

contribue à former les orbites, mais qui avait de plus gagné l'ethmoïde dont la portion orbitaire était détruite. Les trépan, les élévatoires, les tenailles, les scies, les limes, les vilebrequins, les maillets de plomb, les gouges, les ciseaux de presque toutes les espèces furent employés pour exécuter cette opération. En vingt jours la plaie était presque cicatrisée.

S'agit-il, au contraire, d'une carie, on cherche à modifier le tissu osseux altéré, en portant sur la partie malade des topiques excitants; on panse avec des plumasseaux imbibés de teinture alcoolique de myrrhe, d'aloès, de benjoin, d'iode; ou bien encore on injecte ces mêmes liquides dans le trajet fistuleux.

Dans tous les cas, il est important de fournir au pus une issue facile. Pour prévenir une adhérence entre la base de la paupière et les os subjacents, après les suppurations prolongées de l'orbite, on a conseillé de ponctionner les abcès non dans la partie la plus saillante, mais dans un point éloigné, tel que la circonférence de l'orbite, en pratiquant au besoin une ponction sous-cutanée et un trajet un peu long. Ce précepte peut être bon dans les abcès chauds de l'orbite; mais dans les dépôts froids, qui se convertissent toujours en fistules longues, il expose à la rétention du pus, à la production de nouvelles ouvertures fistuleuses. Mieux vaut pratiquer l'incision dans un point déclive, pour favoriser l'issue de la suppuration. Il ne faut pas s'exagérer l'importance de la lagophthalmie (raccourcissement de la paupière), après les suppurations prolongées de l'orbite. Dans quelques cas, la paupière restée saine vient suppléer la paupière déviée ou raccourcie. D'ailleurs, à supposer que la lagophthalmie ou le renversement de la paupière fût de nature à compromettre l'intégrité du globe, on y remédierait dans la suite par une des opérations que nous ferons connaître plus tard (voy. l'article *Ectropion*).

ARTICLE IV.

Inflammation de l'appareil vasculaire de l'orbite.

Les phlegmasies de la veine ophthalmique ont été vues un certain nombre de fois; Thibault en a réuni cinq observations. Dans les divers cas, l'affection était caractérisée par l'œdème des paupières, un chémosis séreux, un exophthalmos, une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements de l'œil, avec intégrité de la vision. Tous les sujets ont succombé, la plupart avec des phénomènes cérébraux graves, et l'examen cadavérique a fait constater la présence du pus dans la veine ophthalmique et dans plusieurs des sinus de la dure-mère. Les parties molles de l'orbite étaient simplement infiltrées de sérosité.

L'inflammation de l'artère ophthalmique est bien plus rare. Gendrin en a rapporté une observation.

CHAPITRE IV.

TUMEURS DE L'ORBITE (ORBITOCÈLES).

Les diverses productions morbides que l'on rencontre dans l'intérieur de l'orbite se développent tantôt dans cette cavité, ou bien, au contraire, ayant eu leur point de départ primitif dans les parties avoisinantes, elles ne se sont portées dans l'orbite que plus tard, après avoir usé ou détruit l'une des parois de cette cavité. C'est ainsi qu'on a vu des tumeurs venant de la cavité crânienne, telles que des encéphalocèles, des productions fibroplastiques de la dure-mère, des kystes, des cancers intracrâniens, faire irruption dans l'orbite, chasser l'œil en avant et se montrer vers le grand angle de l'organe. Les polypes des fosses nasales, surtout les polypes fibreux et les sarcomeux, pénètrent dans l'orbite, après avoir détruit la paroi interne de cette cavité.

Des tumeurs de nature diverse, développées dans le sinus maxillaire, telles que des productions fibroplastiques, cancéreuses, se frayent aussi une voie dans l'orbite, après avoir détruit la paroi inférieure de cette cavité. Les collections de liquide, de mucus, de pus dans ce sinus, déterminent la dilatation des parois, et ont pour effet consécutif de rétrécir la cavité orbitaire, de chasser l'œil hors de l'orbite. Les tumeurs du sinus frontal produisent un effet semblable. On a vu aussi des productions morbides, qui avaient pris leur point de départ dans la fosse temporale ou dans le pharynx, pénétrer dans l'intérieur de l'orbite.

