

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-

lui d'une membrane muqueuse. Il y a donc dans l'orbite, comme ailleurs, des kystes *séreux* et des kystes *muqueux*, circonstance dont il importe de tenir compte dans le choix des moyens thérapeutiques.

La tumeur se compose d'une seule ou de plusieurs cavités, ces dernières communiquant le plus souvent ensemble. Le contenu en est variable : c'est une sérosité limpide et transparente, de couleur citrine; un liquide ressemblant à de l'albumine (*hygroma*), une matière huileuse très-semblable au pus, de façon que, d'après la remarque de Mackenzie, quelques-unes de ces tumeurs ont été confondues avec des abcès. Ou bien on trouve dans la tumeur un liquide brunâtre, ayant l'apparence d'un sang noir (*hématozystes*). Les *acéphalocystes* n'y sont pas très-rares; des faits de ce genre ont été rapportés par Lawrence, Delpech, Weldon, Middlemore, Bowman, Garcia Romeral, Goyrand, Ansiaux. Dans d'autres kystes, on trouve une sorte de graisse altérée (*stéatome*); une matière jaune, visqueuse, de la consistance du miel (*mélécérus*); une substance d'un blanc grisâtre, grumelée, d'une consistance analogue à celle de la bouillie (*athérome*). Tantôt la tumeur est très-rapprochée de l'arcade orbitaire, tantôt elle s'étend profondément. Dans d'autres kystes, on a trouvé un liquide gélatineux, ce qui leur a fait donner à tort le nom de kystes *colloïdes*, attendu que cette dernière dénomination doit être réservée à une forme spéciale de cancer. Le titre de kyste *mélanique* imposé à une autre variété doit aussi être accepté avec grande réserve. Je suis porté à croire qu'il s'agissait, dans ces cas, d'un kyste *hémattique*. Ajoutons que, dans quelques kystes multiloculaires, on a trouvé une substance différente dans chaque loge de la tumeur.

Une variété rare de tumeur enkystée de l'orbite a été signalée par Carron; elle est constituée par une accumulation de liquide dans l'espace limité par le globe, d'une part, l'aponévrose oculaire décollée et séparée de l'œil, d'une autre part. La dénomination d'*hydropisie de la bourse fibreuse de Tenon* donnée à cette affection en caractérise bien la nature. Pour ne plus revenir sur ce sujet, nous ajouterons que Carron propose, pour en obtenir la guérison, le procédé suivant : on fait un pli à la conjonctive et à la bourse de Tenon avec des pinces à dent de rat; on incise ce pli avec des ciseaux fins et mousses. Le liquide écoulé, on introduit et on laisse séjourner, pendant vingt-quatre heures, dans l'ouverture, quelques brins de charpie. La présence du corps étranger suffit pour déterminer une inflammation adhésive qui amène l'oblitération de la poche.

Symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, les kystes de l'orbite se développent d'une manière sourde; ce n'est que plus tard, et même quelquefois à une époque avancée de leur évolution, qu'ils trahissent leur présence, soit par une sensation de gêne que le malade éprouve lorsqu'il imprime des mouvements au globe, soit par un déplacement qu'éprouve ce dernier. Tant que le kyste est situé profondément, il ne se révèle par aucun signe sensible. Lorsqu'il devient apparent au pourtour de l'orbite, il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, élastique, rénitente et parfois même fluctuante. Cette tumeur est séparée du globe par un sillon peu profond; elle est indolente à la pression, en général aussi sans adhé-

rence avec la peau des paupières et avec les parois de l'orbite, à moins qu'elle ne se soit développée dans l'épaisseur de ces parois. Lorsque le kyste proémine fortement en dehors de la base de l'orbite, on peut quelquefois en constater la transparence.

Marche. Terminaisons. Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes tendent à s'accroître, mais d'une manière très-lente. Alors même qu'ils atteignent de grandes proportions, ils se dirigent de préférence vers la base de l'orbite, où ils rencontrent le moins de résistance, pour se porter ensuite au dehors. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que ces tumeurs restent confinées dans la cavité orbitaire, dont elles repoussent les parois, ou qu'elles s'engagent dans le crâne à travers le trou optique, comme dans le fait rapporté par Delpech. Un kyste confinant à la paroi inférieure de l'orbite pourrait se porter dans la fosse temporale, à travers la fente sphéno-maxillaire; de même qu'une production de ce genre née au-dessus du globe pourrait pénétrer dans le crâne par la fente sphénoïdale. Arrivées à une certaine période de leur évolution, ces tumeurs compromettent gravement les fonctions de l'œil; tantôt ces troubles disparaissent après la guérison, tantôt ils persistent à un degré plus ou moins marqué. Dans tous les cas, ces kystes ne guérissent jamais spontanément, et l'art est obligé d'intervenir pour en débarrasser les malades.

