

3^e 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 caverneux, 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

dans les cavités voisines, à travers les parois osseuses amincies ou perforées.

Symptômes. L'affection débute par une sensation de pesanteur et de gêne dans l'orbite. Après un temps dont la durée est variable, l'œil se meut moins facilement, les veines des paupières se dilatent, le tissu cellulaire sous-conjonctival s'engorge; la conjonctive elle-même présente parfois une vascularisation exagérée. Le globe est repoussé en dehors de l'orbite. Plus tard, la production morbide vient faire saillie sur un des côtés du pourtour de cette cavité; elle offre des caractères variables, d'après l'espèce de tissu qui la forme; elle est dure et résistante lorsqu'elle appartient au squirrhe; molle et fournissant au doigt une sensation de fausse fluctuation, lorsque c'est de l'encéphaloïde en voie de ramollissement; pulsative, lorsque la tumeur reçoit un grand nombre de vaisseaux. A cette époque, la vue commence à être troublée; tantôt il y a diplopie, tantôt un véritable affaiblissement de la vision, soit parce que le nerf optique est comprimé, soit parce qu'il commence à participer à la dégénérescence. La tumeur s'accroît plus ou moins rapidement et atteint un volume qui varie depuis une noisette jusqu'à un œuf de poule; de là un exophthalmos plus marqué, une compression plus forte du globe et conséquemment des troubles plus graves de la vision. La production morbide perd de sa mobilité; elle contracte des adhérences avec les parties ambiantes, et a de la tendance à se propager dans les cavités avoisinant l'orbite. Elle arrive fatalement à l'ulcération; c'est surtout à partir de cette époque que les malades accusent des douleurs lancinantes. La tumeur repousse les paupières en avant, d'où un ectropion, du larmolement, un obscurcissement de la cornée. Elle fournit un suintement sanieux, des hémorragies abondantes, qui sont une première cause d'épuisement pour le malade. Les douleurs deviennent plus vives, au point d'interrompre le sommeil; la santé générale s'altère; les ganglions auriculaires et cervicaux s'engorgent; le sujet succombe tantôt dans le marasme, en présentant tous les phénomènes de la cachexie cancéreuse; tantôt avec des phénomènes cérébraux, tels que du délire, de l'assoupissement, des convulsions.

Marche. Terminaisons. Abandonné à lui-même, le cancer de l'orbite tend incessamment à faire des progrès. Il passe par deux périodes, celle d'évolution et celle d'ulcération; c'est dans la dernière que surviennent les troubles généraux, et que la tumeur atteint parfois des proportions considérables. Toute la région orbitaire est alors occupée par un vaste champignon, d'où découle incessamment un ichor rosé, âcre et fétide, excoriant les paupières et les joues. Alors même que l'art intervient, et qu'on pratique l'ablation de la masse morbide, celle-ci repullule avec une grande rapidité.

Diagnostic. Il est obscur au début: ni les douleurs sourdes ressenties dans le fond de l'orbite, ni les troubles de la vision, ni la saillie du globe, ne sont de nature à fournir quelques données satisfaisantes. Ce n'est qu'à l'époque où la tumeur est accessible à l'exploration qu'on peut se former une opinion sur la nature du mal. Encore, à cette période, est-il possible de

confondre le cancer de l'orbite avec d'autres tumeurs. Le squirrhe, dans la première période, offre parfois une consistance telle, qu'on pourrait croire à l'existence d'une exostose; mais celle-ci est toujours beaucoup plus dure. L'ostéosarcome des parois de l'orbite simule mieux, au début, une exostose; mais la marche ultérieure de l'affection ne tarde pas à éclairer le chirurgien; l'ostéosarcome se ramollit, l'exostose conserve toute sa dureté. Le cancer mélanique pourrait être confondu avec la mélanose simple; Lebert a indiqué comme signes propres à les différencier les caractères suivants: la mélanose simple se présente sous forme de lames minces d'un aspect sec; elle reste stationnaire. La mélanose cancéreuse se montre sous forme de tumeur molle, saillante, à surface inégale, recouverte de stries vasculaires; elle a une marche progressive. Le cancer encéphaloïde, dans la période de ramollissement, et avant la période d'ulcération, ressemble soit à un abcès froid, soit à un kyste. L'encéphaloïde vasculaire de l'orbite est accompagné parfois de pulsations et de bruits de souffle qui font croire à l'existence d'une tumeur anévrysmale.

