

Schmidt cite l'observation d'un enfant qui portait une tumeur variqueuse d'un demi-pouce de longueur à l'angle externe de l'œil. Le bulbe était sain ; cette tumeur diminuait pendant le sommeil. Ce même auteur a vu un exophthalmos, produit sans doute par une tumeur de ce genre, qui était isochrone aux mouvements inspiratoires.

« Si la varice se montre entre le bulbe et le bord de l'orbite, dit Chélius, elle se fera reconnaître par sa couleur et sa compressibilité. Elle devra être ouverte et mise dans un état d'irritation et de suppuration ; alors elle se rétrécira et finira par s'oblitérer. » (*Traité pratique d'ophtalmologie*, t. II, p. 433.)

ARTICLE XIV.

TUMEURS GAZEUSES.

Il n'en existe qu'une seule espèce ; c'est celle qui est le résultat de l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et sous-cutané de l'orbite.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur emphysémateuse de l'orbite ressemble à l'infiltration séreuse de ces parties par sa tuméfaction, mais elle s'en distingue aisément par le toucher et par les symptômes commémoratifs. La tumeur, au lieu d'être pâteuse, comme dans l'infiltration séreuse, est élastique, rénitente ; pressée avec l'extrémité des doigts, elle donne la sensation de la crépitation pulmonaire, qui est le résultat du passage de l'air dans les aréoles du tissu cellulaire ; ce gaz donne lieu à des bulles qui siègent sous la conjonctive oculaire et dans le tissu sous-cutané palpébral. Ces bulles peuvent contenir de la sérosité.

L'infiltration gazeuse étant le résultat de la déchirure des voies lacrymales, il arrive que chaque fois que le malade fait un effort pour l'expulsion de l'air par les narines, celles-ci fermées, le gaz passe dans les tissus déjà infiltrés et augmente ainsi momentanément le volume de la tumeur. Mais l'air pouvant s'échapper par l'ouverture d'entrée, la tumeur revient bientôt à son volume primitif. Si du sang extravasé s'échappe par la plaie au moment de

la pénétration de l'air, il pourra être entraîné avec celui-ci dans les mailles celluleuses et produire une ecchymose noirâtre de tous les tissus. J'ai été témoin de ce fait chez un employé de l'hospice de Bicêtre, qui vint me consulter en juin 1848. Un coup de poing appliqué sur l'œil gauche de ce malade avait rompu le sac lacrymal ; il se produisit aussitôt un emphysème énorme de toute la paroi antérieure de l'orbite. Dans le but de me montrer comment il faisait à volonté passer de l'air dans la tumeur, le malade se moucha fortement en comprimant les narines : instantanément les paupières et le pourtour de l'orbite grossirent et devinrent d'un bleu noir ecchymotique, comme si l'on avait poussé une injection colorée dans ces tissus.

L'exophthalmos peut être la conséquence de la présence de cette tumeur ; nous l'avons constatée chez le malade qui fait le sujet de la première observation de notre mémoire sur l'emphysème des paupières (voy. *Ann. d'ocul.*, t. XIV, p. 97). « Aussitôt qu'il pressait son nez entre ses doigts pour se moucher et que l'air était poussé dans le canal nasal, on voyait l'œil gauche projeté en avant dans une étendue d'un centimètre et demi au moins, poussé par l'air qui s'introduisait en arrière du globe à chaque effort du malade pour se moucher. Dès que la compression des narines cessait, le globe reprenait sa place et se trouvait au niveau de son congénère. En même temps qu'il était poussé en avant, l'œil était dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et pour un instant il y avait de la diplopie. Lorsque l'on cachait l'autre œil à ce moment, la vision double cessait immédiatement, et l'image perçue était unique et distincte ; elle se déplaçait seulement et suivait la direction de l'organe. »

L'emphysème peut ne pas être borné à l'orbite, mais s'étendre aussi aux téguments du front et de la joue ; d'autres fois l'emphysème, au lieu d'avoir son point de départ dans l'orbite, n'est que le résultat d'un emphysème plus étendu survenu à la suite d'une lésion des organes de la respiration.

