

**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,



que la petite malade présentait des tumeurs pulsatives, indolentes, molles, élastiques, *au bas du front, à la partie interne de l'orbite et dans l'épaisseur de la paupière supérieure*. Cette dernière, ajoute l'auteur, est formée en dedans d'un tronc unique, du volume du petit doigt, de forme cylindrique; dans le reste de son étendue, elle est constituée par de NOMBREUSES FLEXUOSITÉS ET CIRCONVOLUTIONS qui rampent en serpentant dans l'épaisseur de la paupière supérieure; plusieurs de ces circonvolutions s'anastomosent entre elles, et forment sous la peau de la paupière *des renflements ou dilatations en forme de chapelet ou de mamelons, entrelacés ensemble*, agités par des battements. Le complément de la démonstration que nous cherchons se trouve dans les résultats de l'exploration stéthoscopique. Toutes les tumeurs offrent un frémissement vibratoire et des battements isochrones à ceux du cœur, disparaissant par la compression de la carotide; le stéthoscope y fait entendre *un bruit de souffle continu avec redoublement*. Dans l'observation de Jobert, la tumeur occupait la partie supérieure de l'orbite et, après avoir détruit en partie l'arcade sourcilière, s'était propagée sur le frontal. On y entendait *un susurrus semblable à celui de l'anévrysme variqueux*. Dans le fait rapporté par Velpeau, on entendait, en auscultant la tumeur, *un bruit de forge très-distinct*; dans celui de Brainard, *un bruit de râpe*. Abernethy a décrit, sous le nom d'*anévrysme par anastomose* des vaisseaux de l'intérieur de l'orbite, un cas dans lequel ces vaisseaux augmentés de volume s'étendaient jusque dans la paupière supérieure. Les vaisseaux, PELOTONNÉS, faisaient aussi saillie hors de l'orbite, à sa partie supérieure, et refoulaient les téguments en avant, de façon à former une tumeur du volume d'une noix. Dans cette observation, il n'est pas question, non plus que dans la suivante, des résultats fournis par l'auscultation. Dalrymple dit que chez sa malade, il existe profondément dans les téguments de la paupière, un peu vers l'angle interne, *un amas de petites tumeurs*, d'une structure ferme et dense, douloureuses à la pression, avec vibration pulsative. Entre cet amas et le bord inférieur du sourcil, exactement sur le trajet de la branche frontale de l'artère ophthalmique, il y avait une substance dure et tuberculeuse, s'élevant légèrement au-dessus de la surface générale de la paupière, et agitée de pulsations distinctes. Immédiatement au-dessus du tiers nasal de l'arcade sourcilière, les téguments étaient légèrement soulevés par une tumeur molle, *mal limitée, située très-exactement sur le trajet de certaines branches de l'artère frontale, et agitée de pulsations isochrones au pouls*.

2° Certaines tumeurs de l'orbite, désignées sous le nom d'*érectiles*, ne sont que des tumeurs cancéreuses. L'observation de Freer, rapportée par Demarquay aux anévrysmes diffus consécutifs, est donnée par l'auteur sous le nom de *fungus hématode*. Le malade succomba à ces hémorragies et avec des phénomènes d'hydropisie. On ne saurait non plus considérer comme érectile la tumeur enlevée par Dupuytren, puisqu'il est dit que cette tumeur parut composée uniquement d'un tissu semblable à celui des corps caverneux, mêlé d'une très-petite quantité de *tissu cancéreux*.

3° Il importe aussi de remarquer qu'on a souvent considéré soit comme

tumeur érectile de l'orbite, soit comme anévrysme de cette région, un anévrysme de la carotide interne, ayant donné lieu à des pulsations du globe avec exorbitisme. Des faits de ce genre ont été rapportés par Scott, Dudley, Curling.

En résumé, nous croyons que l'on trouve dans l'orbite trois espèces de tumeurs vasculaires : des anévrysmes proprement dits, des varices artérielles et des tumeurs variqueuses.