Il serait impossible de donner la description de ces diverses tumeurs, sans revenir sur l'histoire des maladies de la cavité crânienne, ou sans anticiper sur celles des fosses nasales, du sinus maxillaire, des sinus frontaux. Toutefois un enseignement d'une grande portée pratique ressort de ces faits: c'est que toutes les fois qu'on rencontre une tumeur de l'orbite, il faut explorer avec le plus grand soin toutes les cavités voisines, pour déterminer si la production morbide n'a pas eu son point de départ ailleurs que dans l'orbite; le traitement à mettre en usage étant bien différent dans les deux cas.

Les tumeurs qui se développent *primitivement* dans l'intérieur de l'orbite sont variées; tantôt elles sont formées aux dépens des tissus que contient la cavité orbitaire: tels sont les lipomes, les productions fibreuses, les exostoses, les tumeurs vasculaires; tantôt elles sont constituées par des éléments de nouvelle formation: telles sont les tumeurs osseuses libres, les diverses espèces de cancer. Quelle que soit la nature de la production morbide, celle-ci donne lieu à une série de symptômes que l'on rencontre à peu près constamment:

1° Le globe oculaire et les parties qui l'entourent remplissant exactement la cavité orbitaire, dès qu'il se développe dans l'intérieur de l'orbite une production morbide, celle-ci prend la place de ces organes. L'œil est

chassé de la cavité qu'il occupe, parce que les parois osseuses de l'orbite offrent une résistance très-grande qui les empêche de céder tout d'abord. La saillie du globe hors de l'orbite est appelée *exophthalmos*. Cette propulsion peut avoir lieu ou bien directement en avant, ce qui est rare; ou bien en haut, en bas, en dedans, en dehors, d'après le point de l'orbite où la tumeur se développe, et qui est toujours dans un sens opposé au déplacement subi par le globe. L'œil ne peut être refoulé en avant et sur les côtés, sans que les deux axes visuels cessent de converger; il en résulte que la vision avec les deux yeux ne se fait plus comme dans l'état normal, et certains sujets accusent une diplopie qui témoigne que, chez eux, les images ne se forment plus sur des points synthétiques des deux rétines. Le degré de l'exorbitisme est variable; chez quelques malades, il faut une grande attention pour reconnaître qu'un des yeux est plus saillant que l'autre. Chez certains sujets, l'œil est tellement repoussé en dehors de l'orbite, que les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe, et que celui-ci reste continuellement à découvert, au moins en partie, même pendant l'état de sommeil.

2° La douleur accompagne un certain nombre d'orbitocèles; elle tient ou bien à la compression que la tumeur exerce sur quelques-unes des divisions de la branche ophthalmique, et dans ce cas elle se manifeste sous la forme de douleurs névralgiques; ou bien elle est inhérente à la nature même de la production morbide, c'est ce qu'on observe dans certaines tumeurs cancéreuses.

3° Bien que l'œil soit chassé de l'orbite, cet organe n'échappe pas complètement à la compression mécanique que la tumeur exerce sur lui. Une compression transversale du globe, en allongeant le diamètre antéro-postérieur de l'organe, peut donner lieu à de la myopie; si le même diamètre est, au contraire, raccourci, il en peut résulter de l'hyperopsie. Toutefois ces changements dans la distance de la vision distincte sont peu importants en comparaison des modifications dans l'acuité de la vision. La compression soit du globe, soit du nerf optique amène nécessairement une diminution dans l'énergie visuelle et, plus tard, une amaurose complète ou incomplète. On a constaté dans certains cas, et alors que l'exophthalmos était porté à un degré extrême, la persistance des fonctions de l'œil, ce qui prouve que cet organe se soustrait quelquefois aux causes de compression qui agissent sur lui.

4° La compression que la tumeur exerce sur les organes qui l'avoisinent, c'est-à-dire sur les veines, produit encore un autre effet. La circulation en retour rencontrant des obstacles, il en résulte un œdème des paupières.

5° Lorsque les tumeurs intra-orbitaires ont pris un grand développement, elles finissent quelquefois par refouler en dehors les parois osseuses; la cavité de l'orbite est donc agrandie.

ARTICLE I.

Lipomes de la région orbitaire.

