

Dans d'autres cas, ces tumeurs rempliront d'une manière régulière la cavité orbitaire et lui donneront un développement uniforme; elles seront molles sans être fluctuantes, ni sans changement de coloration des téguments; on pourra avoir affaire alors à une hypertrophie générale du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

D'autres fois, on pourra constater de la crépitation sous les téguments, une turgescence pendant l'action de se moucher, et une teinte noire ecchymotique qui couvre la surface cutanée; il s'agira évidemment ici d'une tumeur gazeuse.

Enfin, ajoutons que dans certains cas on observera des battements, des pulsations, des bruits de souffle même, et les autres signes qui appartiennent aux tumeurs anévrismales.

Les phénomènes généraux causés par les tumeurs de l'orbite ne s'observent que dans deux circonstances: 1° lorsque la tumeur est le produit d'une inflammation; 2° lorsqu'elle est la conséquence d'une diathèse. Dans le premier cas, on observe le mouvement fébrile et les divers symptômes qui sont les signes de l'inflammation. Disons cependant que certaines tumeurs qui n'ont pas une origine inflammatoire peuvent néanmoins être prises d'inflammation et présenter les phénomènes qui caractérisent cet état pathologique.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs symptomatiques des diathèses syphilitiques, cancéreuses et scrofuleuses, on observe simultanément la plupart des symptômes généraux qui accompagnent ces affections. Nous ne les décrivons pas ici.

Effets des tumeurs de l'orbite.

Ils sont de deux espèces: primitifs et consécutifs.

Les effets *primitifs* comprennent ceux que nous avons décrits précédemment, tels que l'*exophthalmos*, le *strabisme*, l'*amblyopie*, l'*amaurose*, etc.

Les effets *consécutifs* consistent dans la *dilatation*, la *compression* et l'*atrophie* de l'orbite.

1° *Dilatation de l'orbite.* — La dilatation de l'orbite s'observe rarement, à moins de tumeurs cancéreuses volumineuses qui, après avoir rempli la cavité entière, peuvent disjoindre les os à l'endroit de leur suture. Il est au contraire plus fréquent de voir l'orbite

subir un véritable agrandissement occasionné tantôt par la carie ou la nécrose de ses parois, tantôt par l'action désorganisatrice des tumeurs cancéreuses qui envahissent l'os lui-même et le perforent. Mackenzie cite d'autres causes de cette dilatation: « J'ai vu, dit cet auteur (*loc. cit.*, p. 46), l'orbite lentement élargi, par suite du développement morbide de la glande lacrymale, jusqu'à pouvoir contenir le poing; dans plusieurs endroits il était perforé. Les épanchements sanguins, les collections purulentes, les anévrismes, l'accroissement de volume du globe oculaire, les tumeurs enkystées ou autres peuvent produire les mêmes effets. »

2° *Compression de l'orbite.* — La compression de l'orbite par des tumeurs venues au dehors de la cavité est un phénomène plus fréquent que le précédent. Elle peut être causée par des tumeurs venant: *a*, des fosses nasales; *b*, du sinus frontal; *c*, du sinus maxillaire; *d*, du sinus sphénoïdal, et *e*, de la cavité crânienne.

a. Tumeurs venant des fosses nasales. — C'est ordinairement un polype fibreux ou sarcomateux qui est cause de cette compression. Après avoir rempli la narine dans laquelle il a pris naissance et déformé la face d'une manière considérable, le polype s'engage à travers l'os unguis et devient saillant sous les téguments enflammés; si le polype continue à avancer, les os du nez sont séparés du maxillaire supérieur, la tumeur empiète encore plus dans l'orbite, le globe de l'œil est déplacé, la vision est perdue, et enfin la cavité même du crâne peut être envahie. Nous citerons des exemples de ces tumeurs en décrivant les tumeurs de l'orbite en particulier.

b. Tumeurs venant du sinus frontal. — Mackenzie a vu à l'hôpital ophthalmique de Glasgow une tumeur du grand angle de l'œil formée par du pus provenant du sinus frontal. D'après cet auteur, dans un cas où Beer trépana le sinus, non seulement la cavité revint complètement à son état naturel, mais encore l'œil reprit sa place dans l'orbite, et la vision fut recouvrée. Le professeur Langenbeck a publié deux cas de compression de l'orbite par suite de maladie du sinus frontal.