Diagnostic. Tant que la tumeur n'est pas accessible à l'exploration avec le doigt, on ne peut qu'en soupçonner la présence, en ayant égard au déplacement de l'œil et aux troubles fonctionnels de cet organe. Alors même que le kyste se montre sur un des points du contour de la base de l'orbite, le diagnostic est entouré de grandes difficultés. Il est possible, même à cette période, de confondre les kystes avec d'autres tumeurs.

Les kystes de l'orbite diffèrent des *tumeurs inflammatoires*, en ce que ces dernières sont accompagnées de phénomènes généraux, ont une marche plus rapide. On les distingue des *exostoses* par leur mollesse; des *lipomes*, en ce que ceux-ci donnent une sensation de spongiosité et nullement de rénitence; des tumeurs *cancéreuses*, en ce que ces dernières sont accompagnées de douleurs, d'altération de la santé. L'un des signes les plus précieux pour reconnaître la présence d'un kyste, c'est-à-dire la *fluctuation*, est parfois difficile à apprécier. Un mode d'exploration qui m'a souvent réussi consiste, après avoir commandé au malade de fermer les paupières, à refouler le globe d'avant en arrière dans l'orbite au moyen d'une pression soutenue avec deux doigts de la main; le kyste est ainsi chassé d'arrière en avant et vient généralement proéminer sur un des points du contour de l'orbite; dès que la tumeur apparaît, on la presse avec la pulpe de l'index de la main restée libre, et on obtient ainsi une sensation de rénitence qui ne saurait tromper un chirurgien exercé. On ne peut se dissimuler cependant que, dans le plus grand nombre de cas, le diagnostic n'est assuré qu'après une ponction exploratrice. Si ce mode d'exploration est utile pour distinguer un kyste de toute autre tumeur de l'orbite, il l'est à plus forte raison quand on veut préciser la nature du produit renfermé dans la poche.

Pronostic. Il est subordonné au siège de la tumeur, au volume qu'elle présente, à l'état du globe oculaire. En général, il est bénin; la plupart des kystes guérissent, lorsqu'on les traite d'une façon méthodique et qu'on n'attend pas, pour en entreprendre le traitement, qu'ils aient donné lieu à des désordres graves. Toutefois l'inflammation qu'il est nécessaire de développer, pour la cure de la tumeur, peut se communiquer au tissu cellulaire de l'orbite, donner lieu à un véritable phlegmon (p. 773) de cette cavité et compromettre ultérieurement les fonctions de l'œil, soit par le fait de la compression à laquelle le nerf optique aura été soumis, soit par la propagation de la phlegmasie à l'œil lui-même.

Traitement. On compterait en vain sur l'usage des fondants à l'intérieur et à l'extérieur, pour obtenir la guérison des kystes de l'orbite. Il convient donc de les attaquer par des moyens chirurgicaux.

La ponction simple est tout à fait insuffisante. La ponction suivie d'une injection irritante a, au contraire, grande chance de succès dans les kystes séreux; elle échoue dans les kystes muqueux. On peut se servir, pour la pratiquer, de toute espèce de liquide irritant: vin, alcool, solution faible de nitrate d'argent, teinture d'iode, etc.

Le kyste a-t-il des parois épaisses, est-il de nature muqueuse, il faut avoir recours à l'un des procédés suivants: 1° la simple incision des parois, avec introduction de charpie dans la cavité, pour obtenir une guérison par suppuration; 2° l'excision d'une portion des parois; 3° l'extirpation complète. Bien que Scarpa recommande ce dernier procédé à l'exclusion de tous les autres, on ne doit pas perdre de vue qu'il donne lieu à des délabrements considérables; en conséquence, il faut le réserver pour les cas dans lesquels l'incision ou l'excision partielle ont échoué.

ARTICLE VI.

Tumeurs vasculaires.

