

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

caractères essentiels : l'un anatomique, la cellule fondamentale; l'autre pathologique, la généralisation de la maladie, ou la diathèse.

Cette espèce est la tumeur cancroïde. Cette opinion n'est pas admise d'une manière générale; mais comme elle nous a paru établie par des faits nombreux et consciencieusement observés, nous admettrons deux sortes de tissus dans les tumeurs malignes de l'orbite, le tissu cancroïdal ou épithélial, et le tissu cancéreux.

« Le *cancroïde*, dit M. Lebert (1), diffère du cancer par sa structure anatomique. Au lieu d'être le résultat de la substitution d'une substance nouvelle au tissu normal, il n'est qu'une altération du derme et des muqueuses se composant le plus souvent de papilles, d'épiderme et d'épithélium, et d'une espèce de corps particulier que nous appelons globes concentriques d'épiderme. Le cancroïde ne se propage d'après nos observations qu'aux tissus et aux glandes lymphatiques du voisinage. En un mot, le cancroïde est un faux cancer, une affection toute locale qui n'est jamais accompagnée de diathèse comme le cancer. Cependant tous les deux peuvent s'étendre notablement, reparaître sur place après une opération, et amener le dépérissement et la mort lorsqu'ils sont abandonnés à leur marche naturelle. »

Les *ulcères chancreux*, les *noli me tangere*, appartiennent à cette sorte de dégénérescence.

Le *tissu cancéreux* comprend tous les produits pathologiques désignés par les noms de tissus squirrheux, fungus médullaire, fungus hématode, tissu mélanique, colloïde, stéatomateux, cancer cérébriforme, etc.

D'après les travaux de plusieurs micrographes, il est démontré aujourd'hui que le *squirrhe* est un cancer dans lequel le tissu fibreux domine; que l'*encéphaloïde* est un cancer plus ou moins ramolli ou combiné avec diverses substances, telles que la graisse, la gélatine, l'hématine, etc. Ainsi le *fungus hématode* est de l'encéphaloïde contenant une vascularisation uniforme et générale (c'est une forme qu'on a confondue fréquemment avec les tumeurs érectiles, et qui en diffère cependant totalement par sa structure); le *fungus médullaire*, ou fungus cérébriforme, n'est autre chose que l'encéphaloïde ramolli; le cancer *mélané*, ou *mélanique*, est de l'encéphaloïde contenant de la mélanose ou pigment hématique; enfin, le cancer *colloïde* est aussi de l'encéphaloïde ramolli, combiné avec de la gélatine.

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 207.

SYMPTOMATOLOGIE. — Quelle que soit la nature et la forme de ces tumeurs, elles ont des symptômes à peu près identiques. L'exophthalmos et ses conséquences sont un des premiers symptômes. Nous en avons parlé suffisamment à propos des autres tumeurs pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ces tumeurs ont une consistance plus ou moins dure; leur forme est irrégulière et généralement bosselée; elles causent des douleurs d'abord sourdes et intermittentes, puis lancinantes, continues ou rémittentes.

Aucune partie de l'orbite n'est à l'abri de leur développement. Suivant Mackenzie, leur siège le plus habituel est en arrière et au-dessous de l'œil. On les rencontre moins souvent sur le côté nasal ou temporal; dans quelques cas, on les a vues entourer le nerf optique. Le plus souvent elles prennent racine dans les parties solides de l'orbite qui jouissent peu de mobilité. Lorsqu'elles arrivent à une époque avancée, elles finissent par dépasser le pourtour orbitaire; alors elles peuvent s'ulcérer, prendre la forme d'un champignon grisâtre; leur surface se couvre de végétations vasculaires et laisse échapper un suintement ichoreux, âcre et fétide qui excorie les paupières et les joues. A cette période, si déjà cela n'a pas eu lieu plus tôt, les ganglions péri-auriculaire et sous-maxillaire se prennent. La mort peut être le dernier terme de la maladie.

