

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'éclairer, 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-

naires. Alors on comprend que dans ce cas le pronostic soit sans gravité ; mais lorsque leur volume s'accroît et qu'il faut recourir à une opération, il n'en est plus de même, le fait seul de l'opération entraînant toujours certains dangers.

ÉTILOGIE. — Les causes du lipome sont extrêmement obscures, pour ne pas dire absolument inconnues. La plupart des auteurs admettent cependant que les contusions et les phlogoses anciennes des tissus orbitaires peuvent donner lieu au lipome ; mais ceci est loin d'être démontré. On pourrait aussi assigner la scrofule comme cause générale de cette affection, puisqu'on la rencontre surtout chez les enfants scrofuleux.

TRAITEMENT. — Si le lipome est d'un petit volume, et sans action nuisible sur la vision, on cherchera à le faire disparaître sans avoir recours à l'opération. Une compression soigneusement faite, mais toujours fort difficile, est sans contredit un des meilleurs moyens. Je l'ai employée, à l'exemple de Dupuytren, auquel elle a donné de bons résultats, ainsi qu'à Demours. (Voy. obs. 407.) Les vésicatoires, les frictions mercurielles et iodées, la ciguë, etc., sont des médicaments qui ont été indiqués, mais ils n'ont certainement aucune efficacité ; aussi, si le lipome a une marche progressive, s'il menace la vision par un volume considérable, devra-t-on se hâter d'en faire l'ablation.

J'ai décrit le manuel opératoire de l'ablation de ces tumeurs à propos des cancers de l'orbite.

§ II. PÉRIOSTOSES DE L'ORBITE.

Les *périostoses* sont des tumeurs fibreuses, qui se rencontrent dans l'orbite comme dans toute autre région. Leurs causes peuvent être ou locales et traumatiques, ou générales, et dépendre du vice scrofuleux, rhumatismal ou syphilitique.

J'ai vu, comme Mackenzie, les périostoses devenir le siège d'une inflammation secondaire ; alors elles se tuméfient et deviennent douloureuses au toucher ; bientôt elles communiquent une sensation de fluctuation, et en les incisant il se fait un écoulement de liquide constitué par du pus ou bien une sérosité rougeâtre.

D'après M. Velpeau, les tumeurs fibreuses de l'orbite peuvent avoir leur source, tantôt dans les narines, tantôt dans le sinus maxillaire, dans le pharynx et la fosse ptérygo-maxillaire.

Lorsque la maladie se développe dans le fond de la cavité orbitaire, le diagnostic en est extrêmement difficile, à moins qu'il n'existe une cause générale à laquelle on puisse rapporter la tumeur, tel est le cas suivant signalé par Mackenzie (*loc. cit.* p. 33).

Périostose syphilitique du sommet de l'orbite. — Exophthalmos. Guérison.

Le sujet de l'observation est une femme de trente-trois ans qui se présenta au docteur Hamilton de Dublin avec une douleur intolérable dans l'œil et la tête du côté gauche. Procidence de l'œil, gonflement et empâtement des paupières ; iritis, affaiblissement de la vue. M. Hamilton soupçonna d'abord un fungus hématoïde, puis la présence d'un abcès ou de toute autre tumeur. On se proposait d'opérer la malade lorsqu'elle voulut quitter l'hôpital. Huit jours après sa sortie, ayant avancé pour la première fois qu'elle avait eu des accidents syphilitiques huit ans auparavant (éruption, mal à la gorge), la maladie fut alors diagnostiquée et un traitement spécifique fut prescrit. — Il s'agissait d'une périostose orbitaire ; le mercure doux ayant été administré, au bout de six semaines les douleurs avaient cessé, la santé et la gaieté étaient revenues, et l'œil avait repris sa place dans l'orbite.

§ III. EXOSTOSES DE L'ORBITE.

L'exostose est une tumeur circonscrite, constituée par une substance osseuse nouvelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La formation des exostoses a pour phénomènes préparatoires la sécrétion d'une matière cartilagineuse ; c'est pourquoi ces tumeurs ont été rencontrées tantôt entièrement à l'état de cartilages, tantôt en partie osseuses et en partie cartilagineuses ; ce n'est que graduellement que la substance cartilagineuse subit le changement qui doit la convertir en tissu osseux.

D'après leurs caractères anatomiques on divise les exostoses en deux espèces : les exostoses *osseuses* et les exostoses *ostéo-cartilagineuses*.

Les premières sont formées par du tissu osseux qui peut se présenter sous les différentes formes qui appartiennent au tissu osseux normal ; ainsi les unes (*exostoses celluluses*) sont formées

par un tissu celluleux ou spongieux, ordinairement enveloppé par une lame mince de tissu compacte; les autres sont constituées par un tissu compacte qui offre une densité considérable (*exostoses éburnées*).