On aura surtout égard, pour distinguer un encéphaloïde vasculaire pulsatif, d'un anévrysme de l'orbite, aux effets produits par la compression de la carotide primitive. La tumeur diminue beaucoup plus, sous l'influence de cette compression, dans l'anévrysme que dans le cancer vasculaire.

Pronostic. Il est très-grave, en raison du siège de l'affection, du voisinage de l'œil et de la cavité crânienne, et surtout de la rapidité des récidives.

Traitement. Le cancer de l'orbite ne comporte qu'un seul mode de traitement: l'ablation ou la destruction de la partie malade. Suivant qu'il est borné aux parties molles de cette cavité ou qu'il en atteint les parois; suivant que l'œil est resté sain ou que cet organe participe à la dégénérescence, le procédé opératoire varie:

1° Lorsque le cancer est borné aux parties molles de l'orbite, que la tumeur est circonscrite, que l'œil est demeuré sain, l'extirpation de la masse morbide est faite par l'instrument tranchant; le manuel opératoire ne diffère pas de celui qui a été exposé précédemment (voy. p. 784). L'œil doit être respecté dans ce cas, alors même que la vision serait déjà compromise ou même perdue.

2° Lorsque le cancer est arrivé à une période plus avancée, que l'œil est déjà en partie, et à plus forte raison en totalité, envahi par la dégénérescence, il convient d'enlever non-seulement les parties molles de l'orbite, mais l'œil lui-même. On trouvera à l'histoire du cancer de l'œil (t. II) la description du procédé opératoire.

3° Le cancer des os de l'orbite exige des opérations plus complexes, qui rentrent en partie dans l'histoire générale des résections osseuses. On n'entreprendra aucune opération, si on n'est pas certain de pouvoir emporter toutes les portions malades, ou si, pour arriver à ce but, on est contraint de pénétrer dans la cavité crânienne. On a aussi quelquefois attaqué le cancer de l'orbite avec les caustiques, notamment avec la pâte de zinc. C'est une méthode longue, douloureuse. L'extension d'un cancer de l'orbite aux paupières, forçant le chirurgien à sacrifier ces voiles membraneux en partie

ou en totalité, il peut être nécessaire d'en pratiquer ultérieurement une restauration (voy. *Blépharoplastie*). Toutes les fois qu'un cancer de l'orbite est jugé incurable, on se borne à un traitement palliatif. On combat les douleurs par l'administration de narcotiques; on arrête les hémorragies fournies par la tumeur ulcérée, au moyen de topiques astringents, notamment la solution étendue de perchlorure de fer; on soutient les forces du sujet par un régime analeptique et corroborant.

ARTICLE IX.

Exophthalmos anémique.

On désigne sous ce nom la variété d'exophthalmos qui se développe sous l'influence d'un état de débilité de l'économie, état qui se rapproche plus ou moins de l'anémie. On a également appelé cette maladie *cachexie exophthalmique*, *exophthalmos cachectique*, *exophthalmie séreuse*, *maladie de Basedow*, *de Graves*, *goître anémique*.

