

Ici tous les symptômes évoluent beaucoup plus lentement, et l'inflammation donne naissance à un véritable abcès froid qui, après son ouverture, reste longtemps fistuleux. Des parcelles osseuses atteintes de carie ou de nécrose sont éliminées, et ces perforations donnent naissance à des complications de voisinage. Le pus peut pénétrer dans le sinus maxillaire, dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux, la fosse temporale ; parfois aussi il pénètre dans la cavité crânienne, où il peut déterminer des accidents promptement mortels. Toutefois les complications cérébrales se montrent beaucoup plus rarement dans la forme chronique que dans la forme aiguë. En même temps qu'elle cause de la suppuration et la formation d'esquilles, l'ostéo-périostite donne aussi naissance à des périostoses persistantes. Enfin le globe oculaire reste intact dans un grand nombre de cas ; mais, dans d'autres, la vision est compromise, soit par le fait de lésions intra-crâniennes, soit par suite d'altérations du nerf optique dans l'intérieur de la cavité orbitaire.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéo-périostite doit être fait avec les autres maladies inflammatoires de l'orbite, savoir : le phlegmon orbitaire et l'inflammation de la capsule de Ténon. Dans le phlegmon, l'exophtalmie, dit-on, est directe ; mais il faut se rappeler que, dans les cas de périostite du sommet de l'orbite, l'exophtalmie peut être également directe. En revanche, dans les cas de phlegmon partiel de l'orbite, nous avons noté déjà que le globe de l'œil pouvait être dévié latéralement, comme il arrive dans la périostite. Un autre signe différentiel est tiré de ce fait que, dans l'ostéo-périostite, la pression sur le rebord orbitaire à l'aide des doigts insinués entre les parois de l'orbite et la paupière, est très douloureuse, particularité qui ne se remarque pas dans le phlegmon. Ajoutons toutefois que, dans quelques cas, les deux affections, périostite et phlegmon, coexistent, et qu'il est impossible de faire la part des symptômes qui appartiennent à chacune d'elles.

Quant au diagnostic avec l'inflammation de la capsule de Ténon, il est basé surtout sur ce fait que, dans cette dernière affection, le gonflement n'atteint pas le rebord orbitaire ; il est limité à la paupière, et circonscrit par une ligne qui reste toujours distante d'un centimètre environ des parois de l'orbite.

Rappelons que, dans la forme chronique, la dureté de la tumeur, la lenteur de son évolution, peuvent en imposer pour un néoplasme.

Aussi, en cas de doute, faudra-t-il toujours pratiquer une ponction exploratrice avant que d'entreprendre aucune opération.

Pronostic. — La possibilité d'accidents du côté du globe de l'œil et du cerveau rend grave, d'une manière générale, le pronostic. Mais la gravité diffère suivant la forme de l'inflammation et suivant le siège qu'elle occupe. Déjà nous avons dit que dans la forme chronique les complications cérébrales étaient moins à redouter. Quant au siège, l'ostéo-périostite du rebord orbitaire est infiniment moins grave que celle des parois de l'orbite. Elle a seulement comme conséquence fâcheuse les difformités qu'elle entraîne du côté des paupières. La périostite suppurée des parois orbitaires est beaucoup plus grave, à cause de la transmission possible de l'inflammation au cerveau et aux méninges. Mais c'est surtout dans l'ostéo-périostite de la voûte qu'on doit craindre cette redoutable complication.

Traitement. — En présence de l'ostéo-périostite aiguë, le traitement doit être actif. Au début, on emploiera les émissions sanguines, les onctions mercurielles, la révulsion sur le tube digestif. Si l'inflammation fait des progrès, il ne faut pas attendre que le pus soit collecté, et compromette par son voisinage le cerveau et le globe de l'œil. Il faut, au contraire, pratiquer le plus tôt possible une ponction, à l'aide d'un bistouri étroit, dans le point où le gonflement est le plus marqué, et en suivant la paroi orbitaire pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs. Lorsque l'abcès siège au voisinage du rebord orbitaire, le danger est de voir la cicatrice entraîner à sa suite l'ectropion. Pour l'éviter, Sichel conseille d'inciser le plus loin possible du rebord orbitaire, et de tirer fréquemment en tous sens la paupière menacée de difformité, pour s'opposer à la formation d'adhérences anormales. Toutefois, lorsque la marche de l'affection est chronique, lorsqu'il existe une fistule persistante qui doit livrer passage à des esquilles, il est bien difficile de s'opposer à la formation d'ectropion. Dans ces cas, en effet, l'orifice fistuleux doit être maintenu longtemps ouvert, il doit même être dilaté, drainé, de façon à assurer l'issue facile du pus et des parcelles osseuses. C'est ici que le traitement général interviendra, s'adressant soit à la scrofule, soit à la syphilis, suivant la nature de la cause diathésique qui a donné naissance à l'inflammation.