## 1° ANÉVRYSMES.

Il existe des exemples d'anévrysmes des artères ophthalmiques; bien entendu que nous ne considérons comme tels que les faits vérifiés par l'autopsie. Comment, en effet, reconnaîtrait-on sur le vivant une pareille affection? Comment la distinguer soit d'un anévrysme de la carotide interne, soit d'une dilatation des branches que l'artère ophthalmique fournit profondément dans l'orbite?

Guthrie a rencontré, en faisant l'autopsie d'un malade atteint d'exophthalmos avec trouble à peine marqué de la vision, mais qui accusait un bruit de sifflement dans la tête, un anévrysme du volume d'une grosse noix de chacune des artères ophthalmiques. La veine du même nom était plus volumineuse, obstruée, près de l'endroit où elle traverse la fente sphénoïdale, par une augmentation de volume des quatre muscles droits. Aucune opération ne fut tentée pendant la vie du sujet. Carron a trouvé, sur le cadavre d'une femme, un anévrysme de l'artère ophthalmique, au moment où ce vaisseau pénètre dans l'orbite; la tumeur avait le volume d'une noisette. Il ne put recueillir aucun renseignement sur le sujet, si ce n'est que la malade avait succombé à l'Hôtel-Dieu à une affection du bas-ventre. Giraudet a observé, à l'autopsie d'une femme, un anévrysme de l'artère carotide interne et de l'artère ophthalmique. La malade succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital. On apprit que, depuis deux ans, elle avait éprouvé des douleurs de tête périodiques, avec sensation de coups de marteau sur l'orbite droit; que la vue s'était perdue peu à peu de ce côté. Plus tard, il survint de la difficulté de la parole, un affaiblissement de l'odorat, une diminution de l'intelligence, enfin une paralysie des membres inférieurs.

On a aussi rencontré des anévrysmes de l'artère centrale de la rétine; A. Cooper, Schmidler ont signalé des cas de ce genre.

Quant aux faits de Busk, de Dudley, de Curling, considérés comme anévrysmes de l'artère ophthalmique, ils nous paraissent devoir être rattachés aux varices artérielles de l'orbite, ou à un anévrysme de la carotide. (Pour plus de détails et pour la critique de ces observations, consultez mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 170 et suiv.)

Lorsqu'un anévrysme se développe sur la terminaison de l'artère ophthalmique, comme dans un cas rapporté par Warren, le diagnostic n'offre plus les mêmes difficultés.



## 2° VARICES ARTÉRIELLES.

Nous avons dit précédemment que la plupart des tumeurs vasculaires de l'orbite, désignées sous les noms d'*anévrismes par anastomose*, *tumeurs érectiles*, doivent être rapportées à cette classe. La lecture attentive des observations de Travers, Dalrymple, Jobert, Brainard, Bourguet, que nous avons données en abrégé dans notre *Traité des maladies des yeux* (t. I, p. 172 et suiv.), fait bien ressortir cette proposition. L'observation rapportée par Velpeau sous le nom de tumeur érectile était, suivant nous, un anévrisme variqueux.

**Etiologie; symptômes; diagnostic; pronostic et traitement des tumeurs vasculaires artérielles de l'orbite.**

**Etiologie.** Les tumeurs vasculaires artérielles de l'orbite se rencontrent très-rarement dans l'enfance; le plus souvent, au contraire, chez des sujets de dix-neuf à soixante ans. Dans bon nombre de cas, elles succèdent à des violences extérieures, des chutes de haut, de violentes contusions du crâne. On n'oubliera pas que, chez quelques malades, on a noté, au moment de l'accident, des phénomènes dits *de commotion du cerveau* et même les signes rationnels des fractures de la base du crâne. Le plus souvent, l'affection est bornée à un seul orbite.