Historique. La connaissance de cette affection date de notre époque. C'est à tort, selon nous, que quelques auteurs en ont attribué les premières notions à Saint-Yves. Les observations de ce dernier sont tellement concises, qu'on a peine à démêler la véritable nature de la maladie. Il ne faut point moins de bonne volonté pour trouver un exemple d'exophthalmos anémique dans une observation de T. Bonnet, rapportée par Louis. Wenzel connaissait si peu cette affection, qu'il a proposé pour elle un traitement antiphlogistique et même l'extirpation de l'œil. Demours a parlé de l'exophthalmie en divers passages de son traité; suivant lui, la cause la plus commune est une *tuméfaction du tissu adipeux du fond de l'orbite*, le volume et la consistance de ce tissu étant seulement augmentés; pure hypothèse qu'il n'a justifiée par aucune démonstration. L'exophthalmos des gens anémiques paraît avoir été vu par Pauli; mais c'est à Basedow que revient le mérite d'avoir signalé le premier la coïncidence de l'exophthalmos, du bronchocèle et d'une affection du cœur. Quelques années plus tard, H. Marsh et Graves ont appelé l'attention sur le même ordre de faits. Depuis cette époque, de nombreux travaux, de nombreuses observations ont été publiés sur ce sujet: en Allemagne, par Brück, Henoch, Helft, Lubarsch, Heusinger, Romberg, Naumann, Primassin, Schoch, Køben, Græfe, Hirsch; en Angleterre, par Begbie, Hill, Mac Donnell, Pilcher, White Cooper, Walker, Syme, Browne, Stokes, Walton, Taylor; en France, par Sichel, Demarquay, Datin, Charcot, Aran, Gros, Hervieux, Hiffelsheim.

Causes. 1° L'exophthalmos anémique se développe sous l'influence de toutes les circonstances qui débilitent l'économie: hémorragies répétées, flux séreux abondants, grossesses fréquentes; on l'a observé chez les albuminuriques; dans la convalescence de la scarlatine, alors qu'il s'était déjà manifesté une anasarque. L'affection est presque endémique, dans la cam-

pagne de Rome, les maremmes de la Toscane et les rizières de la Lombardie, où les anasarques sont très-communes. Les scrofules, le rachitisme, en altérant les liquides de l'organisme, peuvent donner lieu à la maladie.

2° L'exophthalmos anémique se rencontre plus souvent dans d'autres conditions: les malades sont pris d'abord de palpitations, de dyspnée; plus tard de battements dans les yeux et dans la glande thyroïde. C'est alors que se déclare l'exophthalmos et qu'il se manifeste un goître. Il y a donc une coïncidence entre trois éléments morbides: palpitations, exophthalmos, bronchocèle, et c'est là ce qui constitue, à proprement parler, ce que l'on a désigné sous le nom de *maladie de Basedow* ou de *Graves*.

L'exophthalmos anémique qui se développe dans les circonstances précédentes atteint de préférence les femmes, les sujets adultes, ceux qui ont un tempérament lymphatique, quelquefois plusieurs membres d'une même famille. On a essayé, par plusieurs hypothèses, de rendre compte de la production de la maladie. Sichel l'attribue à l'une des trois causes suivantes: une simple hyperhémie concentrée dans l'espace d'éponge formée par le tissu cellulaire de l'orbite, une véritable hypertrophie de ce tissu, une infiltration œdémateuse du tissu cellulo-graisseux. Taylor a pensé pouvoir expliquer la saillie oculaire par la compression des veines jugulaires sous l'influence de l'hypertrophie thyroïdienne, d'où une stase de la circulation veineuse cérébrale et oculaire. Cette opinion ne saurait être adoptée, attendu que l'exophthalmos peut se manifester avant l'apparition du goître; qu'on n'observe pas fréquemment l'exophthalmos dans les pays où le goître est endémique; qu'on a vu quelquefois le goître se développer plusieurs années avant l'apparition de la saillie des yeux, l'exorbitisme ne se montrant que postérieurement aux palpitations et à d'autres phénomènes d'anémie. Il nous semble plus rationnel d'admettre avec Trousseau que le goître exophthalmique, étant une maladie à paroxysmes, doit être rangé dans la classe des *névroses*. Ce serait une névrose à congestions locales, ayant sa cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur, c'est-à-dire de la portion cervicale du grand sympathique. Mackenzie, tout en avouant que la cause immédiate du déplacement de l'œil dans l'exophthalmos anémique est inconnue, penche vers l'opinion qu'il existe un *état variqueux des veines ophthalmiques*, et cite en faveur de cette hypothèse ce fait, que certains malades peuvent fermer les yeux après les avoir comprimés quelque temps avec la paume de la main.