III

TUMEURS DE L'ORBITE.

A l'exemple de tous les auteurs classiques, *Compendium de chirurgie*, Follin et Duplay, Terrier, nous diviserons en deux parties l'étude des tumeurs de l'orbite. Dans une première partie, nous passerons successivement en revue les diverses variétés de tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la cavité orbitaire; dans la seconde, nous tracerons les caractères généraux communs à toutes les tumeurs de l'orbite.

Au début de cette étude, nous signalerons surtout le Traité des tumeurs de l'orbite de Demarquay, où l'on rencontrera un grand nombre de faits; l'excellent article du *Compendium de chirurgie*, le Traité des maladies de l'orbite de Berlin, inséré dans l'*Encyclopédie* de Graefe et Sæmisch, l'article Orbite de Chauvel, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*.

A. — TUMEURS DE L'ORBITE EN PARTICULIER.

1° KYSTES

Parmi les kystes de la cavité orbitaire, les uns sont congénitaux, les autres ne se développent que plus ou moins longtemps après la naissance. Toutefois il importe de remarquer que les kystes d'origine congénitale peuvent rester pendant longtemps silencieux, et ne devenir apparents qu'au bout de longues années; on est exposé alors à les confondre avec des tumeurs acquises.

Les kystes congénitaux appartiennent à la classe des kystes dermoïdes, dont ils présentent tous les caractères. Ils siègent tantôt à l'angle externe, tantôt à l'angle interne de l'orbite, dans sa partie antérieure; mais ils s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'intérieur de la cavité orbitaire, et contractent souvent des adhérences avec le périoste. Vu l'origine congénitale de ces kystes, c'est presque toujours chez de jeunes sujets qu'on les observe.

D'après la statistique de Berlin, sur 45 cas où le diagnostic était

assuré, 52, ou 82 pour 100, ont été observés avant vingt ans, et seulement 8, ou 12 pour 100, au-dessus de cet âge. C'est là, on le comprend, une donnée importante pour le diagnostic. Les prétendus kystes folliculaires de l'orbite autrefois décrits par Wecker, qui seraient dus à un développement anormal d'un follicule du derme, nous semblent, comme à MM. Duplay, Terrier et Chauvel, devoir être rattachés aux kystes dermoïdes. Dans une communication faite en 1886 à l'Académie de médecine, M. Panas, d'après l'étude d'un fait qui lui est personnel, range tous les kystes congénitaux de l'orbite en deux classes: l'une comprenant les *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire ceux qui dérivent d'un enclavement du tégument externe. L'autre comprenant les kystes séreux ou *mucoides*, qui reconnaissent pour cause l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite.

Les kystes acquis sont séreux ou hydatiques. Les kystes hydatiques sont exceptionnels; ils renferment, soit des cysticerques, soit des échinocoques. Les kystes séreux, beaucoup plus nombreux, se développent, soit dans le tissu cellulaire de l'orbite, soit dans les bourses séreuses qui existent au-dessus et au-dessous du releveur de la paupière supérieure. Ils constituent alors de véritables hygromas de l'orbite. Carron du Villards a décrit aussi comme une variété de kystes séreux de l'orbite l'hydropisie de la capsule de Ténon. Mais ce que nous avons dit de la ténonite, d'après la description récente de M. Panas, montre assez que l'inflammation et l'hydropisie de cette capsule fibreuse sont une seule et même chose.

Enfin on a signalé des kystes des parois osseuses de l'orbite. Keate a observé un kyste hydatique développé dans le frontal, à la partie supérieure de l'orbite; M. Gosselin a rapporté le cas d'un kyste occupant le même siège, mais renfermant un liquide coloré en jaune et des cristaux de cholestérine. Peut-être faut-il voir là un exemple de ces périostites albumineuses décrites par Ollier et son élève Poncet (de Lyon)?

2° LIPOMES.