**Symptômes.** Le début est variable: quelquefois la maladie est précédée de douleurs dans l'orbite, au-dessus de cette cavité, ou dans le côté correspondant de la tête. Ailleurs, c'est une céphalalgie intense; chez quelques sujets, c'est une sensation de battements confus ou de fourmillement dans l'orbite; chez d'autres, la maladie se révèle par un craquement ou par la production subite d'un exophthalmos. De tous les signes, ce dernier est le plus constant. En même temps que l'œil est poussé hors de l'orbite, on remarque que cet organe est animé de pulsations isochrones aux battements du cœur; parfois on constate des mouvements d'avance et de recul. Dans le plus grand nombre des cas, en explorant l'orbite, on découvre, sur un ou plusieurs des points du contour de cette cavité, une tumeur dont les caractères sont variables; quelquefois elle est ferme et pulsative, et donne au doigt une sensation de frémissement; parfois elle est bosselée, ou bien encore formée de flexuosités et de circonvolutions. L'auscultation révèle des bruits divers: c'est un sifflement perçu sur l'orbite et même à une certaine distance de cette cavité; un susurrus semblable à celui de l'anévrisme variqueux; un bruit de forge; un souffle très-prononcé perçu sur la tumeur et sur toute l'étendue de la tête; un souffle continu avec redoublement. Tous ces phénomènes disparaissent, ou sont considérablement amoindris, lorsqu'on comprime la carotide primitive du côté correspondant à l'orbite affecté. Les malades entendent eux-mêmes certains bruits qui les tourmentent beaucoup: pour les uns, c'est un sifflement dans la tête; pour d'autres, c'est un bruit de soufflet dans la même région, accompagné d'une sensation de froid avec douleur obtuse au sommet du crâne;

pour d'autres encore, c'est un bruit de bourdonnement, ou un bruit qui ressemble au clapotement de l'eau; il en est qui éprouvent à la fois des bourdonnements, des battements, des tiraillements dans l'œil et dans tout le côté correspondant de la tête. La vision est le plus souvent abolie, ou gravement troublée. Les mouvements du globe sont gênés. On a noté, chez plusieurs sujets, une phlegmasie de l'œil avant le développement de la tumeur anévrysmale.

La durée de cette affection est variable; elle met depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs années à parcourir les diverses phases de son évolution. L'art est toujours intervenu dans les cas observés jusqu'ici, de façon qu'il est difficile de dire ce que deviendrait la tumeur anévrysmale, si on l'abandonnait à elle-même. En raisonnant par analogie, on peut admettre que l'affection se propagerait aux parties voisines; qu'à une certaine période, il surviendrait des hémorragies graves qui jetteraient le malade dans le marasme et le conduiraient à une terminaison fatale.

**Diagnostic.** Tant qu'il n'existe pas une tumeur appréciable au contour de la base de l'orbite, il est impossible d'affirmer, en ayant égard seulement à l'exorbitisme, aux pulsations de l'œil et au bruit perçu par le stéthoscope sur la région orbitaire, que la lésion siège dans l'artère ophthalmique ou ses branches. Un anévrisme traumatique de la carotide interne peut être accompagné de ces symptômes; on les a observés dans un cas où il existait une inflammation de la carotide interne, de l'artère ophthalmique et de ses branches. Chez une femme entrée dans le service de W. Bowman, il y avait un exophthalmos à gauche, congestion de l'œil, presbytie, un bruit de sifflement dans le côté gauche de la tête, surtout appréciable au-dessus et au-devant de l'oreille; des pulsations des paupières; un bruit très-fort perçu avec le stéthoscope placé sur l'œil. Persuadé qu'il s'agit d'un anévrisme de l'orbite, W. Bowman pratique la ligature de la carotide primitive. La malade succombe à des hémorragies qui suivent la chute de la ligature du tronc artériel. A l'autopsie, on ne trouve aucun anévrisme, ni de la carotide, ni de l'artère ophthalmique, ni de ses branches. Il existe une *phlébite suppurée du sinus caverneux, du sinus transverse et du sinus circulaire. La veine ophthalmique est augmentée de volume et ressemble à une varice; elle est obstruée par un caillot récent qui se prolonge dans les branches collatérales du vaisseau.*

Lorsqu'une ou plusieurs tumeurs apparaissent vers le contour de l'orbite, le diagnostic est plus facile; la situation de ces tumeurs sur le trajet bien connu de l'artère ophthalmique ou de ses branches, leur mollesse, leur circonscription exacte, les pulsations isochrones au pouls qu'elles offrent, les bruits qu'on y perçoit avec le stéthoscope, les modifications qui y surviennent lorsqu'on comprime la carotide correspondante, ne laissent pas de doute sur la nature de la lésion. Reste à distinguer les anévrismes proprement dits des varices artérielles. Dans le premier cas, la tumeur est solitaire et bien circonscrite; dans le second, on trouve plusieurs tumeurs sous forme de vaisseaux tortueux et pelotonnés; les vaisseaux artériels voisins participent à la dilatation.