Voici un cas très exceptionnel dans lequel l'emphysème, accompagné d'exophthalmos, s'étendait depuis la queue du sourcil droit jusque vers l'angle supérieur de l'occipital, et mesurait d'avant en arrière 23 centimètres sur 21 de largeur. Cette observation est de M. Jarjavay, professeur agrégé de la Faculté de médecine, et l'un des plus distingués parmi les jeunes chirurgiens des hôpitaux

de Paris. Quoique fort longue, je crois devoir la rapporter en entier, à cause de l'intérêt qu'elle offre (1).

« Le 7 du mois de septembre 1850 entra à l'hôpital des Cliniques (où M. Jarjavay remplaçait alors, en sa qualité d'agrégé, M. le professeur J. Cloquet) un malade âgé de vingt-cinq ans, nommé Aimé Rayé, pour y être traité d'une tumeur située sur la partie latérale droite du crâne. C'est un homme dont le système musculaire est peu développé, qui est maigre, et qui a vécu au milieu des privations, dans la Bourgogne, où il a quelque temps mendié son pain. Dès l'âge de neuf ans environ, il a eu des douleurs sourdes dans la région frontale, douleurs qui l'empêchaient de porter une coiffure, quelque légère qu'elle fût. Plusieurs fois, après avoir tenté de se couvrir la tête, il a été obligé, vers le soir, de se coucher sans avoir pris son repas, ou bien de vomir les matières qu'il avait prises, s'il avait eu l'imprudence de manger. Ces douleurs n'étaient point permanentes, mais elles se renouvelaient à des intervalles inégaux, laissant au malade la faculté de travailler, de porter même d'assez lourds fardeaux.

« A l'âge de dix-huit ans, Rayé fit une chute d'un grenier à foin sur le sol et resta sans connaissance pendant quelques jours; il guérit néanmoins au bout d'un mois, époque après laquelle il remplit les occupations de domestique. Du sang était, dit-il, sorti par la bouche : il ne peut donner aucun autre renseignement précis sur son état ni sur le traitement auquel il fut soumis; toujours est-il qu'il n'avait point de plaie au front, et que plus tard il ne présentait aucune trace qui annonçât une lésion traumatique, récente ou ancienne, dans la région aujourd'hui affectée. Depuis cet accident, l'odorat a été perdu et ne s'est jamais rétabli. Néanmoins, les forces étant revenues, le malade s'est livré à ses occupations habituelles, malgré quelques migraines dont il a eu à souffrir de temps à autre. Ce n'est qu'au mois de décembre 1849 que les douleurs, devenues plus vives, ont appelé son attention sur l'apophyse orbitaire externe. Cette partie était manifestement plus volumineuse, et sur elle s'est alors développée une tumeur molle, sans changement de couleur à la peau, qui paraissait surajoutée, et qui n'a cessé de grossir peu à peu pendant tout l'hiver. Au mois de juin 1850, en même temps que

(1) *Compendium de chirurgie pratique*, par MM. Denonvilliers et Gosselin, 11^e livraison, t. III, p. 100.

cette tumeur se développait vers la partie supérieure de la tête, l'œil droit est devenu plus proéminent et s'est abaissé au-dessous du niveau de l'œil gauche. Quelques troubles dans la vision se sont manifestés dans le dernier été et se sont vite dissipés. Les douleurs étant cependant devenues plus fortes et gravatives, en même temps que l'apophyse orbitaire externe et la tumeur crânienne augmentaient de volume, le malade a été forcé de cesser son travail et s'est résolu à quitter son pays pour venir à Paris demander les secours de l'art. Voici ce qu'il a présenté à l'observation :