Les connexions de ces tumeurs sont très diverses. Tantôt libres et entourées d'un kyste, elles sont alors facilement mises à découvert et énucléées; tantôt, au contraire, elles sont infiltrées dans les tissus, adhèrent aux muscles et aux nerfs, et s'insinuent entre ces parties; dans ce dernier cas, elles sont très difficiles à opérer. Il peut arriver qu'un œdème considérable des paupières survienne et masque la tumeur de l'orbite, qu'on avait manifestement sentie auparavant. Enfin, d'autres fois, une conjonctivite peut être la conséquence de la présence de ces tumeurs.

Les tumeurs cancéreuses qui apparaissent dans l'orbite n'ont pas toutes cette cavité pour point de départ exclusif: ainsi il en est qui viennent des parties voisines, telles que l'intérieur du crâne, les fosses nasales et l'ethmoïde, les sinus maxillaire, sphénoïdiens et frontaux.

a. Les tumeurs qui viennent du crâne faire irruption dans l'orbite sont le plus souvent les fungus de la dure-mère: c'est par la fente sphénoïdale, le long des vaisseaux, qu'ils pénètrent; une fois le canal osseux franchi, ils prennent un accroissement assez

rapide pour causer une exophtalmie intense. D'autres fois ces mêmes tumeurs se font jour dans l'orbite par les parois mêmes, et surtout par la supérieure. L'os est usé, ou plutôt envahi par la tumeur elle-même.

Mackenzie cite un cas de ce genre (*loc. cit.*, p. 61) :

« Le malade était un homme de cinquante et un ans. Quatre ans après avoir fait une chute sur la tête, sa mémoire baissa, puis s'affaiblit de jour en jour. Il survint de fréquents accès d'épilepsie et une douleur de tête vive et continue. L'œil gauche se déplaça, aucune douleur n'existait de ce côté de la tête; le malade mourut, et à l'autopsie on trouva une tumeur fongueuse adhérente à la dure-mère qui s'était frayé un passage à travers la voûte orbitaire gauche. »

Lorsque ces tumeurs ne font pas saillie dans l'orbite, leur diagnostic est assez difficile; mais alors il existe habituellement des signes caractéristiques de la présence d'une altération organique dans la cavité crânienne. Il en est de même pour le sinus maxillaire, où l'on rencontre aussi quelquefois des masses cancéreuses. En voici un exemple emprunté à Mackenzie (voy. obs. 87, *loc. cit.*, p. 59) :

« Il s'agit d'un homme de dix-huit ans, dont les deux yeux étaient amaurotiques et sortis des orbites sans causes bien évidentes. Quelque temps après, les yeux devinrent graduellement plus saillants; la face augmenta de volume au-dessus des orbites, à la racine du nez et dans toute l'étendue de la mâchoire supérieure. Quatre mois après la maladie s'étendit au cerveau, et le malade succomba.

« A l'examen du corps on trouva une masse charnue, partie lardacée, partie cartilagineuse, qui avait envahi la base du crâne, et par ses prolongements mous avait pénétré dans toutes les cavités. Les os maxillaires supérieurs, ainsi que leurs apophyses montantes et les os propres du nez, étaient très dilatés et amincis. Le sinus maxillaire gauche avait disparu par compression, et celui du côté droit s'ouvrait en arrière par une large fente. »

Quant aux sinus sphénoïdaux : « L'analogie, dit Mackenzie (*loc. cit.*, p. 62), conduit à penser qu'ils doivent être sujets aux mêmes maladies que le sinus frontal et le sinus maxillaire. »

Cet auteur n'en connaît aucun cas bien avéré. « Dans un exemple, dit-il, rapporté par le docteur Bright, d'un fungus qui aurait occupé ces cavités, l'état des parties n'est pas indiqué avec précision. Dans un cas où je fus consulté pour une violente né-

vralgie de la face, qui résistait à tous les remèdes et était compliquée de paralysie des muscles de l'œil, d'ulcère à la cornée et d'amaurose, la luette était portée complètement d'un côté de l'isthme du gosier, tandis que du côté opposé et derrière le voile du palais, il y avait une tumeur solide que je supposai dépendre d'un des sinus sphénoïdaux. »