Des abcès, des kystes et des dégénérescences sont les produits qu'on rencontre habituellement comme causes de cette compression.

c. Tumeurs venant du sinus maxillaire. — Ce sont le plus souvent des tumeurs charnues (polypes ou cancers) qui s'y dévelop-

pent et peuvent envahir l'orbite en soulevant le plancher inférieur et en le détruisant. L'ouvrage de Mackenzie en renferme plusieurs exemples.

d. *Tumeurs venant du sinus sphénoïdal.* — Elles sont beaucoup plus rares que les précédentes : l'analogie, dit Mackenzie, conduit à penser que cette cavité doit être sujette aux mêmes maladies que le sinus frontal et le sinus maxillaire.

e. *Tumeurs venant de la cavité crânienne.* — Ce sont ordinairement des tumeurs de la dure-mère (*fungus de la dure-mère*), qui tantôt envahissent l'orbite par la fente sphénoïdale, tantôt détruisent le plancher supérieur de l'orbite et viennent faire irruption dans cette cavité.

3° *Atrophie de l'orbite.* — Le rétrécissement secondaire ou l'atrophie de l'orbite, consécutive à la perte de l'œil, a été signalé pour la première fois, je crois, par l'illustre Larrey (1) et par M. Larrey fils (2). J'en ai vu moi-même beaucoup d'exemples sur des individus qui avaient perdu l'œil soit par suite d'une maladie de cet organe, soit après l'enlèvement des tumeurs de l'orbite, et j'ai fait quelques remarques à ce sujet dans la première édition de cet ouvrage. (Voy. art. *Oeil artificiel*, édit. de 1847.)

Pour que cette atrophie survienne, il suffit que l'œil disparaisse, peu importe par quelle cause, et, dans ces conditions, l'orbite se trouve soumise aux mêmes lois pathologiques qui régissent les autres cavités osseuses, telles que les cavités thoraciques, articulaires, alvéolaires, etc.; c'est-à-dire qu'elles subissent une sorte de retrait après la disparition des organes qu'elles contenaient.

La destruction des organes orbitaires opérée, la fente des paupières se rétrécit; la paupière supérieure est flasque et aplatie; l'inférieure, d'abord déjetée en dehors par son propre poids, se relève ensuite, attirée qu'elle est par la rétraction conjonctivale; mais cette muqueuse venant à s'enflammer et à bourgeonner, ne tarde pas à causer un ectropion plus ou moins difforme.

En même temps que ces phénomènes se passent du côté des paupières, on remarque, avec une diminution de tout le côté correspondant de la face, un rétrécissement progressif du pourtour orbitaire; les parois elles-mêmes subissent une sorte de retrait

(1) Larrey, *loc. cit.*, t. V.

(2) Larrey fils, *Mém. sur les effets consécutifs des plaies de tête*, lu à l'Acad. des sc. (obs. p. 77 et 79.)

qui, suivant Larrey (1), peut être assez prononcé pour causer un élargissement de la partie correspondante du crâne, et produire par suite un développement anormal du lobe antérieur du cerveau. L'illustre chirurgien de la grande armée déduit de ce fait l'explication de l'exquise délicatesse du sens du toucher chez les aveugles; mais si cette hypothèse n'était pas vulnérable par d'autres points, elle le serait surtout par cette seule remarque, qu'on rencontre cette délicatesse de tact aussi bien chez les aveugles sans atrophie de l'orbite que chez ceux qui la présentent.

L'atrophie porte en même temps sur des parties plus profondes; ainsi le nerf optique peut aussi se rapetisser peu à peu, jusqu'à son entre-croisement, et même plus loin encore, suivant Chélius (*op. cit.*, p. 514), que l'œil ait été ou non entièrement détruit par des tumeurs, ou enlevé en même temps qu'elles par une opération chirurgicale.

MARCHE, DURÉE, PRONOSTIC. — Les tumeurs de l'orbite ont généralement un très lent développement; ce n'est qu'après un espace de temps assez long qu'on voit ces affections causer des phénomènes assez graves pour mettre en danger l'œil, et quelquefois la vie des malades; il faut en excepter cependant les tumeurs de causes inflammatoires et traumatiques, comme les abcès, les épanchements sanguins et gazeux, etc., dont la marche et la durée sont différentes.

Les tumeurs malignes ont une marche progressivement envahissante qui peut amener la mort des malades si l'on n'a point recours à l'opération dans un temps convenable; aussi leur pronostic a-t-il une grande gravité.

Dans d'autres espèces de tumeurs, le pronostic est beaucoup moins sérieux, puisque avec un traitement convenable on peut amener leur guérison.