Aran attribuait la saillie oculaire qu'on observe chez les sujets atteints de la maladie de Graves à la contraction exagérée d'un muscle *orbitaire*, muscle à fibres lisses, mentionné par H. Müller, analogue, par sa position et sa fonction, à la membrane orbitaire que les auteurs ont décrite chez quelques mammifères, et en particulier chez le lièvre. Le muscle orbitaire de l'homme serait protracteur du globe, et partant, aurait une action opposée à celle des muscles droits et de l'orbiculaire des paupières. Mais, ainsi que l'a fait remarquer Trousseau, cette explication est fondée sur une

hypothèse anatomique, personne n'ayant jamais constaté l'existence de ce prétendu muscle orbitaire.

Anatomie pathologique. On rencontre rarement une affection du cœur; quelquefois c'est une hypertrophie de l'organe, ou bien une dilatation passive, soit passagère et durant les paroxysmes, soit permanente. Marsh a trouvé, dans un cas, le cœur et surtout les oreillettes très-dilatés; les veines du cou, notamment la jugulaire interne, dilatées également. Lorsqu'il existe un goître, la glande thyroïde a subi des modifications de structure: les artères thyroïdiennes sont plus grosses et plus flexueuses; les branches et les extrémités en sont plus développées, les anastomoses plus nombreuses; la disposition de ces vaisseaux rappelle celle de l'anévrysme cirsoïde (p. 286). Le système veineux de la glande est très-développé. Le bronchocèle diminue-t-il, le système vasculaire s'amoindrit, le tissu cellulaire passe à l'état fibreux. On trouve aussi dans la tumeur de petits kystes à divers degrés de transformation. Le foie et la rate sont parfois congestionnés; Trousseau a vu dans un cas une cirrhose hypertrophique.

Les altérations de l'orbite qui chassent l'œil au dehors sont moins faciles à préciser. L'hyperhémie du tissu cellulaire, considérée comme cause efficiente, ne laisse pas de traces après la mort; il n'en est pas de même de l'œdème, qui a été constaté quelquefois; mais c'est à tort qu'on a cité, en preuve de ce genre d'altération, le fait d'Hamilton, qui est un exemple de phlegmon aigu de l'orbite et nullement d'exophtalmos anémique.

Quant à l'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite invoquée dans le but de rendre compte de l'exorbitisme, il faut convenir qu'elle a été très-rarement constatée à l'autopsie. Bien plus, quelques observateurs ont noté tout le contraire; ainsi, Hirsch dit nettement que les cavités orbitaires ne contiennent qu'une assez minime quantité de tissu adipeux; Praël que le tissu cellulo-graisseux de l'orbite n'est pas hypertrophié. Naumann, qui a noté dans un cas l'existence de beaucoup de graisse dans l'orbite, a signalé d'autres altérations, notamment des dégénérescences athéromateuses de l'artère ophthalmique et de ses branches.

Heusinger a trouvé le tissu cellulaire de l'orbite doublé de volume et de coloration jaunâtre, et on se demande si des congestions répétées de ce tissu n'expliquent pas suffisamment la production de cette hypertrophie, alors que la maladie a eu une certaine durée.

L'état variqueux des veines ophthalmiques n'a pas été constaté anatomiquement, et si l'on réfléchit cependant à la saillie des yeux chez les pendus, ou à la suite d'efforts répétés, tels que jeu d'instruments à vent, vomissement, efforts de parturition, accès d'asthme, on est porté à admettre que l'opinion de Mackenzie mérite d'être prise en sérieuse considération.

Symptômes. Ils diffèrent suivant l'espèce d'exophtalmos anémique. 1° L'exophtalmos produit par une altération du sang se manifeste lentement et d'une manière graduelle, quelquefois cependant avec promptitude. Au bout d'un certain temps, les globes sont tellement saillants, que les paupières sont largement ouvertes, et qu'une portion de la sclérotique reste à découvert. Les malades présentent un air d'étonnement sauvage.