MARCHE, DURÉE, PRONOSTIC. — La marche des tumeurs cancéreuses est généralement lente; relativement aux autres formes de cancer, l'encéphaloïde est celle dont la marche est la plus rapide. Ces tumeurs, à moins qu'on ne les enlève, persistent et progressent jusqu'à ce qu'elles aient amené la mort du malade. Le pronostic de ces affections est donc fort grave.

DIAGNOSTIC. — Il se déduit des signes que nous avons énoncés, tels que l'exophtalmos, le peu de mobilité de la tumeur, sa dureté, le caractère des douleurs qu'elle produit, sa marche lente, mais continue, l'engorgement des ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires. Cependant, dans beaucoup de cas on ne parviendra à différencier ces tumeurs de celles précédemment décrites qu'à l'aide des signes assignés à chacune d'elles.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie de ces tumeurs est très obscure. La cause éloignée est certainement la diathèse cancéreuse, qui est très souvent héréditaire.

Les causes prochaines ou occasionnelles sont encore plus obscures que les précédentes; ce sont des coups reçus sur les parois de l'orbite ou sur le pourtour de cette cavité, l'impression du froid, et autres causes banales de ce genre.

Voici plusieurs observations de tumeurs cancéreuses de l'orbite.

Squirithe de l'orbite, extraction par le docteur J.-M. O'Ferral, de Dublin (1).

« Un jeune homme de vingt et un ans, habituellement bien portant, s'était aperçu un an auparavant d'un gonflement de la paupière supérieure en haut et en dehors du globe de l'œil, gonflement qui s'était produit sans aucune espèce de douleur. Peu de temps après, l'œil commença à se porter en bas et en dedans vers le nez, et la vue commença à se troubler. Ce fut alors qu'il entra à l'hô-

(1) *Ann. d'ocul.*, t. XIX, p. 65.

pital, le 11 mars 1844. La saillie de l'œil et sa descente sur la joue donnaient à la figure de ce malade un aspect hideux : d'une part, le bord ciliaire de la paupière inférieure était considérablement abaissé au-dessous du niveau du bord de la même paupière, du côté opposé ; de l'autre, le globe de l'œil faisait une saillie d'au moins trois quarts de pouce.

« Bord osseux de l'orbite un peu déprimé vers la joue, vision imparfaite, possibilité d'apercevoir les objets volumineux, mais impossibilité de lire ; mouches volantes, pupille dilatée, mouvements de l'œil conservés dans de certaines limites, ainsi que ceux des paupières, pas d'altération de la sclérotique ni de la cornée. Entre le sourcil et le globe de l'œil déplacé, il existe en dehors une tumeur irrégulière, un peu élastique, d'une consistance uniforme, indolente à la pression, et que le doigt pouvait suivre à une certaine distance dans l'intérieur de l'orbite. Après avoir essayé inutilement les mercuriaux et l'iodure de potassium, je me décidai à l'opération. Pour cela, je fis une incision le long du bord supérieur de l'orbite, immédiatement au-dessous du sourcil. Je fis écarter les bords de la plaie et je disséquai rapidement une partie considérable de la tumeur ; mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'elle pénétrait à une grande profondeur, jusque derrière le globe oculaire. Alors j'abandonnai le bistouri, et, me servant du manche de l'instrument et d'une égrigne inventée par M. Crampton, je parvins à détacher toute la masse sans intéresser le globe de l'œil ni la glande lacrymale. Il n'y eut point d'hémorrhagie importante. La cicatrisation marcha rapidement, et six semaines après l'œil s'était notablement rétracté vers l'orbite, et la vision considérablement améliorée. Un an après il n'y avait pas de récurrence.