En résumé, dans l'état actuel de la science, le diagnostic des tumeurs vasculaires artérielles du fond de l'orbite est entouré d'une grande incertitude; on peut les confondre, soit avec des anévrysmes de la carotide interne, soit avec des phlegmasies des vaisseaux intracrâniens qui communiquent avec ceux de l'orbite. Les tumeurs du même genre, qui se montrent au contour de cette dernière cavité, sont plus faciles à reconnaître; là encore on peut cependant se trouver dans l'embarras. Supposez un anévrysme variqueux de la carotide interne et du sinus caveux, avec dilatation des branches de la veine ophthalmique, vous trouverez derrière la paupière une tumeur bosselée, pulsative, pouvant même donner à l'auscultation des bruits qui simulent un anévrysme de l'orbite. Certaines tumeurs cancéreuses de cette région sont alimentées par un assez grand nombre de vaisseaux pour être pulsatives et fournir même des bruits à l'auscultation; elles simulent des anévrysmes; nous reviendrons sur ce sujet à l'histoire du cancer de l'orbite.

Cette incertitude dans le diagnostic, la gravité de certaines méthodes de traitement applicables aux anévrysmes de l'orbite, expliquent tout ce que le pronostic a de chanceux.

**Traitement.** Que l'on considère les tumeurs vasculaires artérielles de l'orbite comme des anévrysmes ou comme des varices artérielles, il est possible de leur appliquer divers modes de traitement. Abernethy a réussi à guérir, chez un enfant, une varice artérielle de l'orbite et de la paupière par l'application de *topiques astringents*; ce résultat doit être considéré comme exceptionnel. On a eu recours à la *compression indirecte*, c'est-à-dire à la compression exercée sur l'artère carotide primitive. Deux succès de ce genre ont été obtenus par Vanzetti.

C'est la *ligature de la carotide primitive*, du côté correspondant à la tumeur, qui a été appliquée le plus souvent jusqu'ici. Elle a été exécutée quinze fois. Le tableau suivant en donne une idée, en même temps qu'il offre un ensemble des résultats obtenus :

Travers. . . . .	Succès.
Dalrympé. . . . .	Succès.
Roux. . . . .	Succès incomplet.
Scott. . . . .	Succès.
Busk. . . . .	Succès.
Warren. . . . .	Succès.
Jobert. . . . .	Succès.
Velpeau. . . . .	Récidive.
Dudley. . . . .	Succès.
Herpin. . . . .	Succès.
Pétrequin. . . . .	Mort.
Brainard. . . . .	Insuccès.
Walton. . . . .	Succès.
Curling, deux cas. . . . .	Deux succès.

En admettant que, dans quelques-unes des observations mentionnées dans le tableau, la ligature de la carotide primitive ait été faite pour des affections autres qu'une tumeur vasculaire artérielle de l'orbite, le chiffre

des succès n'en est pas moins très-satisfaisant. On pourrait se demander si la ligature de la carotide *interne* ne serait pas préférable à celle de la carotide *commune*. Au point de vue de la suspension de la circulation dans le *tronc* de l'ophthalmique, il faut résoudre la question par l'affirmative. Toutefois, si on veut bien avoir égard aux nombreuses anastomoses que les branches de la carotide externe, à savoir la temporale, la faciale, la sous-orbitaire, fournissent aux *divisions* de l'ophthalmique, on peut craindre, en agissant ainsi, le rétablissement trop prompt de la circulation dans les branches de ce dernier vaisseau. Ajoutez à cela les difficultés opératoires pour découvrir l'artère carotide interne, la nécessité de placer la ligature tout près de la bifurcation de la carotide commune, et vous aurez tous les motifs pour justifier la méthode adoptée jusqu'ici.