Le lipome est une tumeur constituée par une hypertrophie circonscrite du tissu cellulaire adipeux, limitée en tous sens par une enveloppe celluleuse qui forme à la production morbide une sorte de kyste. Cette dernière particularité établit une différence entre le lipome et l'hypertrophie générale du tissu cellulaire adipeux de l'orbite, dont nous parlerons ultérieurement (voy. l'article *Exophthalmos anémique*).

Le lipome se rencontre soit dans la cavité de l'orbite, soit au pourtour de la base de cette cavité. Dans les deux régions, il forme une tumeur bien circonscrite, indolente, donnant au toucher une sensation de souplesse et de spongiosité, sans altération des téguments qui le recouvrent, mobile en tous sens et ne déterminant d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent de la compression des organes voisins.

Lorsque la tumeur se développe dans l'intérieur de l'orbite, elle peut, en raison de son siège variable, être accessible au toucher, ou bien échapper complètement à l'investigation la plus attentive. Prend-elle naissance vers la partie antérieure de la cavité orbitaire, elle repousse les paupières en avant et n'exerce qu'un déplacement peu marqué du globe, en même temps que la compression à laquelle ce dernier est soumis est médiocre, d'où des troubles fonctionnels à peine apparents. Il n'en est plus de même lorsque la tumeur occupe une partie profonde de l'orbite; l'œil est alors repoussé peu à peu en avant, soit directement, soit à la fois en avant et de côté, d'où de la diplopie. Si le nerf optique est comprimé par la production morbide, la vision est ou affaiblie, ou abolie. Enfin la saillie exagérée de l'œil, au point d'empêcher le rapprochement des paupières, expose la cornée au contact permanent de l'air, d'où l'ulcération possible de cette membrane.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, par la raison que les lipomes, constitués exclusivement par du tissu adipeux, donnent à la main qui les explore une sensation de mollesse et de fausse fluctuation qui peut faire croire à l'existence d'un abcès froid, surtout lorsque la tumeur est profonde. La mobilité de la tumeur, le développement lent, l'absence de douleurs antérieures suffisent néanmoins, dans la plupart des cas, pour éclairer le diagnostic. Les lipomes avec prédominance de tissus fibreux ressemblent aux tumeurs fibreuses proprement dites, aux tumeurs fibro-plastiques et même aux tumeurs encéphaloïdes. La consistance moyenne de la tumeur, sa marche essentiellement lente, son indolence, l'absence de retentissement dans les ganglions lymphatiques voisins, l'intégrité de la santé générale sont autant de signes qui appartiennent au lipome. Les kystes diffèrent de ce dernier par leur rénitence, leur élasticité, leur mobilité moins grande. S'il reste des doutes sur la nature de la tumeur, on pratique une ponction exploratrice avec un trocart de petit calibre; l'examen du liquide

qui s'échappe par la canule, en cas de kyste, dissipe toute incertitude.

Au pourtour de l'orbite, c'est-à-dire dans la région frontale, il serait possible de confondre un lipome avec un *kyste dermoïde* (voy. *Kystes des paupières*); on n'oubliera pas que, dans ce dernier cas, la tumeur est plus molle et surtout que la peau qui la recouvre est adhérente au kyste, tandis que, dans le lipome, les téguments ont conservé toute leur mobilité. Enfin, si le lipome siège profondément dans la *cavité orbitaire*, si la tumeur est à peu près inaccessible à l'exploration avec le doigt introduit dans cette cavité, le diagnostic présente des difficultés beaucoup plus grandes.

Le pronostic est bénin, tant que la tumeur n'exerce pas sur l'œil de phénomènes de compression, et que le globe n'est pas projeté en avant de l'orbite. Toute médication interne est inutile; il en est de même des frictions, sur la région affectée, avec diverses pommades résolatives. L'ablation de la tumeur est le seul moyen rationnel. Le manuel opératoire suivant est applicable à toutes les espèces de tumeurs solides de l'orbite :