Les secondes offrent la réunion des tissus osseux et cartilagineux. Dans celles-ci, tantôt le tissu cartilagineux forme la partie périphérique de la tumeur qui est osseuse dans son centre, tantôt le tissu cartilagineux est déposé par masses irrégulières dans l'intérieur des cavités anfractueuses dont est creusé le tissu osseux. (Voy. Nélaton, *op. cit.*, t. II, p. 3.)

SYMPTOMATOLOGIE. — L'exostose naît quelquefois du bord de l'orbite; on reconnaît le plus souvent sa nature par le toucher; à mesure qu'elle grossit, elle arrive à couvrir l'œil en partie et à l'enclaver. Quoique, en général, le toucher puisse faire distinguer une exostose dans cette situation de toute autre espèce de productions morbides, il arrive quelquefois que cette distinction est difficile. Mackenzie a vu une tumeur squirreuse fixée au bord orbitaire et située en partie dans cette cavité, être d'une consistance si ferme et si adhérente, qu'elle fut prise pour une exostose jusqu'au moment où la peau fut divisée pour son extirpation.

Ces tumeurs peuvent naître de tous les points de l'orbite. On pourrait supposer qu'elles se forment plutôt sur le plancher ou la paroi temporale que sur les os minces qui forment la voûte et la paroi nasale; mais il n'en est rien.

Luças (*Journal médical et chirurgical d'Édimbourg*, 1805, vol. I, p. 405) décrit une exostose d'un pouce de diamètre vertical et d'un pouce et demi de diamètre transversal qui s'était développée au côté interne de l'orbite à la suite d'un coup donné par la corne d'une vache.

D'après Chélius (*loc. cit.*, p. 428), Schott rapporte le cas d'un jeune homme chez lequel le globe oculaire était entièrement poussé au dehors par une exostose qui remplissait les cinq-sixièmes de l'orbite. On creusa un nouvel orbite avec la gouge et le maillet, et le globe fut reporté dans la cavité, sans qu'il eût souffert, ni dans sa forme ni dans ses fonctions. Le succès fut durable, et, certes, cela paraîtra à tout le monde bien extraordinaire!!!

Quand il y a *exophthalmos* ou proci-dence de l'œil, le plus souvent le globe est chassé du côté opposé à la tumeur, mais quel-

quefois il est expulsé directement en avant, même lorsque l'exostose se trouve située sur un des côtés de l'orbite et non à son sommet. La douleur est variable, elle est en rapport avec le développement de la tumeur; cependant quelquefois elle est nulle ou très sourde; elle est nocturne, intermittente et augmentée par la pression et le contact du froid dans les exostoses spécifiques. L'*amaurose* est quelquefois le premier symptôme observé; elle débute le plus souvent lentement; il y a d'abord obscurité de la vue, puis cécité.

L'exostose atteint quelquefois un tel volume, qu'elle déforme et remplit l'orbite; dans ces cas elle peut expulser l'œil entièrement, mais auparavant elle cause son inflammation et sa phthisie.

Toutes les exostoses de l'orbite n'ont pas leur origine dans les parois même de cette cavité; il est assez ordinaire d'en voir qui émanent du sinus maxillaire, de la base du crâne ou des fosses nasales.

Suivant M. Rognetta d'autres tumeurs osseuses peuvent également se former dans l'orbite: telles sont les *hyperostoses*; mais cette maladie étant ordinairement une dépendance d'un travail hypertrophique général des os du crâne ou de la face, nous n'avons pas à en parler ici.

DIAGNOSTIC. — Tant que la tumeur est comprise dans le fond de la cavité orbitaire et qu'elle ne se manifeste que par un *exophthalmos* léger, il est bien difficile de reconnaître sa nature. On la soupçonnerait cependant si le malade était à la période tertiaire d'une syphilis constitutionnelle et, à *fortiori*, s'il existait déjà des tumeurs de ce genre sur d'autres parties du corps. Lorsque la tumeur fait saillie au bord orbitaire, le diagnostic sera moins obscur; alors on pourra constater son adhérence intime avec les os, sa dureté particulière et le caractère de ses douleurs, signes qui pourront, dans certains cas, la différencier des tumeurs enkystées, le plus souvent mobiles et fluctuantes, et des tumeurs cancéreuses, quelquefois très adhérentes et très dures, mais donnant lieu à des douleurs aiguës et lancinantes.

ÉTILOGIE. — Outre la syphilis, les scrofules, le scorbut, la goutte, l'hérédité, les coups et autres lésions traumatiques peuvent aussi donner lieu à l'exostose.