Les *injections coagulantes* ont été essayées deux fois par Brainard et par Bourguet. Dans le premier cas, le traitement a été complexe; on a commencé par la ligature de la carotide, puis on a enfoncé dans la tumeur des aiguilles chauffées à blanc, le tout sans succès. Brainard se décida alors à pratiquer dans la tumeur une injection d'une solution de *lactate* de fer. Le malade fut pris de vomissements qui durèrent plusieurs jours. On revint à une nouvelle ponction avec une aiguille chauffée à blanc. Finalement, le malade guérit de la tumeur de l'orbite, mais l'œil correspondant fut perdu. Le fait de Bourguet a plus de portée que le précédent, attendu que les injections coagulantes constituèrent le seul mode de traitement, lorsqu'il fut reconnu que l'électro-puncture essayée préalablement ne donnait aucun résultat. On injecta dans la tumeur six à sept gouttes d'une solution de *perchlorure* de fer à 28 degrés, en ayant soin de comprimer les carotides et de maintenir cette compression vingt à vingt-cinq minutes. Il n'y eut aucun accident. Les battements ayant reparu dans la tumeur, on recommença le lendemain l'injection à dose plus élevée. Cette fois tout se passa bien encore, à part quelques nausées, et la guérison ne tarda pas; la vision demeura intacte. Quelque encourageant que soit ce fait, il n'est pas de nature à faire de la méthode des injections coagulantes un mode de traitement général des tumeurs vasculaires artérielles de l'orbite. Les résultats donnés par les injections de perchlorure de fer dans les anévrysmes sont loin d'être brillants, puisque, d'après un relevé fait en 1856, on comptait sur 18 cas 9 guérisons, 4 morts et 5 insuccès.

Nous ne croyons pas devoir insister sur quelques autres méthodes qu'on pourrait songer à appliquer aux tumeurs vasculaires artérielles de l'orbite. On présume tous les dangers qu'entraîneraient, soit la destruction de la tumeur par les *caustiques*, soit l'*extirpation* de la masse morbide; la *compression directe* ne serait applicable que dans un nombre de cas restreint. C'est donc à la *compression indirecte* (p. 261) que nous donnerions la préférence, c'est-à-dire à la compression exercée sur la carotide primitive, soit qu'on ait recours à un appareil approprié, soit qu'on la fasse avec les doigts. Si ce mode de traitement ne donnait pas de résultat, ou si la compression ne pouvait être supportée, on en viendrait à la ligature de la carotide primitive.



3<sup>e</sup> TUMEURS VARIQUEUSES.

Nous comprenons sous ce nom des tumeurs formées par un développement anormal des veines de l'orbite. On a admis dans cette cavité l'existence de tumeurs *érectiles veineuses*; c'est une supposition gratuite qui n'est appuyée sur aucun argument solide. De ce qu'une tumeur veineuse de l'orbite subit un accroissement de volume lorsque le malade se baisse, ou qu'il se livre à des efforts, il n'en résulte pas que la tumeur est formée d'un tissu aréolaire, spongieux, avec prédominance des éléments veineux. Un paquet variqueux de la jambe augmente également de volume lorsque le sujet se tient debout, ou qu'il marche, en raison des lois de la pesanteur. Toutes les fois qu'on exécute une forte expiration, le sang stagne dans les veines qui aboutissent à l'oreillette droite; ce reflux se transmet, de distance en distance, jusqu'aux sinus de la dure-mère; et il n'est pas étonnant que la veine ophthalmique qui se jette dans le sinus caveux, que les nombreuses branches qui aboutissent au tronc veineux soient distendues par la colonne sanguine.

Parmi les tumeurs variqueuses de l'orbite, il en est qui sont un prolongement de varices des paupières; tel est le cas du malade observé par Allan Burns. Chez cet homme il existait une tumeur variqueuse des paupières, du côté droit, s'étendant vers l'angle interne de l'œil, entre la conjonctive et la sclérotique jusque près de la cornée. D'autres appartiennent en propre à l'orbite. Chez une demoiselle, vue par Velpeau, il existait entre l'œil et la paroi supérieure de l'orbite une tumeur veineuse qui proéminait fortement à travers la paupière correspondante, chaque fois que la jeune personne baissait la tête.