Bien que tous les auteurs classiques admettent le lipome de l'orbite, et s'appuient pour le décrire sur les faits de Dupuytren, de Bowman et de Gross, Berlin va jusqu'à en nier l'existence. Sans être

aussi affirmatif, M. Chauvel pense que les lipomes de l'orbite peuvent être mis en doute; le plus souvent en effet le lipome se développe dans l'épaisseur des paupières, et constitue une tumeur du pourtour de l'orbite, bien plus qu'une véritable tumeur orbitaire. Nous n'y insisterons donc pas.

3° FIBROMES.

Nous pouvons presque répéter au sujet du fibrome ce que nous venons de dire du lipome. Son existence est douteuse. Il est à remarquer en effet avec M. Chauvel que presque toutes les observations publiées sous le nom de fibromes ont trait en réalité à des sarcomes. La plupart du temps l'examen histologique laisse à désirer, ou même fait complètement défaut; mais la fréquence des récurrences ne laisse aucun doute sur la malignité de l'affection. Demarquay donne, il est vrai, les caractères des tumeurs fibreuses qui, tout en se rapprochant des kystes, en diffèrent cependant, par leur adhérence au périoste, leur dureté, l'absence de cavité intérieure, leur marche plus lente et leurs dimensions moindres. Il rapporte six observations appartenant à Verhaege, Critchett, Mackenzie, Hoppe et Dubreuil. Mais aucun de ces faits n'est accompagné d'examen histologique concluant. Les observations ultérieures ne sont pas plus nettes.

4° EXOSTOSES.

Bien différentes des tumeurs précédentes que nous n'avons signalées que pour mémoire, les exostoses constituent l'une des variétés les plus intéressantes des tumeurs de l'orbite.

Elles sont de natures très diverses. Depuis longtemps, Mackenzie et Sichel ont fait remarquer que les traumatismes peuvent donner naissance à des périostites chroniques qui sont le point de départ d'exostoses. Chauvel dit avoir trouvé six observations dans lesquelles l'action du traumatisme est nettement indiquée. On a également incriminé la scrofule et la syphilis. Mais il n'existe aucun fait démonstratif pour la scrofule; quant à la syphilis, son rôle a été singulièrement exagéré, puisqu'il n'y en a, dans le relevé du même auteur, que deux observations. C'est qu'en effet l'immense majorité des exostoses de l'orbite reconnaissent une tout autre origine. Elles sont de

même nature que certaines exostoses dont nous aurons plus tard à signaler la présence dans les fosses nasales et les sinus de la face. Comme ces dernières, elles se rencontrent chez des sujets jeunes, de dix à vingt-cinq ans par exemple. Les deux sexes en sont également atteints. Bien que leur véritable cause soit inconnue, il est permis cependant de les rattacher au développement du squelette, et d'admettre, avec Dolbeau et Duplay, une certaine analogie entre elles et les exostoses épihysaires des os longs.

Le siège d'élection de cette dernière variété d'exostoses est la paroi supérieure et interne de l'orbite, où elles se développent, soit aux dépens du frontal, soit aux dépens de l'éthmoïde. Leur volume peut devenir considérable, au point d'atteindre celui d'un œuf de poule, comme dans un cas de Maisonneuve. Non seulement alors elles remplissent la cavité orbitaire, mais elles envahissent les cavités voisines, au point qu'il est parfois bien difficile de dire quel a été leur véritable point de départ. Si elles se développent au côté interne, elles gagnent les fosses nasales; du côté inférieur, elles envahissent le sinus maxillaire. Parties de la paroi supérieure de l'orbite, elles atteignent la cavité crânienne. Dans un bon nombre de cas même, leur véritable point de départ est, non pas la cavité orbitaire, mais les cavités voisines des fosses nasales.

Tantôt ces exostoses possèdent une base d'implantation assez large, tantôt elles ont un pédicule mince, ou même sont complètement libres dans une cavité kystique, qui les isole des parties voisines. Quant à leur structure, elles peuvent être composées de tissu spongieux; mais le plus souvent elles sont formées d'un tissu compact très dur, mamelonné; on peut trouver à leur surface des éléments cartilagineux, constituant des tumeurs mixtes. Quant aux véritables enchondromes, il n'en existe pas d'exemple probant.

5° LYMPHADÉNOMES.