« Une tumeur oblongue s'étend depuis la queue du sourcil droit jusque vers l'angle supérieur de l'occipital. Elle est uniforme, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, offre une résonance très grande, et résonne dans tous les points de sa périphérie sous la percussion. Mesurée d'avant en arrière, le mètre appliqué sur sa convexité, elle a 23 centimètres; elle en présente 21 dans sa plus grande largeur. A sa base, on constate par le toucher, sous la peau, des pointes osseuses, séparées les unes des autres par des intervalles anguleux, ressemblant assez bien à une série d'apophyses coronoides. Ces dents sont très prononcées au niveau du frontal; elles sont petites vers la partie postérieure et supérieure de la tumeur. Une plaque osseuse se trouve détachée des os du crâne dans la partie antérieure et inférieure. Partout ailleurs le doigt constate que les téguments sont souples, amincis, sans parcelles osseuses dans leur épaisseur.

« L'apophyse orbitaire externe est aussi grosse qu'une noix; les paupières paraissent abaissées; l'œil droit a été repoussé au-dessous du niveau de celui du côté opposé. C'est de l'apophyse orbitaire externe et de la moitié externe de l'arcade sourcilière que semble partir la tumeur dont il vient d'être question: vers la ligne médiane du front, l'os frontal ne présente en effet aucune altération dans sa forme.

« La pression avec les doigts ne cause aucune douleur dans cette poche cutanée, qui se laisse déprimer et revient bien vite à sa forme première; mais le malade sent comme un poids dans la partie tuméfiée, et parfois il est pris d'étourdissements. Il raconte que deux fois, au moyen d'une compression qu'il avait exercée avec son poing sur la tumeur, il avait pu la faire disparaître en grande partie. M. Jarjavay a lui-même obtenu cet affaissement de la tumeur et noté les sensations remarquables qu'éprouve le

malade au moment où la compression est faite. Il lui semble sentir, pour employer son langage, *quelque chose qui court* dans l'apophyse orbitaire externe, puis profondément dans la face, au niveau de l'os malaire du côté droit. De là, ce courant gagne la partie antérieure du cou, où il cause un certain chatouillement : presque aussitôt suffocation, toux violente, rougeur de la face et larmolement. Deux fois répétée, cette exploration a donné lieu deux fois aux mêmes phénomènes. A chaque fois, quand la compression était faite brusquement et avec force, l'angoisse qui avait son siège dans la poitrine était si grande, que le patient se débattait sous les mains des aides. Cet état pénible diminuait ou cessait entièrement quand la pression était rendue moins forte ou quand le malade ouvrait largement la bouche, sans doute parce qu'alors les gaz, trouvant une libre issue, n'étaient pas refoulés en aussi grande quantité et avec autant de force vers la cavité thoracique. L'auscultation, pratiquée pendant cet examen sur la racine du nez, permettait de percevoir un sifflement dont l'intensité était variable selon le degré de pression. Le même phénomène avait lieu au niveau de l'apophyse orbitaire externe, mais à un moindre degré. Si l'on recommandait au malade de se moucher, l'oreille étant encore appliquée sur la partie inférieure de la région frontale, on percevait le même sifflement et parfois des craquements rares comme ceux que donnerait un râle muqueux ; cependant la tumeur ne se développait pas alors d'une manière très sensible.

» L'exploration des fosses nasales, faite avec une sonde, permet de constater qu'aucune tumeur n'existe dans ces cavités. Les gaz qui viennent de la poitrine passent librement dans la fosse nasale droite, pendant que la narine gauche est fermée par une pression faite avec le doigt sur l'aile correspondante du nez ; ils ne passent qu'en produisant un sifflement dans la fosse nasale gauche, les mêmes précautions étant prises à l'égard de la narine droite. Rien n'apparaît dans le fond de la gorge, mais le doigt introduit derrière le voile du palais touche, vers la partie supérieure du bord externe de l'orifice postérieur de la fosse nasale gauche, une tuméfaction dure, comme osseuse, non limitée du côté de la voûte pharyngienne.