Les tumeurs vasculaires de l'orbite ont été rangées sous trois chefs: les anévrysmes proprement dits; les tumeurs érectiles, les tumeurs variqueuses. On pourrait aussi les diviser en *tumeurs vasculaires artérielles* et *tumeurs vasculaires veineuses*. Les tumeurs vasculaires artérielles ont un caractère commun: elles présentent des pulsations, et donnent au stéthoscope, quelquefois à l'oreille nue, un bruit de souffle à caractère variable. On les a désignées sous les noms d'*anévrismes par anastomose*, de *tumeurs érectiles*, acception que l'on retrouve encore aujourd'hui dans la plupart des traités d'ophtalmologie. Au point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement, il n'est pas indifférent de rechercher si ce sont bien là les espèces de tumeurs vasculaires que l'on rencontre dans l'orbite.

Et d'abord, il importe de préciser ce qu'on entend par *anévrismes par anastomose*. Cette dénomination, créée par John Bell, s'applique, suivant le chirurgien anglais, à une tumeur formée par un amas de petites cellules dans lesquelles des artères versent du sang, qui est ensuite reçu par des

veines ou d'autres artères, en sorte que la structure est semblable à celle du pénis, du placenta ou de la rate; la tumeur est en général accompagnée de pulsations ou d'une sensation de vibration qui ressemble à celle qu'on obtient dans la varice anévrysmale. Bell ajoute que, dans la première période, la tumeur consiste en une simple tache, dépourvue de vibration, et que ce n'est que plus tard que les pulsations y deviennent manifestes. Chacun reconnaît dans cette description la maladie que nous appelons aujourd'hui *tumeurs érectiles* (p. 169); mais comme celles-ci sont le plus communément dépourvues de pulsations, il faut bien admettre aussi que ces battements ne sont qu'une complication de l'affection primitive, et le résultat d'une dilatation consécutive des branches artérielles qui vont alimenter la production morbide.

Les tumeurs érectiles de l'orbite sont-elles donc aussi fréquentes que le pensent quelques chirurgiens? ou, pour mieux dire, n'a-t-on pas considéré comme tumeurs érectiles des tumeurs vasculaires d'un autre genre? Cette question a été déjà soulevée par Demarquay et Hulke. Ces deux chirurgiens ont émis l'opinion que les *tumeurs érectiles* de l'orbite ne sont que des *anévrismes*. Il est incontestable qu'il y a dans l'orbite des anévrysmes; mais ces sortes de tumeurs forment la minorité des tumeurs vasculaires artérielles de la région. Nous pensons que la plupart d'entre elles, celles précisément qu'on a appelées *tumeurs érectiles*, *anévrismes par anastomose*, sont des VARICES ARTÉRIELLES OU ANÉVRISMES CIRSOÏDES (p. 286). Les considérations suivantes sont de nature à démontrer cette proposition:

1° Les anévrysmes proprement dits donnent à l'auscultation un bruit de souffle *intermittent* correspondant à la diastole artérielle. Si, dans quelques cas rares, il existe deux bruits de souffle, l'un correspondant à la diastole, l'autre à la systole artérielles, ces bruits sont toujours *intermittents*, c'est-à-dire que chaque bruit est séparé par un silence de celui qui le précède et de celui qui le suit. Les varices artérielles donnent au doigt et à l'oreille une sensation de frémissement vibratoire, continu, redoublé, très-fort, comparable au bruit du rouet, se propageant plus ou moins loin. L'anévrysmes proprement dit se présente sous la forme d'une tumeur située sur le trajet d'une artère, arrondie ou ovoïde, en général indolente et sans changement de couleur de la peau qui la recouvre, souple, rénitente, molle, élastique, fluctuante, disparaissant par la compression exercée sur elle-même ou sur l'artère principale de la région. Les varices artérielles donnent lieu à une tumeur molle et élastique, pourvue de bosselures arrondies, offrant des ondulations qui rappellent la forme des veines variqueuses.

Pour déterminer la véritable nature de la lésion de l'orbite, dans les faits rapportés sous les noms d'*anévrismes*, de *tumeurs érectiles* ou d'*anévrismes par anastomose* de l'orbite, il faut choisir les observations accompagnées de détails circonstanciés. Celle de Bourguet offre, sous ce rapport, un grand intérêt; le titre seul indique bien qu'il s'agit d'une *varice artérielle*. Qu'est-ce en effet qu'un *anévrisme de l'artère ophthalmique et de ses principales branches*, si ce n'est une affection de ce genre? Veut-on des preuves plus péremptoires à l'appui de notre manière de voir? Il est dit, dans l'observation,