DIAGNOSTIC. — Il présente très souvent de grandes difficultés. Pour y arriver avec plus de facilité, M. Vidal (*loc. cit.*, p. 353) a divisé les tumeurs de l'orbite en trois catégories :

Les tumeurs molles et fluctuantes;

Les tumeurs molles non fluctuantes, mais plus ou moins mobiles;

(1) Larrey, *loc. cit.*, t. V.

Les tumeurs dures, sans mobilité, ou avec très peu de mobilité.

Nous adopterons cette division :

1° *Les tumeurs molles et fluctuantes* comprennent les abcès enkystés et les kystes aqueux. Lorsque ces tumeurs sont superficielles, la fluctuation peut être assez évidente pour les faire reconnaître ; mais si elles sont séparées des téguments par une couche adipeuse ou par une tumeur lipomateuse comme on en a vu des exemples, on comprend que la fluctuation puisse être difficilement constatée. En outre, il est d'autres tumeurs qui donnent aux doigts du chirurgien la sensation d'une fausse fluctuation quelquefois très difficile à différencier de la vraie ; telles sont les tumeurs formées par l'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite, par les lipomes, et surtout par les cancers encéphaloïdes ramollis. Cependant dans ces dernières affections il existe des douleurs lancinantes si caractéristiques, et quelquefois des symptômes si tranchés d'une cachexie générale, qu'on ne pourrait pas les confondre avec les précédentes. Dans tous les cas, si l'on soupçonnait une tumeur cancéreuse, on éviterait d'avoir recours à la ponction exploratrice comme moyen de diagnostic, à cause de l'aggravation qui suit ordinairement cette exploration.

2° *Les tumeurs molles non fluctuantes* comprennent les hypertrophies du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, les lipomes, certains kystes, les tumeurs érectiles et les encéphaloïdes ramollis. On distinguera l'hypertrophie du tissu cellulaire orbitaire des autres tumeurs que nous venons de citer si l'on fait attention qu'ici, la tumeur occupe la totalité de l'orbite, qu'elle est régulière, sans bosselure, et que l'exophthalmos consécutif est direct.

Dans le *lipome*, la tumeur occupe un des points du pourtour de l'orbite ; elle est indolente, sans changement de coloration des téguments, et le plus souvent mobile ; ces caractères ne se rencontrent pas dans l'encéphaloïde ramolli, où l'on constate une adhérence de la tumeur à un des points de l'orbite, des douleurs particulières, des bosselures, souvent des lésions concomitantes du globe oculaire, et enfin quelquefois une coloration noirâtre de la tumeur lorsqu'elle est infiltrée de matière pigmentaire mélanique.

Les tumeurs érectiles, elles aussi, sont molles et non fluctuantes ;

mais on les distinguera facilement des précédentes à leur coloration bleuâtre, ainsi qu'à leurs phénomènes étroitement liés à l'influence de la circulation générale. Quant aux tumeurs gazeuses, la crépitation emphysémateuse si caractéristique qui les accompagne les fera toujours reconnaître.

3° *Les tumeurs dures* sont : les périostoses, les exostoses, les tumeurs fibreuses et les cancers non ramollis. Si ces tumeurs sont situées profondément dans l'orbite, elles seront difficiles à reconnaître ; mais si elles sont superficielles et qu'on puisse apprécier la dureté et la saillie, tantôt plate, tantôt apophysaire que forment les exostoses et les périostoses, on pourra les reconnaître facilement. Si c'est une tumeur cancéreuse, nous nous sommes déjà suffisamment étendu sur les signes diagnostiques pour qu'il ne soit pas nécessaire de les rappeler ici. Ajoutons que la ponction exploratrice conseillée par les auteurs est, dans certains cas, un excellent moyen de diagnostic, mais qu'il faut en être extrêmement sobre à cause des conséquences fâcheuses qu'elle peut entraîner.

ÉTIOLOGIE. — Elle est généralement obscure. Si nous lui appliquons la division classique et presque banale des causes locales et des causes générales, nous rangerons parmi les premières, les contusions, les fractures, les plaies de la région orbitaire, les déchirures du sac lacrymal et de la pituitaire, l'impression du froid, les opérations pratiquées dans la région, etc. Parmi les secondes, nous placerons l'hypertrophie du cœur, l'asthme, le goître (*hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite*), les diathèses syphilitique, scrofuleuse, scorbutique, cancéreuse, goutteuse, rhumatismale, enfin l'hérédité.