» Le sens de l'odorat est aboli ; la sensibilité tactile de la membrane pituitaire est conservée. L'ouïe est intacte. Les saveurs sont intégralement perçues ; mais certaines substances, telles que

le fromage, le beurre, paraissent moins sapides, moins agréables qu'autrefois. Le malade fait remonter la perte de l'odorat à l'époque de la chute dont il a déjà été question. D'ailleurs l'appétit est bon, les digestions sont régulières et faciles. Rayé ne se plaindrait de rien s'il n'était sujet à des étourdissements et n'éprouvait une sensation à peu près constante de poids dans la partie antérieure et latérale droite du crâne.

» Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, une ponction est pratiquée avec un trois-quarts explorateur. A peine la tige métallique est-elle ôtée de la canule, que des gaz s'échappent par ce conduit et qu'on voit la peau se déprimer. La pression sur la tumeur établit un courant de gaz rapide et que l'on peut percevoir avec la main. Immédiatement après cette petite opération, les parties molles tégumentaires s'adaptent aux parties dures sous-jacentes et en dessinent les saillies et les anfractuosités. Les dents osseuses limitent une large excavation sur laquelle on sent une série de dépressions et d'éminences mamillaires. Le 10 septembre, quarante-huit heures après cette ponction, la peau est de nouveau soulevée : des efforts avaient été faits plusieurs fois, dans la journée du 9, pour se moucher. Le 11, les mêmes efforts ayant été renouvelés, la tumeur est presque aussi volumineuse, la peau presque aussi tendue qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Les jours suivants, la santé de Rayé n'est altérée que par une inflammation de l'amygdale gauche et des piliers correspondants, laquelle se développe le 12 septembre et disparaît complètement au bout de trois jours sous l'influence d'une application de sangsues au niveau de l'angle gauche de la mâchoire inférieure et de gargarismes astringents.

» Le 20 septembre, nouvelle ponction : mêmes résultats que le 9. Le malade, évitant de se moucher avec force, la tumeur ne reparait pas les jours suivants ; cependant des douleurs se sont fait sentir de temps à autre dans la partie affectée. Au bout de six jours, la peau est déjà adhérente du côté du sommet de la tête ; l'angle orbitaire externe est manifestement moins volumineux ; les pointes osseuses se sont rapprochées des os dont elles s'élèvent. Ce retrait s'effectue d'une manière uniforme du 26 septembre au 8 octobre, et la peau est collée aux parties sous-jacentes dans les deux tiers supérieurs de l'étendue qu'occupait la tumeur. Rayé, ne souffrant plus, veut partir : il sort de la Clinique le 8 octobre.

» Le malade rentre à l'hôpital, et l'observation est reprise le

3 novembre suivant. A cette époque, la peau est un peu soulevée au-dessus de la queue du sourcil gauche; les deux paupières sont toujours déprimées, ainsi que l'œil; mais la tumeur n'est grosse que comme un petit œuf. Elle présente d'ailleurs tous les caractères des tumeurs déjà observées et qui s'étaient reproduites par deux fois. Le malade s'était plusieurs fois, dans l'intervalle de temps où nous l'avions perdu de vue, mouché avec force. Nouvelle ponction, issue de gaz et application des téguments sur les parties profondes. Les saillies osseuses, qui soulèvent encore la peau, sont manifestement moindres et affaissées.

» Le 10, Rayé s'étant livré à des travaux pénibles aux environs de Paris, la tumeur reparait. Une incision de 1 centimètre d'étendue est pratiquée près de la racine des cheveux, vers la tempe, au-dessus des saillies osseuses de l'apophyse orbitaire externe et en arrière de la branche antérieure de l'artère temporale, dont on voit les battements. Introduction entre les lèvres de cette petite plaie d'une plaque double, sorte de bouton de chemise analogue à celui qu'employait Dupuytren dans le traitement de la grenouillette. La tige qui réunit les deux plaques, dont l'une reste au dehors, est canaliculée et donne issue au gaz, que l'on fait sortir aisément au moyen d'une compression légère. Le but que se proposait M. Jarjavay était d'éviter le retour de la tumeur en ouvrant aux gaz une issue artificielle et en favorisant l'établissement d'une fistule, qui serait devenue plus tard pour ces gaz une voie de sortie permanente; mais ce but ne fut pas atteint, du moins de la façon que l'avait espéré notre confrère. Une inflammation très vive s'étant emparée de toute la poche, il se forma un vaste abcès, que M. Jarjavay fut forcé d'ouvrir au moyen d'une incision faite à la partie la plus déclive, au voisinage du sourcil. Le bouton à deux têtes dut alors être supprimé, et il était d'ailleurs devenu complètement inutile.