Extirpation des tumeurs solides de l'orbite. On pratique cette extirpation soit à travers la paupière, que l'on incise couche par couche, soit à travers la conjonctive, la paupière étant suffisamment relevée. Pour faciliter cette dernière manœuvre et mettre la tumeur plus largement à découvert, on peut prolonger la commissure externe vers la tempe, au moyen d'une incision transversale. Dès que la production morbide est mise à nu, on la saisit avec un crochet ou une érigne double; on peut également passer un fil à travers. On dissèque ensuite la tumeur avec précaution, soit avec un petit scalpel, soit avec des ciseaux droits ou courbes, en ayant soin de respecter le globe et autant que possible les autres organes importants de l'orbite. On peut quelquefois énucléer la tumeur, en se servant d'un manche de scalpel, d'un spatule, d'une sonde cannelée. Pour éviter que le sang masque les parties à diviser, on fait tomber sur la plaie un jet continu d'eau froide pendant la durée des manœuvres opératoires. Quelquefois les adhérences entre la tumeur et les parties voisines, notamment le globe, sont tellement intimes, qu'on est obligé de sacrifier les unes ou l'autre. Après l'ablation de la tumeur, l'œil déplacé reprend parfois immédiatement sa situation primitive dans l'orbite et récupère la faculté de ce mouvoir. Dans d'autres cas, le retour de l'organe exige un temps beaucoup plus long, et on le favorise au moyen d'une compression méthodique, à l'aide d'un bandage approprié.

ARTICLE II.

Tumeurs fibreuses.

Ces tumeurs prennent quelquefois leur point de départ dans le périoste. On en a vu envoyer un prolongement dans le crâne, à travers la fente sphénoïdale, et occasionner des accidents de compression cérébrale.

Leur structure ne diffère pas de celle des tumeurs fibreuses qui se montrent dans d'autres régions du corps (p. 174); c'est un tissu très-dur, de

couleur blanchâtre, entouré le plus souvent d'une enveloppe celluleuse. Dans quelques cas, on a trouvé au milieu de ce tissu quelques particules osseuses et même des kystes d'un très-petit volume. Au microscope, on a constaté l'existence de fibres entremêlées de cellules allongées.

Les symptômes sont subordonnés à la situation qu'occupe la production morbide. Est-elle superficielle, accessible à l'exploration du doigt, elle se présente sous la forme d'une masse plus ou moins volumineuse, ovoïde ou arrondie, bien limitée, d'une consistance très-ferme et assez prononcée dans certains cas pour faire croire à une tumeur cartilagineuse ou osseuse, plus ou moins mobile, suivant les connexions avec les parties voisines, indolente par elle-même et à la pression, n'occasionnant d'autres troubles que ceux qui résultent de la compression du nerf optique ou de la propulsion du globe.

Lorsque la tumeur est rapprochée de la base de l'orbite, on la distingue d'un kyste, en ce que ce dernier offre de la résistance et de l'élasticité; d'un lipome, en ce que celui-ci présente une sensation de spongiotité. Le diagnostic différentiel avec les tumeurs fibro-plastiques est plus difficile; il est même probable qu'on a le plus souvent confondu les deux espèces de productions morbides. Les tumeurs cancéreuses ont une marche plus rapide, une consistance moins dure et moins uniforme; elles produisent des engorgements ganglionnaires et une altération de la santé. L'extirpation avec l'instrument tranchant est la seule méthode de traitement applicable aux tumeurs fibreuses de l'orbite (voy. p. 784).

ARTICLE III.

Enchondrome de l'orbite.

Nous comprenons sous cette dénomination un genre de tumeurs formées à la fois d'éléments osseux et d'éléments cartilagineux ou fibro-cartilagineux. Ces néoplasmes n'ont aucune connexion ni avec les parois osseuses de l'orbite ni avec le périoste. Ils sont même parfois enkystés au milieu du tissu cellulaire de la région. J'en ai rapporté une observation dans mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 147. A. Anderson a extirpé une tumeur du même genre.

ARTICLE IV.

Tumeurs osseuses.

Ces tumeurs comprennent deux catégories : les unes, composées de tissu osseux proprement dit, ou à la fois de tissu osseux et de portions cartilagineuses, naissent aux dépens des parois de l'orbite; ce sont de véritables *exostoses*. D'autres sont constituées par des productions de tissu osseux sans connexion avec les parois de la cavité orbitaire; elles se développent au milieu des parties molles de la région. Pour les distinguer des précédentes, nous les appellerons *tumeurs osseuses libres*.

