbitaire, mais elle a son importance lorsqu'elle accompagne l'exophtalmie, suivant qu'elle siège sur le trajet de tel ou tel nerf.

Il en est de même pour les troubles de la vision : la diplopie, la paralysie de l'un des muscles, l'apparition de la myopie, de l'hypermétropie, etc., seront des symptômes qui prouveront non seulement la présence d'une tumeur dans l'orbite, mais encore renseigneront sur le siège qu'elle occupe : c'est ainsi, par ex., que la myopie indiquera une compression latérale et que l'hypermétropie sera le signe d'une compression du globe dans le sens antéro-postérieur. Une cécité complète fera penser que le nerf optique est comprimé et désorganisé. Il faut savoir toutefois que ce nerf est susceptible d'éprouver un allongement considérable sans perdre ses propriétés; on le constate dans certains traumatismes et dans quelques cas d'exophtalmie assez prononcée pour que le globe de l'œil sorti en quelque sorte de l'orbite ait cessé d'être recouvert par les paupières.

Nous avons la certitude qu'il existe une tumeur dans l'orbite et nous connaissons même la partie de l'orbite envahie.

De quelle nature est la tumeur?

Cette notion ne pourra généralement être acquise que lorsque la tumeur sera accessible à la vue et au toucher, lorsqu'elle aura franchi la base de l'orbite. Toutefois les tumeurs vasculaires se révéleront beaucoup plus tôt par des signes non équivoques : battements, bruit de souffle continu ou intermittent avec ou sans *thrill*. Mais, si le diagnostic d'une tumeur vasculaire de l'orbite est aisé, il n'en est pas de même du diagnostic de la variété.

Dans l'état actuel de la science, on ne saurait résoudre les questions suivantes : les tumeurs vasculaires de l'orbite sont-elles plus souvent artérielles que veineuses, ou réciproquement ? — sont-ce des anévrysmes proprement dits, ainsi que le prétend Demarquay, ou seulement des varices artérielles (anévrisme cirsoïde), — ou bien des tumeurs érectiles avec prédominance de l'un ou de l'autre système vasculaire, — ou encore une dilatation de la veine ophthalmique due à une communication du sinus caverneux avec la carotide interne ? — La dilatation veineuse est-elle simplement le résultat d'une compression exercée sur la veine ophthalmique au sommet de l'orbite ou dans le sinus caverneux ?

Ces diverses hypothèses sont admissibles ; je ne puis cependant m'empêcher de faire des réserves à propos de la dernière, à savoir : la simple dilatation veineuse due à la compression de la veine ophthalmique au sommet de l'orbite sans aucune communication avec le système artériel. Que cette compression produise une tumeur avec battements et bruits de souffle, cela est difficile à accepter, malgré le voisinage de l'artère carotide interne.

Sans doute les faits de Nunneley, reproduits par M. Dumée dans sa thèse inaugurale en 1870, ceux de Bowman, de Hulke, l'observation de M. Aubry, donnent à cette théorie une base importante. Cependant il est si anormal de voir une simple dilatation veineuse produire des battements et du bruit de souffle, et, d'autre part, le fait s'expliquerait si aisément par une communication, si étroite qu'elle fût, entre la carotide interne et le sinus caverneux, que nous en appelons encore à de nouveaux faits avant d'accepter définitivement cette variété de tumeur vasculaire de l'orbite.

M. Delens aurait tendance à faire jouer un rôle prépondérant à l'anévrysme artérioso-veineux dans la production des tumeurs orbitaires, mais ce n'est aussi qu'une hypothèse, assez vraisemblable, il est vrai, qu'il appartient aux faits de confirmer ou d'infirmer. Dans tous les cas, les observateurs devront à l'avenir noter avec grand soin si le bruit de souffle est intermittent, ou bien s'il est continu avec redoublement, ce qui a été presque toujours négligé jusqu'ici.

Le mode de production de ces tumeurs viendrait à l'appui de l'hypothèse de M. Delens. En effet, souvent leur début a été brusque, et elles ont succédé à un traumatisme : ainsi, dans une observation de Velpeau, il s'agit d'un homme qui avait reçu un

violent coup de poing sur la nuque. Dans la remarquable observation de M. Desormeaux, il s'agit également d'un homme qui, dans une chute, eut la tête fortement serrée entre une caisse et une grue.

Quoi qu'il en soit, les diverses tumeurs vasculaires de l'orbite donnent lieu à des symptômes à peu près identiques, et la distinction des variétés n'a qu'une importance clinique secondaire, car un même traitement leur est applicable.

Quant aux autres tumeurs, c'est en nous basant principalement sur la consistance que nous en pourrions déterminer la nature : une exostose donnera la sensation d'une dureté pierreuse ; un kyste séreux, un abcès froid, seront fluctuants, et ce dernier aura été précédé de quelques douleurs ; un lipome présentera la mollesse propre à ce genre d'affection. Si la tumeur était rénitente, indolente, et siégeait vers l'angle supérieur et externe de l'orbite, la probabilité serait en faveur d'un adénome de la glande lacrymale.