» A la suite de cette dernière opération, l'abcès se détergea, la peau se recolla, les lamelles osseuses, autrefois déjetées en dehors, parurent se rapprocher de la table interne, et le malade guérit, en conservant toutefois une fistule du sinus frontal par laquelle, chose remarquable, il ne s'échappe ni air ni gaz d'aucune sorte. Il semble donc que le sinus a cessé de communiquer avec les fosses nasales, et qu'il s'est fait, probablement par propagation de l'inflammation, une oblitération complète des voies normales.

» Nul doute que la tumeur observée sur ce malade n'ait été formée par de l'air poussé à travers une perforation de la paroi antérieure des sinus frontaux, et qu'il ne s'agisse en effet ici d'un emphysème ou pneumatocèle. Mais quelle est la cause de cette lésion? Comment et dans quelle circonstance s'est opérée la perforation de la table externe de l'os frontal? Voilà qui n'est pas facile à déterminer. En songeant que le malade avait fait, vers l'âge de dix-huit ans, une chute grave sur la tête, on pourrait être tenté de rapporter la maladie à ce premier accident.... Mais il y a bien des raisons pour rejeter cette explication. 1^o Il n'existait au front aucune trace de plaie ou de fracture. 2^o Ce n'est pas au moment même de l'accident, comme la chose aurait dû avoir lieu si l'emphysème eût été la conséquence d'une fracture sans plaie des parties molles, qu'est survenue la tuméfaction; elle n'a paru que quatre ans plus tard. 3^o Dans l'hypothèse d'une fracture, on ne comprendrait ni la formation de ces pointes anguleuses à la base de la tumeur, ni la saillie sentie en arrière des fosses nasales sur la voûte du pharynx, ni l'abaissement de l'œil, ni le développement de l'apophyse orbitaire externe, ni la sensation perçue par le malade d'un courant d'air qui aurait traversé cette apophyse, ni le sifflement entendu par l'oreille du chirurgien appliquée sur le même point. Si l'on rapproche d'ailleurs de ces phénomènes cette autre circonstance, que, dès l'âge de neuf ans, c'est-à-dire depuis seize années déjà, le malade éprouvait dans toute la région frontale des douleurs assez vives pour l'empêcher de porter une coiffure et provoquer des vomissements lorsqu'il négligeait cet avertissement de la nature et tenait sa tête couverte, ne sera-t-on pas disposé à faire remonter beaucoup plus loin le début et l'origine de cette singulière affection?

» Ce que pense M. Jarjavay, et nous sommes disposés à partager son opinion, c'est qu'il y a eu chez son malade développement anormal et prématuré des sinus frontaux et peut-être aussi des sinus sphénoïdaux, et que, par suite de ce développement excessif, la voûte orbitaire, refoulée en bas, a chassé l'œil au-devant d'elle, tandis que la paroi antérieure a été repoussée, distendue, amincie, et finalement perforée, probablement en vertu d'un travail d'absorption que la chute faite vers l'âge de dix-huit ans a pu contribuer à déterminer ou à accélérer, mais dont elle n'est pas la cause unique.