1° EXOSTOSES DE L'ORBITE. Anatomie pathologique. Les exostoses de l'orbite ont été rencontrées sur tous les points du contour et des parois de cette cavité : au côté nasal (Travers, Velpeau, Middlemore, Carron); sur l'os planum (Brassant); sur la paroi externe et inférieure (Rognetta, Lucas, Schott, Schon); au fond de l'orbite (Baillie); sur le contour de cette cavité. Le *volume* en est variable : Maisonneuve en a enlevé une qui remplissait plus des deux tiers de l'orbite; elle avait de 4 à 5 centimètres d'étendue dans tous les sens et pesait 28 grammes. Celle que ce chirurgien a extirpée en 1863, sur un jeune homme de dix-sept ans, pesait 90 grammes; la grande circonférence mesurait 17 centimètres, et la petite circonférence, 14 centimètres. Sa surface extérieure était mamelonnée, mais parfaitement lisse, à l'exception d'une partie de la face externe, qui était rugueuse dans une étendue de 4 centimètres carrés. C'est par cette portion rugueuse que la tumeur adhérait à l'éthmoïde. La masse morbide, sciée en deux, présentait un tissu compacte comme de l'ivoire, d'un blanc de lait. Sur le crâne d'un homme de soixante ans, conservé au collège des chirurgiens de Londres, les deux orbites sont *complètement* remplis par deux tumeurs osseuses, irrégulièrement arrondies, profondément lobulées, un peu noueuses. A. Cooper a rapporté l'histoire d'une marchande de poisson, morte à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, affectée d'une double exostose des sinus maxillaires. Ces exostoses s'étaient développées du côté de l'orbite. Celle du côté gauche avait fait de tels progrès, qu'elle pénétrait dans le crâne, à travers la portion orbitaire du frontal, et avait fini par exercer sur le cerveau une compression qui détermina une apoplexie.

La *forme* des exostoses présente aussi des variétés : le fait le plus curieux, sous ce rapport, est celui qui appartient à Acrel : les os de l'orbite droit, principalement le frontal et le maxillaire supérieur, faisaient une telle saillie en avant, qu'ils offraient l'aspect d'un cône tronqué de quatre travers de doigt de hauteur et d'un diamètre de même étendue à sa base. La tumeur ressemblait à une petite coupe retournée, au fond de laquelle était l'œil. La *structure* est généralement semblable à celle de l'ivoire; le tissu est parfois tellement dur et compacte, que les instruments avec lesquels on cherche à les diviser se brisent sous les efforts soutenus du chirurgien. On en rencontre cependant qui sont formées à l'extérieur d'un tissu compacte, et à l'intérieur d'un tissu réticulaire serré. Il est plus rare d'en trouver qui renferment à la fois du tissu osseux et du tissu cartilagineux.

Causes. Les exostoses de l'orbite reconnaissent souvent pour point de départ une syphilis constitutionnelle, acquise ou héréditaire. L'influence des scrofules et du scorbut est douteuse. On ne saurait, par contre, révoquer en doute la possibilité de la formation de ces tumeurs, après l'action d'une violence extérieure sur la région orbitaire.

Symptômes. Ils sont subordonnés à la situation de la tumeur. Une exostose qui occupe le rebord de l'orbite, ou qui se rapproche tout au moins de la base de cette cavité, se présente sous la forme d'une tumeur

intimement confondue avec l'os subjacent, tout à fait immobile, plus ou moins volumineuse, très-dure et très-résistante à la pression, de forme variable, en général indolente, excepté parfois au début, où elle est le siège de douleurs dites *ostéocopes*, surtout quand elle est d'origine syphilitique. La peau qui la recouvre n'est pas adhérente et ne présente de changement de coloration qu'autant qu'elle est fortement distendue. L'exostose occupe-t-elle, au contraire, une partie profonde de l'orbite, elle donne lieu à des troubles fonctionnels bien avant d'être accessible à l'exploration. Le malade se plaint pendant longtemps de douleurs sourdes ou vives dans l'orbite. Il importe de faire remarquer que les caractères de cette douleur sont variables. Il existe quelquefois des douleurs très-vives, bien que l'exostose soit petite; dans d'autres cas, les douleurs sont légères, bien que la tumeur soit volumineuse. Tantôt la douleur se propage le long de la branche ophthalmique, tantôt à la tempe; tantôt encore elle réside dans le globe ou dans la partie profonde de l'orbite. L'œil ne tarde pas à être chassé de la place qu'il occupe; il est repoussé soit directement en avant, soit à la fois en avant et sur l'un des côtés. La vision peut être conservée, ou bien diminuée et même abolie.