« La tumeur extirpée était irrégulièrement ovale, aplatie supérieurement et lobulée dans le reste de son étendue ; elle criait sous le scalpel qui la divisait, et offrait une coupe blanchâtre, comme perlée. Sous le microscope, elle offrait tous les caractères assignés par Müller aux tissus de mauvaise nature. »

Encéphaloïde de l'orbite, extraction par M. Velpeau (observation insérée dans la Revue des spécialités, t. I, p. 441.)

« Une fille de douze ans porte dans l'orbite gauche (30 mars 1840) une tumeur qui, depuis deux ans qu'elle a commencé à se déve-

lopper, a fait des progrès continuels et a déterminé peu à peu l'expansion du globe oculaire. Au début de ce déplacement de l'œil, la vision ne fut pas troublée ; mais à partir du 15 avril, la vue commença à s'altérer et la perte de cette fonction ne fit qu'augmenter de jour en jour. L'opération fut décidée et pratiquée par M. Velpeau.

« Une incision fut pratiquée à partir du sommet de l'angle externe de l'œil ; elle contournait l'apophyse orbitaire externe et continuait sa courbure vers le front. Aussitôt que la paupière supérieure eut été relevée, le doigt de l'opérateur fut introduit entre le globe de l'œil et la paroi supérieure de l'orbite. Cette inspection lui démontra que la tumeur occupait la totalité de la cavité orbitaire, mais qu'elle était libre, en devant, au moins, de toute sorte d'adhérence intime avec les parois de cette cavité.

« Il fut impossible d'atteindre la limite postérieure de la tumeur, circonstance qui força l'opérateur à n'extirper d'abord que la base, le sommet ne put l'être qu'après ; le globe de l'œil dut être extirpé en totalité.

« L'examen de la pièce pathologique montra qu'à sa partie antérieure elle était représentée par le globe de l'œil, qui, postérieurement, est enveloppé par la tumeur, à laquelle le nerf optique sert d'axe ; à la partie postérieure de l'œil, en isolant celui-ci de la tumeur, on voit le nerf optique qui s'engage dans la masse morbide et qui en sort du côté opposé. Ce nerf ne paraît avoir subi aucune altération ; aussi la vue n'a-t-elle été altérée que tardivement par les progrès de l'exophthalmie ; la tumeur est formée de tissus encéphaloïdes.

« Pour prouver, dit ce chirurgien, combien il est difficile de se soustraire à la repullulation du cancer encéphaloïde, nous croyons devoir citer le fait suivant : Chez un de nos malades, un cinquième de l'œil seulement était envahi, et il était presque douteux que l'opération fût indispensable ; néanmoins l'œil entier, le nerf optique, le tissu cellulaire graisseux, tout fut enlevé. Ainsi avec le cancer, une grande portion des tissus sains fut extirpée ; mais malgré cela, la récurrence s'était déjà déclarée avant que la cicatrisation fût achevée. Sortie de la Charité, la malade entra dans le service de M. Baffos, rue de Sèvres, où une nouvelle opération qui fut pratiquée ne tarda pas à être suivie d'une nouvelle récurrence, et quelque temps après de la mort. »

A côté du fait précédent, le suivant, qui appartient à M. Mai-

sonneuve, trouve naturellement sa place ici. Cette observation se trouve dans la *Gazette des hôpitaux* de 1841, n° 28 :

« Le malade, âgé de dix-sept ans, d'une forte constitution, exerçant la profession de tailleur, avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril 1839, où, pour la première fois, il éprouva dans l'orbite du côté droit un sentiment douloureux de tension. Bientôt après l'apparition de ces premiers symptômes, le malade s'aperçut que le globe oculaire était repoussé en avant et faisait saillie sous les paupières. N'éprouvant, du reste, aucun trouble dans la vision, il négligea de réclamer les secours de l'art; ce fut seulement au mois de juillet de la même année qu'il vint à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans le service de M. Blandin.