TRAITEMENT. — Il est médical ou chirurgical. Le premier est celui qu'on devra tenter tout d'abord lorsqu'on ne sera pas parfaitement certain du diagnostic de la tumeur, ou bien lorsque celle-ci sera à son début, ou bien enfin lorsqu'on ne voudra obtenir que des effets palliatifs. Ce traitement consiste dans l'usage des résolutifs, tels que les liquides astringents, les pommades iodurées, les révulsifs (vésicatoires, cautères), les dérivatifs (sangsues, ventouses), enfin les médicaments internes, suivant les indications ; parmi ces derniers, nous citerons le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium, lorsqu'il s'agira de tumeurs spécifiques ;

l'huile de foie de morue et les autres huiles iodées unies aux topiques ferrugineux, lorsqu'on aura affaire à des tumeurs scrofuleuses, cancéreuses, etc.

Mais lorsque les moyens précédents seront inefficaces, que la tumeur progressera et menacera l'organe de la vision, qu'elle pourra faire courir des dangers à l'existence du malade, et lorsque enfin le malade consentira à une opération, le chirurgien, après avoir déterminé aussi exactement que possible

La situation de la tumeur dans l'orbite,

Sa nature et sa consistance,

Et ses connexions originelles ou acquises, devra procéder à l'opération. Ici le choix des procédés chirurgicaux variera suivant qu'il s'agira de tumeurs liquides ou solides.

1° *Tumeurs liquides.* — Les procédés chirurgicaux qu'elles nécessitent sont : la ponction, l'injection, l'incision, l'excision et l'ablation. Quel que soit le procédé qu'on emploie, on ne devra jamais perdre de vue les effets consécutifs des cicatrices qui environnent les paupières (ectropion, lagophthalmie), et se rappeler les préceptes que nous avons donnés précédemment sur le lieu d'élection des ponctions ou incisions à faire au pourtour de l'orbite à propos des abcès de l'orbite. (Voy. p. 176.)

2° *Les tumeurs solides* nécessitent ordinairement une incision préalable. Afin de découvrir la tumeur, cette incision se fait par trois procédés que nous avons décrits en parlant des tumeurs de l'orbite en particulier ; nous ne ferons donc que les signaler ici, ce sont :

a. La fente verticale de la paupière placée au centre de la tumeur ;

b. L'incision transversale de la conjonctive dans son sillon oculo-palpébral ;

c. L'incision transversale de la peau à la base des paupières, et parallèlement aux fibres de l'orbiculaire.

Si les tumeurs sont enkystées, on pourra les *enucléer* ; si elles ne le sont pas, on les disséquera à travers les tissus, en ayant soin d'enlever bien attentivement toutes les parties malades, afin d'éviter leur reproduction. Pendant la dissection de la tumeur, on ne se servira, s'il se peut, que d'instruments mousses tels que pinces, sondes cannelées et spatules ; de cette manière, on évitera de léser les organes si ténus et si importants de la cavité orbitaire.

Lorsqu'on aura à couper, on devra s'assurer, par l'œil et le doigt, de la nature de la partie. Les ciseaux mousses droits ou courbes seront préférables au bistouri.

Si la tumeur à enlever est de mauvaise nature (cancéreuse par exemple), et qu'elle s'étende au sommet de l'orbite ou qu'elle adhère au globe oculaire, de telle façon qu'on ne puisse l'extraire sans blesser cet organe, il est de précepte d'enlever celui-ci afin de sauver la vie du malade.

Certaines tumeurs seront guéries assez rapidement par de simples scarifications dans les téguments ; telles sont celles produites par les infiltrations gazeuses. D'autres, comme les tumeurs anévrismales et érectiles, réclament des moyens particuliers, tels que la ligature d'artères volumineuses, comme celle de la carotide ; l'acupuncture et les injections caustiques, l'inoculation de la vaccine et la division sous-cutanée, etc.

Après la guérison de la tumeur, l'œil reprend peu à peu sa position normale, mais la vision n'est pas toujours rétablie lorsqu'elle avait été abolie antérieurement ; il faut pour cela que l'œil ait conservé sa sensibilité à la lumière. Cependant, j'ai vu des cas d'amaurose avancée dans lesquels la vision s'est rétablie, et les auteurs citent des faits dans lesquels une guérison complète a succédé à une cécité qu'on avait d'abord jugée incurable.

Quoi qu'il en soit, je partage complètement l'avis de M. Tavi-gnot en ce qui touche l'état de l'œil, après qu'une tumeur un peu volumineuse de l'orbite a dû être enlevée : « Quel que soit l'état fonctionnel de l'œil après l'ablation d'une tumeur, dit-il (*op. cit.*, p. 616), il est bien rare que l'iris reprenne ses fonctions : la lésion des nerfs ciliaires, à laquelle l'opération ne remédie pas, qu'elle aggrave même le plus souvent, entraîne une paralysie partielle ou générale de cette membrane, d'où il résulte que la pupille reste irrégulière ou régulière, rétrécie ou dilatée ; mais dans tous les cas immobile ou fort peu contractile. »

Classification des tumeurs de l'orbite.