En résumé, je pense qu'à l'aide des données précédentes il sera le plus souvent facile de résoudre les diverses questions que doit se poser le praticien pour arriver au diagnostic d'une tumeur de l'orbite :

1° Existe-t-il une tumeur dans l'orbite ? — l'exophtalmie, parfois les douleurs profondes et les troubles de la vision, permettront de l'affirmer ;

2° La tumeur a-t-elle pris son point de départ dans le globe de l'œil ou bien en dehors de lui ? — l'examen direct de l'œil au début de l'affection et plus tard la marche de la maladie le feront reconnaître ;

3° Dans quel point de l'orbite siège la tumeur ? — en arrière, si l'exophtalmie est directe ; sur les côtés, si l'exophtalmie est latérale ; en arrière, s'il est survenu de l'hypermétropie ; sur les côtés, s'il est survenu de la myopie. La paralysie de l'un des muscles servirait encore à la solution du problème ;

4° Quelle est la nature de la tumeur ? — Les signes propres aux tumeurs vasculaires en général les feront facilement reconnaître. On distinguera les autres à leur consistance, leur marche, leur durée, comme dans les autres régions ;

5° Lorsqu'une tumeur occupe l'orbite et les régions voisines, quel est son point de départ ? — On le reconnaîtra par l'étude attentive des commémoratifs, la nature des symptômes et leur ordre de succession.

Voici un tableau synoptique qui permettra d'envisager rapidement les tumeurs de l'orbite dans leur ensemble :

TUMEURS DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Oculaires.....	}	Kystes de l'iris.	} Cancer de l'œil.
		Tubercules de l'iris.	
		Gommes de l'iris.	
		Tubercules de la choroïde.	
		Sarcome de la choroïde.	
Orbitaires. {	Vasculaires ou pulsatiles.	Gliome de la rétine.....	}
		Anévrysmes de l'artère ophthalmique.	
		Anévrysmes cirsoïde.	
		Tumeurs érectiles artérielles et veineuses.	
		Dilatation de la veine ophthalmique.	
	Non vasculaires.	Exostoses.	}
		Kystes de nature diverse.	
		Abcès froid.	
		Lipome.	
		Adénome de la glande lacrymale.	

Le traitement des tumeurs de l'orbite présente de sérieuses difficultés, surtout en ce qui concerne les tumeurs vasculaires. C'est à la ligature de la carotide primitive qu'on devra le plus souvent recourir, si toutefois l'affection provoque des accidents graves. En 1870, M. Delens avait réuni 33 cas de ligature de la carotide primitive pratiquée pour des tumeurs vasculaires de l'orbite. Sur ces 33 cas, il y eut 22 succès, 5 succès partiels, 1 insuccès et 5 morts, statistique assurément encourageante. Depuis cette époque M. Chauvel a fourni une statistique également favorable et dans des proportions sensiblement égales : 56 cas, 37 guérisons, 11 insuccès, 8 morts. La ligature de la carotide primitive, qui donne en général une moyenne de 41 à 43 pour 100 de mortalité, est donc moins grave ici, puisqu'elle ne paraît donner que 14 à 16 pour 100, ce qu'il n'est pas bien facile d'expliquer.

Toutefois, avant de recourir à cette grave intervention, on pourrait essayer la compression digitale sur la carotide primitive; M. Vanzetti, de Padoue, en a obtenu de bons résultats; on y joindrait les applications locales de glace. Ces deux moyens combinés m'ont donné, si ce n'est la guérison, au moins une amélioration très grande dans un cas d'anévrysmes cirsoïde extrêmement étendu, non de l'orbite, il est vrai, mais le mode d'action est le même, quelle que soit la région.

On a employé les injections de perchlorure de fer, et M. Desormeaux a dû à cette méthode un succès : mais je n'ose trop conseiller ce moyen, par crainte de la thrombose des sinus. Si on y avait recours, il serait bon de comprimer au cou la veine jugulaire interne pendant quelques minutes pour diminuer le cours du sang. Je répète que, si le malade n'éprouve que de la gêne, mon avis est qu'il faut s'abstenir de tout traitement actif, d'autant plus que les tumeurs pulsatiles de l'orbite n'abolissent pas en général la vision. On lui conseillera d'éviter les causes qui activent la circulation et on prescrira la digitale.

Quant aux autres tumeurs, leur traitement est plus simple, tout en empruntant un certain caractère de gravité au voisinage de l'œil et du cerveau. Les lipomes, les kystes, les adénomes, subiront le même traitement que dans les autres régions.

Faut-il enlever les exostoses? En général, n'y touchez pas, à moins qu'elles ne provoquent des accidents capables de mettre la vie du malade en danger; n'y touchez pas surtout, si elles occupent la paroi supérieure de l'orbite, dont la fragilité est telle que la rupture en serait presque fatale. Cependant, s'il était démontré que le point de départ de l'exostose est le sinus frontal ou le sinus maxillaire, comme elle est alors enclavée et non pédiculée, on en pourrait pratiquer l'extraction par des pesées faites à l'aide d'un levier après avoir ouvert suffisamment la loge qui la contient, ainsi que le conseilla Dolbeau.

D. Affections consistant en un simple trouble de la vision avec intégrité des membranes et des milieux (maladies de la réfraction et de l'accommodation). — Les affections de l'œil qui répondent à ce titre sont produites par des anomalies de la réfraction ou de l'accommodation. J'y joindrai le strabisme.

Anomalies de la réfraction. — L'axe antéro-postérieur du globe ou axe optique est normalement en rapport avec la puissance de l'appareil dioptrique ou réfringent de l'œil. On appelle *emmétrope* le sujet chez lequel existe ce rapport normal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Cet axe, qui est de 24 millimètres, je suppose, chez un sujet emmétrope, peut se trouver ou plus long ou plus court avec un même appareil dioptrique : il en résulte des maladies de la réfraction. En effet, à l'état normal, l'appareil dioptrique de l'œil est disposé de façon que le foyer des rayons parallèles se