

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 homœomorphes.	{	Kyste séreux.
			— hydatique.
			— mélicérique.
			— stéatomateux.
			— dermoïde.
Tumeurs sangui-	Tumeurs enkystées.	{	— purulent.
			Extravasation sanguine.
			Anévrisme.
Tumeur gazeuse.	Tumeurs cancé-	{	Tumeurs érectiles.
			— variqueuses.
TUMEURS AYANT LEUR ORIGINE HORS DE L'ORBITE (2).	Tumeurs hétéromorphes,	{	Tum. cancéroïdes (épithéliales ou papillaires)(1).
			Encéphaloïde simple.
			— colloïde.
			— mélanique.
			Squirre.
TUMEURS VENANT DU CRÂNE.	{	— 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.

Lorsqu'on regarde attentivement un malade atteint de cette affection, on remarque, comme premier symptôme, que la paupière supérieure ne s'abaisse plus, comme dans l'état physiologique, sur la partie supérieure de la cornée, lorsque l'œil regarde horizontalement; au contraire, la cornée reste découverte en totalité, ce qui donne à la physionomie quelque chose de hagard, fort désagréable à voir. A un degré un peu plus avancé encore, le malade a les yeux de l'homme en fureur, et cela établit un contraste choquant avec la tranquillité du reste de la physionomie.

L'œil, chez la plupart des malades, se meut dans tous les sens avec une grande facilité; cependant, dans plusieurs cas, j'ai vu une impossibilité complète de le diriger en haut, et, plus tard, j'ai constaté aussi que les mouvements se limitaient en bas et même dans tous les sens.

Tel est le cas suivant, que j'ai observé avec un confrère de Paris sur une dame encore en traitement.

Exophthalmos double par hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite, avec mouvements de l'œil limités en haut et plus tard en bas.

Les yeux sont saillants, les cornées découvertes d'une ligne et demie à deux lignes dans leur partie supérieure, la vue bonne, les pupilles très mobiles. Les yeux se dirigent dans tous les sens vers l'objet, sauf en haut; en bas aussi les mouvements sont un peu limités; on ne sent aucune tumeur proprement dite dans l'orbite.

Dans les premiers temps que je vis cette dame, c'est-à-dire dans le courant du printemps de cette année (nous sommes en décembre), les yeux étaient beaucoup plus proéminents, les paupières injectées, les conjonctives un peu rouges. Tous ces symptômes se sont améliorés sans disparaître complètement. Le médecin jugea convenable d'appliquer un séton, et nous prescrivîmes l'iodure de potassium à haute dose, que la malade n'a pas cessé de prendre. Je remarquai pendant le traitement que l'œil gauche était presque toujours rouge et larmoyant, et je finis par reconnaître que la paupière inférieure, en partie paralysée, ne le recouvrait pas pendant la nuit. Je m'occupai de cette affection de la septième paire, et des bandelettes de taffetas d'Angleterre guérissent bientôt l'injection qui menaçait l'œil. Ces bandelettes ne sont plus nécessaires aujourd'hui.

La dame dont il s'agit est forte, bien réglée; elle avait été atteinte autrefois d'une myélite.

Cette maladie frappe ordinairement les deux yeux à la fois; pourtant je l'ai observée sur un seul œil; mais alors c'est tout à fait au début, et les symptômes sont fort peu marqués. En voici un exemple:

Hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite du côté droit seulement. — Coïncidence avec un goître très marqué.

Mademoiselle B..., trente ans, demoiselle de magasin, 25, rue Dauphine, se présente à ma clinique le 29 septembre 1852. Elle est atteinte d'un exophthalmos encore peu marqué, et du côté droit seulement: sa paupière supérieure est relevée un peu au-dessus de la cornée, qui reste à découvert lorsque la malade regarde horizontalement. Les mouvements des deux yeux sont parfaits, la vue est bonne; je ne sens aucune tumeur dans l'orbite.

La malade est atteinte d'un goître et de palpitations de cœur.

Le traitement par les onctions iodurées et par l'iodure de potassium, à l'intérieur, a amené en trois mois une légère amélioration. L'œil est incontestablement moins saillant au 22 décembre; la cornée n'est plus découverte quand la malade regarde devant elle; les mouvements et la vision sont libres, comme au début de l'affection.

Demours cite un fait semblable sur une jeune fille de seize ans.

DIAGNOSTIC. — Il est quelquefois très obscur, surtout si l'exophthalmie n'est pas très intense. Dans ce cas, on a pu prendre l'exophthalmie symptomatique de l'hypertrophie pour une hydrophthalmie; mais, dans cette dernière affection, il existe le plus souvent une voussure particulière de la cornée avec dépression, avec tremblement de l'iris, une teinte bleue de la sclérotique, un agrandissement du globe; symptômes qu'on ne rencontre pas dans l'hypertrophie.