Diagnostic. Il est facile, lorsque l'exostose est rapprochée de la base de l'orbite; la dureté de la tumeur, sa continuité avec les parois osseuses voisines, son immobilité ne permettent pas de se tromper. Dans les cas douteux, on peut employer un mode d'exploration consistant à introduire dans la tumeur des aiguilles à acupuncture : une exostose ne se laisse pas pénétrer par l'aiguille, tandis que toute autre tumeur, solide ou liquide, est traversée. Le même moyen est applicable aux exostoses qui siègent plus profondément. Un *kyste osseux* des parois de l'orbite ne se distingue bien d'une exostose qu'à l'époque où l'enveloppe osseuse en est assez amincie pour donner lieu à cette sensation de crépitation caractéristique sur laquelle Dupuytren a appelé l'attention. Il est facile de comprendre qu'en l'absence de ce signe, l'erreur sera fréquente. On ne confondra pas une exostose de l'orbite avec une *hyperostose* des parois de cette cavité; l'hyperostose est une hypertrophie du tissu osseux portant sur une portion plus ou moins étendue du squelette. Il existe dans les annales de la science, et l'on trouve dans les musées plusieurs exemples d'hyperostose des parois du crâne étendue aux parois de l'orbite.

Marche. Terminaisons. Le développement des exostoses est tantôt lent, tantôt rapide. Abandonnées à elles-mêmes, ces sortes de tumeurs restent rarement stationnaires; le plus souvent, elles augmentent peu à peu de volume, compriment l'œil et le nerf optique, repoussent le premier de ces organes au dehors et finissent par compromettre la vision. On en a vu pénétrer dans l'intérieur du crâne et causer des accidents promptement mortels. Ajoutez qu'il en est qui produisent une difformité hideuse de la face. Il ne faut pas compter sur une guérison spontanée, bien qu'il y ait quelques exemples d'exostoses celluleuses qui ont été détruites de cette façon par suppuration ou carie.

Traitement. Il est médical ou chirurgical. Toutes les fois qu'une exostose

de l'orbite se rattache à une diathèse, c'est celle-ci qu'il faut combattre par une médication appropriée. C'est surtout dans les exostoses vénériennes qu'un traitement interne a des chances de succès. Des frictions sur la région orbitaire, soit avec la pommade mercurielle, soit avec une pommade composée à la fois d'onguent napolitain et d'iodure de potassium, favoriseront la résolution de la tumeur.

MOYENS CHIRURGICAUX. 1° **Cautérisation de la tumeur.** On a proposé de mettre la tumeur à découvert et d'en toucher la surface avec un caustique, afin de détruire les parties superficielles, dans l'espérance que le reste de la masse morbide se mortifiera. C'est un procédé fort long, infidèle même dans ses résultats.

2° **Excision partielle.** Lorsqu'une exostose est trop volumineuse, et surtout lorsque la base en est trop étendue pour qu'ils soit possible de l'enlever en totalité sans produire des délabrements considérables, on en a excisé une portion seulement, dans l'espérance que la partie restante se mortifierait. Le procédé opératoire à mettre en usage, dans ce cas, ne diffère pas de celui qui va être exposé dans le paragraphe suivant.

3° **Ablation de la tumeur.** On commence par mettre la tumeur largement à découvert, en incisant dans une étendue suffisante les parties molles qui la recouvrent. Si elle ne tient aux parois osseuses de l'orbite que par un pédicule, on coupe ce dernier, soit avec des tenailles incisives, soit avec un petit ciseau. Si elle se continue avec ces mêmes parois par une base large, on est obligé d'avoir recours à des instruments variés. Si la tumeur occupe la paroi supérieure de l'orbite, il y a grand danger de pénétrer dans la cavité crânienne; et à supposer qu'on soit assez heureux pour ne pas dépasser les limites de l'orbite, croit-on qu'on puisse impunément imprimer à la base du crâne les violentes percussions qu'exigent les manœuvres avec le ciseau et le maillet? Plusieurs fois de pareilles opérations, entreprises par des chirurgiens habiles et expérimentés, ont dû rester inachevées. Nous croyons donc que, lorsqu'une exostose occupe la base de l'orbite, on peut, sans danger, essayer d'en faire l'ablation; si, au contraire, elle est située profondément, il est préférable de la respecter, surtout lorsqu'elle adhère par une base large à la paroi supérieure de l'orbite ou au fond de cette cavité.