Considérées sous le point de vue de leur nature, ces tumeurs peuvent être groupées et classées comme elles le sont dans le tableau suivant.

Cet ordre de classification est celui que nous allons suivre dans la description de chacune d'elles.

TUMEURS AYANT LEUR ORIGINE DANS L'ORBITE.	Tumeurs inflammatoires.	{	Abcès phlegmoneux.
			— chronique.
	Tumeurs hypertrophiques.	{	Hypert. du tissu cellul.
			— de la glande.
			— de la caroncule.
Tumeurs non enkystées.	{	Tum. graisseuse (lipome).	
		— mélanique (mélanose).	
		— fibreuse ou fibro-plastique (périostose).	
		— osseuse (exostose).	
Tumeurs non inflammatoires.	Tumeurs enkystées.	{	Kyste séreux.
			— hydatique.
			— mélicérique.
			— stéatomateux.
			— dermoïde.
Tumeurs homéomorphes.	{	— purulent.	
		— varié.	
Tumeurs sanguines.	{	Extravasation sanguine.	
		Anévrisme.	
Tumeur gazeuse.	{	Tumeurs érectiles.	
		— variqueuses.	
Tumeurs hétéromorphes.	Tum. cancéroïdes (épithéliales ou papillaires)(1).	{	Encéphaloïde simple.
			— colloïde.
Tumeurs venant du crâne.	Tumeurs cancéreuses.	{	— mélanique.
			Squirre.
TUMEURS AYANT LEUR ORIGINE HORS DE L'ORBITE (2).	{	— des fosses nasales.	
		— des cellules ethmoïdales et du sinus.	
		— du sinus frontal.	
		— du sinus sous-maxillaire.	

ARTICLE IX.

TUMEURS INFLAMMATOIRES.

Ces tumeurs comprennent le *phlegmon de l'orbite*, les *abcès subaigus*, les *abcès symptomatiques* et l'*induration inflammatoire*. Ces différentes affections ayant été étudiées à propos des phlegmasies du tissu cellulaire et des parois de l'orbite, p. 168 et suivantes, nous y renvoyons le lecteur.

(1) Nous parlerons des cancéroïdes à l'article des *Tumeurs malignes* (voy. p. 243) dans le but de mieux faire ressortir les caractères qui, selon d'habiles micrographes, les distinguent des affections cancéreuses.

(2) Ces tumeurs présentent la même nature que les précédentes.

ARTICLE X.

TUMEURS HYPERTROPHIQUES.

Cette catégorie de tumeurs comprend l'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite, l'hypertrophie de la glande et celle de la caroncule. Ces deux derniers organes ayant leurs affections décrites séparément, nous y renvoyons le lecteur.

Hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

J'ai fait une remarque curieuse dans un assez grand nombre de cas, c'est que cette maladie est en coïncidence avec un goître assez prononcé.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite se distingue de la plupart des autres espèces de tumeurs par son développement régulier autour du globe oculaire; sa mollesse, capable de simuler la sensation de fluctuation; son absence de douleurs, et le manque d'altération consécutive des téguments. — Dans cette affection l'exophthalmos est ordinairement direct, et il s'accroît moins rapidement que dans les autres espèces; aucune tumeur ne s'aperçoit entre l'œil et le pourtour orbitaire; la base des paupières ou pourtour cutané de l'orbite est bombé et poussé en avant par l'aponévrose orbitaire, qui est elle-même soulevée par la masse cellulaire. Les paupières sont quelquefois légèrement œdématisées et un peu vascularisées par la compression qui existe dans l'orbite.

Si l'on presse l'œil avec les doigts, de manière à le refouler dans l'orbite, on voit saillir la paupière d'une façon plus ou moins marquée, et dans cet endroit, lorsqu'on le touche avec attention et le plus profondément possible, on ne parvient à sentir absolument rien autre chose qu'une masse molle, informe, fuyant devant le doigt qui la presse et ne donnant, en définitive, aucune sensation bien nette. On parvient, dans quelques cas encore peu avancés, à glisser les doigts entre l'œil et l'orbite, et l'on ne sent ni bosselures, ni duretés, mais seulement cette masse fuyante que l'on croit toujours saisir, et qui échappe d'autant mieux que la pression exercée sur la peau de la paupière tend celle-ci et empêche le doigt d'aller plus loin.