Arnold et Otto Becker ont décrit un lymphadénome double et symétrique de l'orbite. A raison de leur siège dans l'angle supérieur et externe des deux orbites, ces tumeurs avaient été prises pour une hypertrophie symétrique des glandes lacrymales. D'autres faits semblables ont été publiés par Leber, Osterwald, Reymond, Gayet. D'après cela, l'existence simultanée de deux tumeurs symétriquement

placées dans les orbites aurait une grande importance pour le diagnostic du lymphadénome orbitaire.

6° SARCOMES.

Comme nous l'avons déjà dit, ces tumeurs ont été bien souvent décrites comme des fibromes. Elles présentent dans l'orbite un grand nombre de variétés qui ont été étudiées par Berlin, sarcome fasciculé, myxo-sarcome, gliome, sarcome tétangiectasique. Le mélanosarcome est le plus souvent secondaire, et résulte du développement d'une tumeur semblable dans le globe de l'œil qui s'est propagée à la cavité orbitaire.

Ces tumeurs se montrent à tous les âges de la vie; elles sont toutefois plus rares chez les enfants que les autres variétés de tumeurs malignes. Leur point de départ habituel est le périoste.

7° CARCINOMES.

A côté du sarcome, tous les ouvrages classiques décrivent le carcinome de l'orbite. Mais la plupart de ces observations sont anciennes et manquent d'examen histologique suffisant. Il est donc bien certain qu'un grand nombre des tumeurs décrites sous le nom de cancer ne sont en réalité que des sarcomes. Aussi Berlin, rejetant en masse tous les faits antérieurs, va-t-il jusqu'à nier l'existence du carcinome orbitaire. M. Chauvel est moins radical et reste sur la réserve, tout en faisant remarquer que le carcinome de l'orbite, surtout le carcinome primitif, doit être extrêmement rare. En effet, bon nombre de produits morbides décrits sous ce nom, sont en réalité des tumeurs secondaires, consécutives à des cancers de l'œil et du nerf optique.

8° TUMEURS VEINEUSES.

Sous le nom de tumeurs veineuses de l'orbite, on décrit des angiomes et des dilatations variqueuses des veines intra-orbitaires.

a. Angiome orbitaire. — On rencontre dans l'orbite des angiomes simples et des angiomes caverneux. Berlin a pu relever 54 observations de ces tumeurs; mais telle est la multiplicité des noms sous lesquels on les décrit; telle est, dans bien des cas, l'imperfection des détails anatomiques, que plusieurs de ces faits sont douteux.

Pour cet auteur, les formes congénitales, développées primitivement dans les paupières, et n'envahissant que secondairement la cavité orbitaire, appartiennent à l'angiome simple. Au contraire, beaucoup de tumeurs décrites sous les noms de tumeurs érectiles veineuses, ou simplement tumeurs veineuses, sont des angiomes caverneux. Ces dernières siègent dans la profondeur de l'orbite, le plus souvent dans l'intérieur du cône formé par les muscles droits. Elles sont limitées par une capsule fibreuse qui les isole des parties voisines et rend facile leur extirpation. Broca, le premier, a fait cette remarque en 1856, à la Société anatomique, à propos d'une tumeur de cette nature enlevée par Parise, de Lille.

Bien que la plupart de ces tumeurs soient d'origine congénitale, cependant le traumatisme a joué quelquefois un rôle dans leur développement.

b. Tumeurs variqueuses. — Dès 1859, Chélius avait signalé les dilatations des veines de l'orbite, pouvant former des tumeurs proéminentes, reconnaissables à leur couleur bleuâtre et à leur compressibilité. En 1865, Dupont publia sa thèse sur les tumeurs de l'orbite formées par le sang en communication directe avec la circulation intracrânienne.

La caractéristique de ces tumeurs serait d'augmenter manifestement de volume sous l'influence des efforts ou de la position déclive de la tête. Toutefois beaucoup d'auteurs restent dans le doute à leur sujet; M. Duplay, entre autres, se demande si elles ne se confondent pas avec les tumeurs érectiles veineuses, qui communiquent avec la circulation intracrânienne par l'intermédiaire de la veine ophthalmique et du sinus caverneux. Telle n'est pas l'opinion de M. Chauvel qui, après le travail publié par Yvert sur ce sujet dans le Recueil d'ophtalmologie de 1881, pense qu'on ne doit pas mettre en doute l'existence indépendante des tumeurs en communication directe avec la circulation intracrânienne.