Tant que la tumeur n'atteint pas un volume considérable, il n'y a pas à s'en préoccuper. Si elle prenait des proportions étendues, on pourrait l'attaquer soit par l'acupuncture, soit par des épingles chauffées à blanc, soit par les injections coagulantes. L'extirpation est une méthode dangereuse; dans les cas où elle a été mise en pratique, elle a donné lieu à des hémorragies graves.

## ARTICLE VII.

## Emphysème de l'orbite.

L'infiltration de gaz dans le tissu cellulaire de l'orbite coïncide presque toujours avec un emphysème des paupières. Nous en remettons la description à plus tard, quand il sera question de cette dernière lésion, qui a déjà été mentionnée à l'article *Fractures de l'orbite*, page 769. Contentons-nous de signaler ce fait, qu'un emphysème étendu du tissu cellulaire de l'orbite donne lieu à la production d'un exophthalmos et à une tumeur rénitente, élastique, mal circonscrite, offrant au toucher cette sensation caractéristique de crépitation produite par le passage de bulles de gaz dans

les aréoles du tissu cellulaire. Si la tumeur ne cède pas à l'emploi de topiques astringents et résolutifs, on la ponctionne avec une lancette, pour évacuer l'air qu'elle renferme.

## ARTICLE VIII.

## Cancer de l'orbite.

Le cancer de l'orbite est tantôt le résultat d'une propagation au tissu cellulaire périoculaire, d'une altération cancéreuse de l'œil, et, dans ce cas, il est dit *consécutif*; tantôt il se développe tout d'abord dans les parties molles ou dures de l'orbite, auquel cas il est appelé *primitif*. Il ne sera question ici que de la seconde variété.

**Anatomie pathologique.** L'affection qui naît aux dépens des parties dures ou des parois de l'orbite a tous les caractères de l'ostéosarcome. Elle est désignée par quelques pathologistes sous les noms *d'exostose fibreuse*, *exostose fongueuse de la membrane médullaire*, *fongus périostal* de la fosse orbitaire. On a cité quelques exemples d'ostéosarcome du crâne dans une grande étendue, l'orbite étant lui-même, dans ces cas, compris dans la dégénérescence; les deux tables des os étaient hérissées d'aiguilles et la substance cancéreuse déposée dans le diploé (Mackenzie). D'autres fois, l'altération est mieux circonscrite à l'orbite, dont les os ont pris la consistance de la chair, ce qui a porté J.-L. Petit à désigner cette affection sous le nom de *carnification* des os. Une autre variété d'ostéosarcome de l'orbite a été observée par Balfour: elle consiste en une masse d'une substance de couleur verte, solidement attachée à l'os frontal et remplissant presque entièrement l'orbite; des tumeurs semblables se trouvent, parfois en même temps, sur divers points des os du crâne et à la base de cette cavité.

Dans les parties molles de l'orbite, on rencontre les divers tissus cancéreux, le squirrhe, l'encéphaloïde, appelé aussi *fongus hématode*, la mélanose, le cancer colloïde ou gélatiniforme. Le squirrhe est tantôt à l'état d'infiltration, tantôt sous forme de masses. L'encéphaloïde ou *fongus hématode* se rencontre fréquemment, d'après Travers, dans le tissu adipeux placé derrière le globe et renferme une matière médullaire, granuleuse, de la consistance du riz. Il donne lieu à la formation, autour de l'œil, d'une tumeur globuleuse dont la cornée mortifiée forme le centre. Il fait saillie en avant, écarte et distend tellement les paupières, que ces voiles finissent par l'entourer et par en serrer étroitement la base. Le cancer *mélanique* est une forme fréquente; sur sept cas, réunis par Lebert, de cancer primitif de l'orbite, trois fois l'altération était de cette nature. Parfois ces diverses formes se combinent ensemble.

Quelle que soit la forme du cancer de l'orbite, les muscles, les nerfs sont infiltrés peu à peu par la matière cancéreuse et finissent par disparaître. La dégénérescence se transmet rarement au globe, à moins qu'elle n'ait pris son point de départ dans le nerf optique; elle passe plus fréquemment