2° **TUMEURS OSSEUSES LIBRES.** Ces tumeurs sont très-rares. Lucas en a extirpé une formée par un morceau d'os très-dur, de forme oblongue, pesant un ou deux gros, long d'un pouce et demi, de deux pouces et cinq huitièmes de circonférence, dure, solide et assez lisse, contenue dans une cavité tapissée par une membrane solide, parfaitement lisse à ses côtés supérieur et interne, un peu inégale sur le côté correspondant au globe de l'œil. La tumeur ne présentait aucune connexion, aucune adhérence avec les os voisins. La couleur en était d'un blanc jaunâtre, la sciure d'un blanc de neige. La structure interne, après qu'on l'eut sciée, était uniforme et semblable à celle de l'ivoire, offrant comme de légers rayons se portant du centre du bord vers la partie convexe du coin auquel ressemblait l'os. La

pesanteur spécifique et la composition chimique différaient à peine de celles d'une portion de fémur d'un adulte.

ARTICLE V.

Kystes de l'orbite.

Il en est de diverses espèces, d'après la nature du produit renfermé dans la poche; de là les dénominations diverses de kystes séreux, hydatiques, sébacés, colloïdes, de stéatomes, mélicéris, athéromes, etc. On a essayé de les diviser en groupes; ainsi, Demarquay les range sous quatre chefs: les kystes séreux, les kystes hydatiques, les kystes mous, comprenant les stéatomes, les athéromes, les mélicéris, etc., et les kystes des parois de l'orbite. Il faut ajouter les kystes congénitaux, dont il existe quelques exemples.

Etiologie. Nous venons de mentionner les kystes congénitaux, dont le mode de développement est, dans l'orbite comme dans d'autres régions du corps, soumis à des hypothèses. Barnes en a rapporté un cas où il existait dans le sac une dent. Peut-être faut-il ranger dans la même catégorie les kystes criblés de poils à l'intérieur, que D. Lasserve et Kerts ont extirpés de l'orbite.

Les causes des kystes acquis ne sont pas moins obscures; on a signalé la plus grande fréquence de l'affection chez les jeunes gens et les adultes, chez les femmes, chez les sujets d'un tempérament lymphatique. On a aussi parlé de violences extérieures exercées sur la région oculaire, de refroidissements, d'irritations et d'inflammations, soit des paupières, soit de la conjonctive. Ce sont là autant d'hypothèses. Il est peut-être plus rationnel d'admettre, avec Demarquay, que les tumeurs enkystées de l'orbite reconnaissent souvent pour point de départ une hydropisie des petites bourses synoviales placées entre la paupière supérieure et le muscle élévateur, ou entre celui-ci et le muscle droit supérieur.

Anatomie pathologique. On a rencontré des kystes sur les divers points de la cavité orbitaire; Scarpa les croit plus fréquents sous le globe oculaire qu'ailleurs; Demarquay, à la partie supérieure qu'à la partie externe de l'orbite. C'est presque toujours au milieu des parties molles, c'est-à-dire du tissu cellulaire de cette cavité, qu'ils prennent naissance. Néanmoins on en a vu se développer dans l'épaisseur des parois osseuses, ou entre l'os et le périoste. Le volume de ces kystes varie depuis un pois jusqu'à une forte orange. Il en est qui remplissent l'orbite tout entier, qui dilatent cette cavité, et qui, ne pouvant trouver là une place suffisante pour se loger, se frayent une issue dans les cavités voisines, dans le crâne, par exemple.

La forme de ces tumeurs est aussi variable que le volume, et subordonnée à la résistance des tissus avoisinants. Les parois en sont tantôt minces, tantôt épaisses, unies aux parties adjacentes par des adhérences lâches ou serrées, parsemées dans certains cas de concrétions calcaires. La face interne de la cavité offre tantôt l'aspect d'une membrane séreuse, tantôt ce-