L'œil est quelquefois plus dur au toucher, indolent à la pression, sans rougeur; il peut se mouvoir aussi solidement que dans l'état normal, ou avec un peu moins d'aisance: circonstance qui, pour le dire en passant, dénote que l'exorbitisme ne résulte pas d'une paralysie de tous les muscles de l'orbite. Quelques malades accusent une sensation de roideur, de plénitude, de distension. La conjonctive est souvent œdémateuse, surtout vers la périphérie du globe; les paupières sont bouffies, parfois un peu vascularisées et même livides, lorsque l'exophtalmos étant très-prononcé, le globe exerce une forte compression sur ces voiles membraneux; la vision, en général intacte, est quelquefois affaiblie.

2° L'exophtalmos lié à des troubles cardiaques et au goître, débute généralement par des palpitations, une gêne de la respiration, phénomènes qui sont beaucoup plus marqués pendant les paroxysmes. Les yeux présentent un éclat, un brillant inaccoutumés; plus tard, ils font saillie en dehors de l'orbite, et, pendant les paroxysmes, les malades accusent de violents battements dans cette région. Il n'existe pas de strabisme. En général, la vision n'est pas troublée; parfois les sujets éprouvent une sensation passagère ou durable de points noirs, de mouches volantes; quelques-uns sont myopes. La glande thyroïde augmente lentement ou rapidement de volume, et est le siège de battements. L'hypertrophie porte sur la totalité ou sur certaines portions de la glande, notamment sur la portion droite. Avec le stéthoscope, on entend un double bruit de souffle, ou un murmure vasculaire avec renforcement diastolique, comme dans l'anévrysme artério-veineux (Trousseau). On trouve dans les carotides et les veines jugulaires d'autres bruits soufflants, continus, avec redoublements lors de la diastole artérielle, analogues aux bruits de la chlorose. Le pouls radial est sans ampleur, alors que le pouls carotidien est large. Chez la plupart des malades, on constate une faim extraordinaire à diverses périodes de l'affection; quelquefois il y a de la diarrhée, de l'amaigrissement. Après les paroxysmes, l'embonpoint revient. Les femmes présentent des troubles de la menstruation, et celle-ci peut être supprimée. Pendant la grossesse, les symptômes s'amendent; la maladie reparait, aussi intense que par le passé, après l'accouchement.

Dans l'exophtalmos anémique, les deux yeux sont généralement atteints simultanément; quelquefois un des globes est plus proéminent que l'autre; d'autres fois un seul œil est poussé en dehors de l'orbite. L'état de la pupille est variable; le plus souvent cette ouverture est dilatée et présente un certain degré de mobilité. Pendant les accès de palpitation, les yeux sont plus saillants et la glande thyroïde augmente de volume. Lorsqu'on presse l'œil avec les doigts, de façon à le refouler dans l'orbite, la paupière devient plus saillante; explore-t-on l'orbite le plus profondément possible, on ne sent autre chose qu'une masse molle, informe, fuyant devant le doigt qui la presse et ne donnant aucune sensation bien nette. Si l'on glisse le doigt entre l'œil et l'orbite, on ne trouve ni bosselures ni duretés, mais seulement la masse fuyante que l'on croit toujours saisir et qui échappe constamment. Cette sensation ne rappelle-t-elle pas celle

que donne l'exploration de certaines varices, et ne milite-t-elle pas en faveur de la supposition qu'il existe une dilatation des veines de l'orbite ?

Marche. Terminaisons. L'affection, après avoir augmenté pendant plusieurs mois, peut rester ensuite stationnaire pendant un ou deux ans. Les divers phénomènes, battements du cœur, saillie des yeux, goître, diminuent ; il subsiste un certain degré de gonflement et d'induration de la glande thyroïde et de saillie des yeux. Avant la disparition des phénomènes locaux, les troubles généraux cessent ; les fonctions de l'estomac et de l'intestin reprennent leur rythme normal (Trousseau). Chez d'autres malades, les troubles cardiaques et le goître disparaissent complètement ; l'exophtalmos persiste au contraire.

Lorsque la saillie des yeux est très-prononcée, que les paupières ne peuvent plus recouvrir le globe, celui-ci, restant continuellement à découvert, s'enflamme ; la cornée s'infiltré quelquefois, et la vision peut être gravement compromise, perdue même.