Cette affection se présente sous deux formes différentes. Dans certains cas, il y a tumeur formée par les veines dilatées; c'est à la partie supérieure et interne de l'orbite que se montre surtout la tumeur, répondant à l'embouchure des veines sus-orbitaire et frontale dans la veine ophthalmique. Dans d'autres cas, c'est seulement une exophtalmie intermittente qui traduit les changements de volume subis par les veines de l'orbite.

9° TUMEURS PULSATILES DE L'ORBITE.

Sous le nom de *tumeurs pulsatiles* ou *anévrismoïdes* de l'orbite, on décrit des tumeurs qui sont caractérisées par l'exophthalmie ou protrusion du globe de l'œil; par des pulsations, surtout accentuées lorsqu'on exerce une compression sur l'œil ou sur la production morbide elle-même; enfin par un bruit spécial, perceptible à l'auscultation sur l'orbite, et à son pourtour.

Exophthalmie, pulsations, bruit spécial, tels sont donc les trois caractères dominants de ces tumeurs. Ainsi comprises, les tumeurs pulsatiles de l'orbite constituent un complexus symptomatique bien défini. Mais, au point de vue anatomo-pathologique, elles sont loin de former un groupe distinct. Les lésions qui les caractérisent sont en effet différentes suivant les cas; et même, comme nous le dirons tout à l'heure, il persiste aujourd'hui à cet égard bien des obscurités.

Travers, le premier, en 1815, signala ces tumeurs sous le nom d'anévrysmes par anastomoses de l'orbite. Depuis lors, un grand nombre de faits ont été publiés, et beaucoup d'entre eux ont servi à l'édification de théories nouvelles. Dans une importante revue critique, parue dans les *Archives de médecine* de 1874, M. Terrier a fait l'examen des faits connus jusqu'alors. Enfin, en 1880, Sattler, dans l'*Encyclopédie* de Graefe et Sœmisch, a pu réunir 109 observations; on trouvera le tableau de ces faits dans l'article ORBITE de Chauvel, dans le *Dict. Encycl.*, que nous avons déjà plusieurs fois signalé.

Anatomie pathologique. — Bien que les tumeurs pulsatiles de l'orbite aient été décrites autrefois sous le nom d'anévrysmes par anastomoses, il n'existe pas d'exemples probants de tumeurs cirsoïdes de l'orbite. L'anatomie pathologique permet de ranger dans les trois groupes suivants les tumeurs dites pulsatiles ou anévrysmoïdes : 1° anévrysmes de l'artère ophthalmique; 2° dilatation simple de la veine ophthalmique; 3° anévrysmes et déchirures de l'artère carotide interne dans le sinus caveux,

1° **Anévrysmes de l'artère ophthalmique.** — Il existe des faits indiscutables d'anévrysmes de l'artère ophthalmique; mais tantôt l'anévrysmes siègeait dans l'orbite même, tantôt dans la cavité crânienne. Dans le cas de Guthrie, l'anévrysmes siègeait dans la cavité orbitaire; le sac anévrysmal avait les dimensions d'une grosse noix;

la veine ophthalmique présentait un volume considérable et était obstruée près du point où elle traverse la fente sphénoïdale. Dans le fait de Nunneley, l'autopsie pratiquée cinq ans après la guérison par ligature de la carotide, montra un anévrysmes de l'artère ophthalmique de la grosseur d'une noisette, siégeant tout à fait à son origine, sur le côté droit de la selle turcique. Dans ces cas, il s'agissait d'anévrysmes circonscrits; les anévrysmes diffus, autrefois admis par tous les auteurs, ne sont pas anatomiquement démontrés.

2° **Dilatation simple de la veine ophthalmique.** — A côté des cas où l'existence d'une lésion artérielle est incontestable, il en est d'autres où les veines seules ont été trouvées dilatées. Ainsi, en 1864, M. Aubry (de Rennes) a publié la curieuse observation suivante : « Une femme portait, à l'angle interne de l'orbite, deux tumeurs molles, fluctuantes et réductibles à la pression. Ces tumeurs présentaient un frémissement notable au toucher et un bruit de souffle. On crut à un anévrysmes de l'artère ophthalmique; mais la malade ayant succombé subitement, les artères furent trouvées saines. C'était la veine ophthalmique, amincie, dilatée et flexueuse, qui formait les deux tumeurs de la partie interne de l'orbite. »

Un fait analogue a été recueilli dans le service de Bowman et publié par Hulke. Il s'agissait d'une tumeur pulsatile de l'orbite survenue chez une femme consécutivement à un traumatisme. Bowman, croyant à un anévrysmes de l'orbite, pratiqua la ligature de la carotide. La malade succomba à des hémorrhagies répétés par la plaie, et à l'autopsie, on trouva l'artère carotide interne et toutes les artères de l'orbite parfaitement saines. Le sinus caveux était rempli par un caillot ancien, ramolli et désagrégé. La veine ophthalmique était considérablement dilatée, non par accroissement de son calibre, mais par épaissement de ses parois.