» Quoi qu'il en soit, ce fait est très remarquable par les trou-

bles qu'il a occasionnés, troubles qui ont été analysés avec beaucoup de soin et de sagacité par le chirurgien qui a vu le malade, et qui ont conduit à la nécessité d'une opération. Pour ce qui concerne le traitement, nous n'avons rien à ajouter : la lecture de l'observation suffit pour apprendre ce qu'il y aurait à faire en pareille occasion. L'indication principale, celle d'ouvrir à l'air une voie de sortie, a été parfaitement saisie par M. Jarjavay : une large incision suffirait sans doute, sans qu'il fût besoin de recourir à aucun instrument spécial pour obtenir ce résultat. »

DURÉE, PRONOSTIC. — Cette affection, qui n'a aucune gravité lorsqu'elle est le résultat d'une simple lésion du sac lacrymal, peut être très grave lorsqu'elle coïncide avec des délabrements considérables du pourtour et des parois de l'orbite. (Voy. les exemples de MM. Baudens, Mackenzie, Lawrence, cités par M. Rognetta, *loc. cit.*, p. 125, et l'observation de M. Jarjavay, que nous venons de rapporter.)

Sa durée est variable; dans un cas, la maladie s'est guérie en dix jours; dans l'autre, elle ne l'était pas après un traitement de six semaines.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de ces tumeurs est facile : la crépitation emphysémateuse et le fait du passage de l'air pendant l'action de se moucher sont des signes pathognomoniques.

ÉTILOGIE. — Les causes sont assez nombreuses. La tumeur emphysémateuse peut tenir, comme nous l'avons dit, à l'extension de l'emphysème d'une partie voisine. Le plus souvent elle est la conséquence d'une rupture des parois du sac lacrymal sans qu'il y ait de plaie aux téguments. D'autres fois il y a simple déchirure de la muqueuse pituitaire, comme dans le cas suivant, emprunté par Mackenzie à Dupuytren :

« Un jeune homme reçut sur le nez un coup violent. Quelques heures après, en se mouchant avec force, il perçut une sensation particulière qui remonta le long du nez vers l'angle interne de l'œil gauche et se répandit dans les deux paupières; on percevait dans ces parties une sensation emphysémateuse. Au bout de quatre ou cinq jours la guérison était complète. Dupuytren supposa que le coup reçu par le malade avait causé une déchirure de la pituitaire au niveau de l'union du cartilage latéral du nez, qui avait été séparé du bord inférieur de l'os nasal. »

On observe fréquemment une fracture des parois des fosses nasales ou des sinus frontaux, ou même la rupture des conduits lacrymaux par un violent éternement, ou simplement par l'action de se moucher. Weller, Carré et d'autres rapportent des cas de ce genre. Les fractures de l'angle orbitaire externe, celles des bords supérieurs et inférieurs de l'orbite, une perte de substance des parois osseuses du sinus frontal, sont autant de causes de l'emphysème orbitaire.

TRAITEMENT. — Il consiste dans la division des téguments au moyen de la lancette ou du bistouri pour donner passage à l'air infiltré. On revient de temps à autre à ce moyen, jusqu'à la réunion des parties molles si elles ont été seules intéressées, ou jusqu'à consolidation de la fracture des parois osseuses, si elle a donné lieu à la maladie. On recommande surtout au malade d'éviter de se moucher, parce que l'air, chassé fortement de bas en haut dans le sac lacrymal, maintiendrait ouverte la solution de continuité de cet organe. Des saignées générales et locales seront pratiquées s'il y a lieu.

Dans le cas d'emphysème par suite de lésion des organes respiratoires, la ponction des paupières devra encore être faite pour débarrasser momentanément le malade de sa cécité accidentelle; mais la guérison radicale ne pourra être obtenue que lorsqu'on se sera rendu maître de la lésion de la trachée-artère ou des poumons.

ARTICLE XV.

TUMEURS MALIGNES.

Les tumeurs malignes comprennent toutes celles qui, par leur nature, ont une tendance à la récurrence une fois enlevées, et qui, par leur extension, peuvent causer la mort des malades. (Voy. *Tumeurs hétéromorphes* du tableau, p. 208.)

Ces tumeurs sont assez variées dans leur forme, mais dans leur structure elles peuvent se rapporter à un type unique, le cancer. Nous en excepterons cependant une seule espèce qui offre de grandes analogies avec le cancer, mais qui, suivant les consciencieux travaux des micrographes modernes, en diffère par l'absence des deux