Le diagnostic sera encore plus difficile s'il existe une tumeur d'un petit volume située au sommet de l'orbite, et qui repousserait le tissu cellulaire en avant. Mais, dans ce cas, on observerait quelquefois une compression des nerfs et des vaisseaux, et, par suite, une modification dans les fonctions oculaires, ou bien une modification organique appréciable.

On a dit que la paralysie de tous les muscles de l'œil pouvait

produire un exorbitisme qui différerait peu de celui dont nous parlons ; il me semble cependant que l'absence de locomotion oculaire, qui n'existe pas en général dans les cas d'hypertrophie, doit être un caractère différentiel assez tranché pour empêcher cette confusion.

Cette hypertrophie pourrait aussi se confondre avec une tumeur lipomateuse ; mais, dans cette dernière affection, la tumeur est généralement plus circonscrite ; elle est bosselée, mobile et donne lieu à un exophthalmos oblique et marche plus rapidement.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC. — La durée de cette affection est généralement très longue ; le plus souvent même elle suit la marche et la durée des maladies dont elle est congénère, sinon symptomatique. Quelquefois cependant elle reste stationnaire, et d'autres fois elle se guérit spontanément, ou à l'aide de certaines médications ; dans quelques cas malheureux elle compromet l'œil en totalité, comme dans le cas suivant :

Hypertrophie du tissu cellulaire des orbites. — Exorbitisme considérable et progressif à droite. — Cornée découverte s'enflammant. — Destruction totale de l'œil et du tissu cellulaire par un phlegmon. — Coïncidence avec un goître volumineux.

Une pauvre vieille femme d'environ soixante ans se présente à ma clinique, il y a quatre ou cinq ans, pour un affaiblissement de la vue. Je constate qu'elle est atteinte d'un commencement de cataractes lenticulaires dures avec un exophthalmos double assez marqué, que je considère comme le résultat d'une hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite.

Cette femme présente un goître assez considérable, qu'elle porte depuis sa jeunesse ; elle est maigre, chétive, pauvre, et se nourrit mal.

Elle continue de venir me voir tous les quinze jours ou tous les mois, pour ses yeux.

En février 1852 je la vois comme à l'ordinaire ; mais cette fois elle a l'œil droit rouge, plus saillant que de coutume, et je remarque en outre que la cornée n'est plus protégée par les paupières, contre lesquelles l'œil est poussé. Il n'y a pas de douleur dans l'œil ni dans l'orbite ; l'organe, refoulé en arrière, ne fuit plus sous la pression ; tout me fait craindre une issue funeste et prochaine.

Je prescrivis une légère compression, le rapprochement des paupières par du taffetas d'Angleterre, des moyens généraux ; mais tout cela en vain. — La cornée, en effet, s'enflamme, s'ulcère, le cristallin opaque et les milieux de l'œil s'échappent, et un phlegmon terrible s'empare de tout ce qui reste dans la cavité orbitaire. — En avril, la suppuration continuait encore un peu, l'orbite était entièrement vide et les paupières enfoncées.

Du côté gauche, l'état est demeuré le même.

Le pronostic doit être, dans certains cas, très réservé, à cause du doute dans lequel on est touchant la véritable nature de la tumeur ; dans d'autres, cependant, il sera aisé de se prononcer, et de dire que cette affection n'a pas de gravité immédiate pour l'individu, mais qu'elle peut en avoir une pour la vision.

ÉTILOGIE. — Les causes de l'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite sont prochaines ou éloignées ; on pourrait dire plus exactement qu'elles sont inconnues.

Les premières sont très obscures ; les seules dignes d'être mentionnées sont les violences extérieures ; les secondes comprennent l'asthme et les hypertrophies du cœur.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, je l'ai vue en coïncidence avec le goître ; mais je ne vois, bien entendu, dans l'hypertrophie du corps thyroïde, rien qui explique celle qui nous occupe.

Chez les asthmatiques, cette affection, habituellement généralisée dans les deux yeux, constitue, avec le développement variqueux des lèvres (on pourrait dire hémorrhoidal), le facies de ces malades.

TRAITEMENT. — Dans l'hypertrophie générale de l'orbite, les médications sont généralement peu efficaces. Localement j'emploie la *compression* qui a donné de bons résultats entre les mains de Dupuytren et de Demours ; puis le traitement résolutif général et local, tel que l'iodure de potassium à l'intérieur et en frictions. Les vésicatoires volants péri-orbitaires ont aussi été suivis de succès ; enfin, on pourra s'adresser à la cause générale, telle que l'hypertrophie du cœur, l'asthme et le goître, de manière à affaiblir, sinon à guérir, ces maladies.