TRAITEMENT. — Il est *médical* et *chirurgical*.

A. Le *traitement médical* convient lorsque la tumeur dépend d'une cause générale contre laquelle la médecine a quelque prise; au second appartiennent les exostoses qui résistent aux médications internes et aux topiques propres à amener la résolution.

Si l'exostose est sous l'influence de la syphilis tertiaire, la résolution s'obtiendra dans un espace de temps assez court; l'iodure de potassium à la dose de un, deux et trois grammes par jour fera seul les frais du traitement; rien n'empêche, cependant, d'y joindre quelques frictions avec des pommades iodurées, si la tumeur était saillante et superficielle.

Lorsque l'exostose est le résultat de la scrofule, la thérapeutique est loin d'être aussi facile. On essaiera d'abord une médication interne, telle que les préparations iodées, les toniques de différents genres; enfin on emploiera simultanément les vésicatoires, les frictions mercurielles et iodées, etc. S'il survenait des symptômes d'inflammation, on devrait les combattre par un traitement antiphlogistique local. S'il se formait un abcès, il réclamerait les mêmes moyens thérapeutiques que toutes les collections purulentes à marche aiguë.

Pour les exostoses scorbutiques, le traitement interne consistera dans l'usage des antiscorbutiques pris dans les substances acides, les amers, les plantes de la famille des crucifères, etc.

Si ces moyens échouent et que la tumeur reste stationnaire et indolente, sans gêner les organes de la vision, on s'abstiendra d'y toucher, mais dans le cas contraire il faudra avoir recours à la chirurgie.

B. Le *traitement chirurgical* comprend l'excision, la dénudation et la cautérisation.

1° *Excision*. — Pour pratiquer cette opération, on fait tantôt une incision simple, tantôt une incision cruciale divisant tous les tissus jusqu'à la tumeur; on dissèque les lambeaux, puis on les tient écartés à l'aide de crochets mousses; alors si la tumeur est pédiculée, on peut l'exciser à l'aide de fortes pinces tranchantes ou d'une petite scie. Si, au contraire, la tumeur tient à l'os par une large base, Boyer conseille de la diviser en plusieurs segments par plusieurs traits de scie perpendiculaires à sa surface, puis de les faire sauter avec la gouge et le maillet. Mais ce procédé n'est plus employé, aujourd'hui qu'on possède l'ostéotome de Heyne et la scie à mollettes perfectionnée par M. Charrière.

2° *Dénudation*. — Cette opération, proposée par Astley-Cooper

pour guérir les exostoses, a eu pour but d'imiter un mode de guérison spontanée que l'on observe quelquefois dans ces tumeurs. Il consiste à enlever avec soin tout le périoste qui la recouvre, de manière à la priver de ses éléments de nutrition et à en provoquer la nécrose. Suivant quelques chirurgiens, et en particulier M. Nélaton, cette opération est mauvaise, et l'on doit lui préférer l'excision.

3° *Cautérisation*. — Quoique plus énergique que la précédente, elle peut en être rapprochée par la manière dont elle agit. Pour la pratiquer, on porte à la surface de la tumeur un pinceau trempé dans un acide concentré, tel que l'acide azotique ou le nitrate acide de mercure. Elle a la plupart des inconvénients de la précédente. Cependant, voici un cas où cette opération a été suivie de succès :

Brassant (*Mém. de l'Acad. de chirur.*, vol. V, p. 171) cautérisa une exostose de la grosseur d'un œuf qui pressait le globe de l'œil de côté et le poussait hors de l'orbite, en sorte qu'il se trouvait pour ainsi dire couché sur la joue. Après un traitement de trois à quatre mois une partie considérable de l'os tuméfié s'exfolia, l'œil reprit sa position normale et une guérison complète s'ensuivit.

§ IV. TUMEURS MÉLANIQUES.

L'histoire de ces tumeurs est encore très obscure, aussi en parlerons-nous très brièvement.

Ces tumeurs s'observent quelquefois dans l'orbite, où on les a confondues avec le cancer mélané, dont elles diffèrent essentiellement par leur structure; en effet, dans les premières, suivant M. Lebert, on ne trouve d'autres éléments microscopiques que des granules et des grains pigmentaires et quelquefois des cristaux de cholestérine, tandis que dans le cancer mélané, la cellule cancéreuse est des mieux caractérisée. Le tissu mélané est dur et a quelque chose de plus sec, de plus franchement noirâtre que le tissu du cancer mélané, qui au contraire est mou, pulpeux, boueux, grisâtre, et dans lequel, à part la coloration différente, on reconnaît les caractères les plus tranchés du cancer (Lebert) (1).