« A cette époque, le globe de l'œil, en partie chassé de son orbite, n'était plus qu'incomplètement recouvert par les paupières; il était en outre dévié en dehors et maintenu fixe dans cette position par une tumeur située dans le grand angle. Cette tumeur, développée dans la cavité orbitaire, faisait à l'extérieur un relief peu considérable; mais elle était comme étranglée par le tendon direct du muscle orbiculaire, au-dessus et au-dessous duquel il était facile de la sentir. M. Blandin en fit l'extirpation en conservant intact le globe oculaire, dont les fonctions n'étaient pas altérées. A l'examen de la tumeur, on constate la nature encéphaloïde de son tissu, ce qui n'empêche pas la cicatrisation de se faire avec rapidité. Six semaines après, le malade, parfaitement guéri de l'opération, sortit de l'hôpital.

« Il put reprendre ses occupations, et pendant quatre mois il n'éprouva rien qui lui fit douter de sa guérison radicale; mais alors se manifestèrent les premiers symptômes d'une récurrence. Ce fut d'abord une douleur sourde et profonde dans l'orbite; bientôt après un embarras dans les mouvements de l'œil, la projection de cet organe en avant; plus tard, enfin, l'apparition d'une double tumeur à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire. Les choses en étaient là quand le malade entra à la maison royale de santé, dans le service de M. Monod.

« Après un examen approfondi, ce chirurgien diagnostiqua l'existence d'une tumeur encéphaloïde et proposa l'extirpation, mais incertain encore sur le procédé le plus convenable à mettre en usage, M. Monod crut devoir temporiser. Il eut lieu de s'en applaudir; car huit jours à peine s'étaient écoulés que la tumeur, loin de continuer son développement progressif, prit une marche

rétrograde; elle s'affaissa d'abord, et peu à peu finit par disparaître complètement, au point que le malade, ayant recouvré tous les mouvements normaux de l'œil, n'éprouvant plus ni gêne, ni douleur, sortit de l'hôpital et reprit ses travaux.

« Malheureusement ce calme ne devait pas être de longue durée. Au bout de trois mois les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité; la tumeur reprit en quelques jours son volume primitif, puis augmenta de plus en plus. Dans ce moment elle occupe les quatre cinquièmes de la circonférence de l'orbite; elle soulève la paupière supérieure, au-dessous de laquelle on la voit recouverte de la conjonctive. En bas elle a glissé sous la paupière inférieure, et, contournant le bord inférieur de l'orbite, elle plonge jusque dans la fosse canine. Ces deux lobes principaux semblent unis, du côté de l'angle externe de l'œil, par un prolongement profond. L'angle interne seul, qui précédemment avait été le siège de la tumeur extirpée par M. Blandin, n'est pas encore envahi. Le globe oculaire, toujours intact dans sa forme et ses fonctions, n'obéit plus à l'action musculaire; il est fixe et comme enchâssé dans cette production morbide.

« M. Maisonneuve admit l'opportunité de l'opération en invoquant, d'une part les exemples rares, il est vrai, de guérison dans des cas semblables, d'autre part l'erreur possible de diagnostic sur la nature de la lésion; il pensa en outre pouvoir enlever tout le mal sans faire le sacrifice du globe oculaire: enfin, ce chirurgien préféra pour le cas particulier dont il s'agit le procédé de Dupuytren à tous les autres. Voici comment il procéda à l'opération: Une incision verticale divisa la paupière inférieure; les quatre lambeaux furent disséqués rapidement et écartés de manière à découvrir parfaitement toute la base de l'orbite, et par conséquent le globe de l'œil et les tumeurs. L'opérateur commença par isoler la supérieure; il y parvint facilement avec le doigt et quelques coups de ciseaux: il en fit immédiatement l'ablation. La tumeur inférieure n'offrait plus de difficultés; ce ne fut qu'après une patiente et laborieuse dissection que le chirurgien parvint à la détacher du rebord orbitaire sur lequel elle se recourbait pour pénétrer dans la fosse canine. Cela fait, il la poursuivit dans l'orbite, où elle plongeait à une grande profondeur. Enfin, il en atteignit les limites près la fente sphénoïdale, et il en fit l'extraction en l'énucléant.