Quelquefois la maladie se termine par une anémie très-forte, suite des troubles digestifs ; il survient une fièvre hectique ou une affection intercurrente des voies respiratoires. Enfin la mort peut être occasionnée par une hémorragie pulmonaire, intestinale ou méningée (Hirsch).

Diagnostic. Il est généralement facile, quand l'exophtalmos existe des deux côtés, que l'on constate des troubles cardiaques, la présence d'une tumeur thyroïdienne. Comment en effet supposer, dans ce cas, la confusion possible de la sortie de l'œil en dehors de l'orbite avec une hydrophthalmie ? Dans cette dernière affection, l'œil est lui-même augmenté de volume et offre un aspect caractéristique ; la vision est alors gravement compromise, tandis qu'elle demeure généralement intacte dans l'exophtalmos anémique. Lorsque l'exorbitisme n'affecte qu'un seul côté, le diagnostic peut offrir plus de difficultés ; l'exploration attentive de l'orbite, qui ne permet de découvrir aucune tumeur ayant repoussé le globe en avant, l'intégrité de la vision et surtout l'examen attentif de l'état général du sujet (chlorose, anémie, anasarque, albuminurie, etc.) mettront sur la voie de la nature réelle de l'affection.

Pronostic. On en comprend toute la gravité, puisque l'exophtalmos dépend d'un état général contre lequel l'art est quelquefois impuissant. Indépendamment de ce péril, il en est un autre résultant de l'exposition permanente de l'œil au contact de l'air et des corps extérieurs, alors que l'exorbitisme est assez avancé pour ne plus permettre l'occlusion des paupières : c'est l'altération de la cornée et la perte consécutive de la vision.

Traitement. Il convient de combattre l'état général du malade par une médication et une diététique appropriées. On prescrit un régime nourrissant, composé de viandes noires, de bière ; on évite l'usage du vin toutes les fois qu'il existe des palpitations. Le patient s'abstient de toute fatigue, de toute agitation. Dans le but de stimuler et de régulariser les fonctions digestives, on prescrit des substances dites *stomachiques* : la racine de columbo, l'écorce de cascarille, associées au bicarbonate de soude ; la rhubarbe, le gingembre. Les préparations toniques, notamment les ferrugi-

neux, sont utiles ; il n'en est pas de même des préparations iodées et des mercuriaux, désapprouvés par Mackenzie et Trousseau. Ce dernier considère aussi le fer comme nuisible dans le goître exophtalmique ; il conseille la saignée, la digitale et l'hydrothérapie ; la saignée pendant les accès, la teinture de digitale après le paroxysme. « Les deux indications principales, dit Trousseau, sont de calmer le cœur par le meilleur moyen que nous ayons, la digitale, et de rétablir la fonction menstruelle par divers moyens variables, suivant l'âge, le tempérament, les habitudes et les conditions hygiéniques de chacune de ces malades. »

Pour combattre l'exophtalmos, on a proposé l'application d'eau froide sur les yeux, de vésicatoires volants autour de l'orbite, une compression méthodique sur le globe, l'occlusion des paupières, la nuit, avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, alors que l'exorbitisme est assez avancé pour laisser l'œil à découvert pendant le sommeil.

SECTION V.

MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

Chez les enfants qui viennent au monde privés d'yeux, la glande lacrymale n'existe pas le plus souvent ; quand on la rencontre, elle occupe la place de l'œil. Benedict, Rosas, A. Schmidt, ont observé des cas dans lesquels les canaux excréteurs de la glande lacrymale se perdaient dans l'épaisseur de la paupière supérieure, sans s'ouvrir à la surface de la conjonctive ; de cette *imperforation* résultait la formation d'une *tumeur lacrymale vraie* (voy. p. 817). Jurine pense que les canaux excréteurs de la glande sont rarement oblitérés. Pour ce qui est des *kystes congénitaux*, qui ont été vus quelquefois dans la région occupée par la glande lacrymale, on a supposé que tantôt ces tumeurs prennent leur point de départ dans le tissu glandulaire, que d'autres fois elles résultent d'une dilatation d'un des conduits excréteurs (voy. p. 816).