On devra faire une grande attention de reconnaître si les yeux sont complètement couverts par les paupières pendant le sommeil, car les cornées pourraient s'enflammer, et la vue serait compro-

mise. L'occlusion des yeux, pendant la nuit, avec le taffetas d'Angleterre, devrait être recommandée, dans ce cas, comme nous l'avons fait plusieurs fois avec avantage, et entre autres sur la malade dont il est question plus haut. (Voy. p. 210.)

ARTICLE XI.

TUMEURS BÉNIGNES NON ENKYSTÉES.

Cette classe de tumeurs comprend les tumeurs graisseuses ou lipomateuses, les tumeurs fibreuses (*périostoses*), les tumeurs osseuses (*exostoses*) et les tumeurs mélaniques. Toutes sont essentiellement bénignes, en ce sens qu'une fois enlevées ou détruites, elles n'ont aucune tendance à se reproduire.

§ I. LIPOMES DE L'ORBITE.

SYMPTOMATOLOGIE. — Ces tumeurs caractérisées par une hypertrophie d'une portion isolée du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, sont beaucoup moins fréquentes que les hypertrophies générales de ce tissu. Elles sont généralement situées au pourtour de l'orbite; elles sont arrondies, molles, mobiles, sans altération des téguments à leur surface; la pression y fait sentir une fausse fluctuation quelquefois trompeuse. Elles peuvent conserver longtemps un petit volume, et rester ainsi toujours stationnaires, ou bien faire des progrès très lents pendant une longue suite d'années et prendre ensuite, et subitement, un développement rapide. En voici un exemple pris à la pratique de Dupuytren et cité par M. Rognetta (*loc. cit.*, p. 651).

« Le 12 novembre 1829, une femme de cinquante ans fut opérée par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu pour une grosse tumeur molle du volume d'un œuf de poule sortant de la cavité orbitaire par son bord supérieur. Le mal datait de quinze ans. L'œil avait été expulsé en dehors et en bas, la cornée était opaque. Dupuytren, croyant d'abord avoir affaire à un kyste hydatique, y fit une ponction exploratrice qui ne fit sortir rien immédiatement; le contenu de l'orbite, sans en excepter le globe oculaire, fut alors enlevé par ce chirurgien.

« La dissection anatomique et l'analyse chimique de cette tumeur,

montrèrent qu'elle n'était qu'un véritable lipome blanc, presque transparent, et pénétré d'albumine ou de matière lymphatique concrète. »

Dans le lipome, la tumeur se montrant habituellement sur un des côtés de l'œil, au pourtour de l'orbite, l'organe se trouve rejeté du côté opposé, à mesure qu'elle fait des progrès. L'exophthalmos est alors oblique, et la diplopie ne tarde pas à se manifester, à moins que la rétine ne soit déjà insensible à la stimulation de la lumière.

Dans certains cas, la tumeur peut rester longtemps stationnaire, mais, dans d'autres, elle fait des progrès, et alors on constate un exophthalmos plus considérable. La cécité remplace la diplopie, puis, si le mal continue à faire des progrès, on observe de l'épiphora, des ulcérations cornéennes et leurs conséquences, l'ectropion; enfin, la santé générale du malade pourra être gravement atteinte.

DIAGNOSTIC. — Lorsque la tumeur est située au pourtour orbitaire, qu'elle est saillante, bien limitée, le diagnostic présentera peu de difficultés.

Cependant diverses affections peuvent être confondues avec elle; ainsi un kyste, par exemple, peut se trouver situé au fond de l'orbite, faire saillie en avant dans un point et pousser au-devant de lui la portion du tissu cellulaire adipeux correspondante. Cette saillie, par ses caractères, sa marche et sa durée, ne présentera certainement aucune différence avec le lipome. Il est vrai qu'ici l'erreur sera de peu d'importance, puisque l'indication est toujours la même, l'ablation. Mais il n'en serait pas de même si l'on venait à confondre l'exophthalmos causé par un lipome profond avec celui produit par la présence d'une masse cancéreuse rétro-oculaire; dans ce dernier cas, l'attente serait très préjudiciable au malade.

C'est surtout avec les tumeurs liquides, telles que les abcès et les kystes aqueux, qu'on peut confondre le lipome à cause de la fluctuation si trompeuse dans ces divers cas. Cependant dans les abcès on aura les symptômes d'une inflammation antérieure pour s'éclaircir, et s'il s'agissait d'un kyste, la tumeur serait moins mobile, plus rénitente et plus régulière.

MARCHE, PRONOSTIC. — La marche de ces tumeurs est généralement très lente. Quelquefois elles restent complètement station-