« Après l'extirpation, les paupières furent rapprochées, leur

solution de continuité réunie par quelques points de suture, et le tout maintenu par un pansement simple.

» Au bout de huit jours les sutures furent cicatrisées, le malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant ; l'œil était sain et la vue intacte. »

Est-il survenu depuis une récidive ? je ne sais ; mais c'est probable.

TRAITEMENT. — Il est palliatif ou curatif. On aura recours au premier dans les cas où la tumeur paraîtra avoir des connexions avec les organes profonds, comme la dure-mère, les os du crâne ou même ceux de l'orbite, les cavités sphénoïdales, etc. ; ou bien encore lorsque les malades s'opposeront à toute opération.

Ce traitement consistera dans l'usage des préparations iodurées, particulièrement les huiles iodées. Concurrément avec ces dernières, on fera usage des préparations toniques, telles que les tisanes tanniques (feuilles de noyer, écorce de chêne, etc.), les ferrugineux (tartrate de potasse et de fer, fer réduit par l'hydrogène, lactate de fer, etc.).

Le traitement *curatif* consiste dans l'extirpation de la tumeur. Si celle-ci a une forme enkystée, indépendante des parties voisines, l'opération sera en général assez facile ; mais si, au contraire, elle est infiltrée dans les tissus, il pourra arriver que tous les organes de l'orbite soient atteints ; dans ce cas, on devra s'attendre à enlever le globe de l'œil et se tenir prêt.

Lorsque la tumeur est superficielle et d'un petit volume, on pourra diviser simplement la peau ou la conjonctive au niveau de la tumeur ; mais lorsque celle-ci est volumineuse et qu'elle est profonde, il existe deux procédés pour diviser les parties superficielles. Par le premier, on fait une incision parallèle aux fibres de l'orbiculaire dans un point plus ou moins rapproché du pourtour orbitaire ; de cette manière, on évite de toucher à la conjonctive. Par le second, on divise les paupières perpendiculairement à leur bord libre et dans leur partie moyenne, puis on dissèque chacun de ces lambeaux. Mackenzie blâme ce dernier procédé et dit même qu'on doit l'éviter. Nous sommes absolument de cet avis, parce qu'il n'offre au chirurgien aucune facilité de plus pour l'extirpation de la tumeur, et qu'en outre il laisse presque constamment une difformité, le *coloboma*, que l'on ne peut éviter qu'à grand-peine au moyen des sutures même les mieux faites.

Pendant le cours de l'opération, on s'appliquera à ne laisser aucune trace de la tumeur afin de moins s'exposer à la voir se reproduire. Après l'extirpation, il peut arriver que l'œil déplacé recouvre immédiatement son droit de domicile ainsi que la liberté de ses mouvements. Mais, en général, ce retrait s'effectue lentement dans l'espace de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Dans certains cas, on a vu la cessation de la compression de la tumeur être suivie du retour de la vue dans l'œil malade ; mais dans d'autres, l'extirpation de la tumeur produit temporairement un déplacement plus considérable que celui qui existait auparavant, et amène la perte totale de la vue dans un œil avec lequel, malgré sa déviation, le malade avait pu voir jusqu'au moment de l'opération (Mackenzie). En outre, il ne faut pas oublier que l'inflammation qui suit quelquefois l'extirpation peut se propager au cerveau ou à ses membranes et devenir mortelle.

ARTICLE XVI.

TUMEURS AYANT LEUR ORIGINE HORS DE L'ORBITE.

Ces tumeurs ne diffèrent des précédentes absolument que par leur origine ; aussi leur description a-t-elle été faite à propos de l'étude de chaque tumeur en particulier. Nous n'y revenons donc ici que pour suivre l'ordre indiqué dans notre tableau général des maladies de l'orbite. (Voy. p. 208.)