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur mélanique est rare dans l'or-

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1831.

bite, cependant M. Rognetta en a observé un cas à la clinique de M. Roux.

Le mal s'offrait avec les apparences d'un squirre de l'orbite; sa nature ne fut reconnue qu'après l'extirpation de l'œil; il y avait exophtalmie et cécité complète.

Ces tumeurs se rapprochent surtout des tumeurs cancéreuses, dont elles offrent la plupart des symptômes. Elles forment des bosselures plus ou moins volumineuses qui soulèvent la conjonctive, et laissent voir une couleur noirâtre en tout semblable à celle du cancer mélané; cependant les douleurs paraissent être moins aiguës, moins lancinantes que dans cette dernière affection. Ajoutons aussi qu'elles ont moins de tendance à envahir les parties voisines, et qu'elles peuvent même rester dans un *statu quo* sans danger pour la vie du malade.

Leur *marche* est plus lente que celle du cancer, et leur *prognostic* beaucoup moins grave, comme on le voit.

DIAGNOSTIC. — Il présente d'assez grandes difficultés; cependant, en procédant par exclusion, dans un cas de ce genre, on arriverait, par les signes que nous avons indiqués, à séparer la tumeur mélanique de toutes les tumeurs liquides dans lesquelles on constate de la fluctuation, des tumeurs sanguines qui ont des phénomènes particuliers, et des tumeurs gazeuses crépitanes. La confusion ne pourrait exister qu'avec les autres tumeurs solides: parmi celles-ci, l'exostose et la périostose ont une dureté et une immobilité qu'on ne rencontre pas dans la mélanose; le lipome est mou, mobile, sans modification des téguments à sa surface. Resteraient donc les tumeurs malignes ou cancéreuses; or, entre ces deux ordres d'affections, dans l'état actuel de la science, il nous paraît difficile d'admettre qu'on puisse porter un diagnostic rigoureux.

TRAITEMENT. — Qu'il y ait simple tumeur mélanique ou tumeur maligne, le chirurgien se conduira d'après les principes que nous avons énoncés en parlant des tumeurs en général. S'il y a une exophtalmie considérable, des douleurs intenses et incessantes; en un mot, si les symptômes sont assez graves pour altérer la santé du malade, on aura recours à l'extirpation; sinon, on essaiera les moyens employés en pareil cas, tels que la compression, les pommades résolutives, les médicaments altérants à l'intérieur, etc.

ARTICLE XII.

TUMEURS KYSTEUSES.

Ces tumeurs sont de deux espèces, les *tumeurs enkystées* et les *kystes* proprement dits.

Les premières comprennent les tumeurs *fibro-plastiques* ou athéromateuses (Lebert), dont nous ne connaissons pas d'exemple dans l'orbite, et certains cancers que nous décrirons plus loin.

Les secondes, les kystes, vont seules nous occuper ici.

Les kystes de l'orbite sont certainement les tumeurs qu'on observe le plus fréquemment dans cette région. Les produits variés qu'ils renferment les ont fait désigner par les noms de *kystes hydatiques*, *kystes séreux*, *kystes mélancériques*, *kystes purulents* (abcès enkystés, gomme syphilitique), et *kystes stéatomateux*, etc. Il paraît prouvé que la substance qu'ils contiennent est un produit de sécrétion de la membrane d'enveloppe; membrane qui, suivant M. Gendrin (*Hist. anat. de l'inflammation*), serait un organe de nouvelle formation capable de s'enflammer à la manière des organes analogues de l'économie.

La physiologie pathologique démontre qu'il peut naître accidentellement dans leur intérieur des organes dentaires ou pileux (1). Barnes (2) (*Case of a double enkysted tumour in the orbit, containing a tooth*) a vu une tumeur congénitale située derrière la paupière inférieure, tumeur composée de deux kystes, dont l'un était garni à sa face interne et externe d'une masse calcaire inégale; l'autre, plus grand, renfermait un liquide laiteux, une substance jaune coagulée et *une dent* au collet de laquelle s'était insérée une partie du sac, et dont la racine était liée au plancher de l'orbite par un canal distinct qui sortait du kyste et renfermait des vaisseaux particuliers.

La face externe de ces tumeurs est cellulaire et généralement peu adhérente aux parties voisines, tandis que la face interne est lisse, serrée, et plus ou moins anfractueuse.

Le *siège* précis des kystes est important à connaître, car suivant les différents rapports qu'ils affecteront avec les parties environnantes, on pourra être conduit à pratiquer l'opération d'une

(1) Voy. l'observation de M. Kerst, *Annal. ocul.*, t. XII, p. 41.

(2) Voy. Barnes, *Medico-chir. transactions*, vol. IV, p. 318-24. London, 1819.