D'autres faits, moins nets, ont été publiés, notamment ceux de Wecker et de Morton. Quant au cas de Gendrin, cité par beaucoup d'auteurs comme un exemple de dilatation simple des veines, il est très contestable; l'artère carotide, en effet, était malade et remplie par un caillot. M. Chauvel y voit un exemple non douteux de rupture de l'artère carotide interne dans le sinus caveux.

3° **Rupture de l'artère carotide interne dans le sinus caveux.** — Dans ce groupe, nous devons citer tout d'abord les deux faits de Nélaton; tous deux sont d'origine traumatique. Dans

l'un et dans l'autre, l'artère carotide interne était rompue dans le sinus caverneux; la veine ophthalmique présentait une dilatation considérable. Ces deux observations furent le point de départ de la thèse de M. Delens, sur la communication de la carotide interne et du sinus caverneux (1870). Depuis lors, plusieurs autres exemples de faits semblables ont été publiés, notamment celui de Leber, dans lequel l'affection résultait d'un coup de feu à plomb tiré dans la bouche. Toutes les veines de l'orbite, les veines sus-orbitaire et frontale, étaient énormément dilatées et flexueuses. La carotide interne élargie offrait un anévrisme de la grosseur d'un haricot, et communiquait par trois ouvertures avec la cavité du sinus caverneux.

En résumé donc, les trois variétés de tumeurs pulsatiles précédentes s'appuient sur des preuves anatomiques incontestables. La communication de la carotide interne avec le sinus caverneux semble être l'explication qui s'applique au plus grand nombre des cas; mais vouloir, avec Schloeske, dans les *Archives d'ophthalmologie*, et Sattler, dans l'*Encyclopédie* de Græfe et Sœmisch, en faire l'unique source des tumeurs pulsatiles de l'orbite, nous semble une exagération. Nous croyons plus sage de tenir compte de tous les faits anatomiques connus et de conclure avec M. Terrier, dans son *Mémoire de 1871*, que le mécanisme des tumeurs pulsatiles de l'orbite est variable, et que des lésions anatomiques différentes peuvent donner lieu au syndrome caractéristique de ces tumeurs: exophtalmie, bruit de souffle et battements.

Étiologie. — Les tumeurs pulsatiles de l'orbite sont d'origine spontanée ou traumatique. Elles se montrent quelquefois subitement pendant des efforts de toux; la grossesse a une influence incontestable. Sur trente-quatre cas spontanés, dont vingt-cinq chez des femmes, la grossesse est notée sept fois, et presque toujours c'est au moment de l'accouchement qu'éclatent les accidents. Cette statistique met en lumière l'influence du sexe féminin et celle des efforts de la parturition. Lorsque la maladie succède à un traumatisme, elle est liée le plus souvent à une fracture de la base du crâne. Sur cinquante-huit cas de cette nature relevés par Sattler, on trouve vingt-deux fois des chutes, presque toujours sur la tête, vingt et une fois des coups portés sur cette région, trois fois une lésion directe de l'orbite par un parapluie ou une ombrelle (cas de Nélaton), deux coups de feu à plomb.

Symptômes, marche et terminaisons. — Quand la maladie est spontanée, le début est habituellement brusque et soudain. Le malade ressent tout d'un coup une violente douleur, en même temps qu'il perçoit un craquement, quelquefois même une véritable détonation. Il lui semble que quelque chose s'est brisé dans sa tête. A cette sensation succède un sifflement particulier, comparé parfois au bruit d'une scie, d'une machine à vapeur. Bientôt se montrent les signes d'une gêne de la circulation veineuse, gonflement et injection des paupières, chémosis, gêne des mouvements de l'œil. Enfin, l'exophtalmie, les pulsations, le souffle intermittent ou continu avec renforcements, viennent compléter le tableau clinique de la maladie. Quelquefois cependant on note des signes précurseurs: de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, une protrusion légère de l'œil, ont précédé la sensation de craquement ou la détonation.

Les tumeurs pulsatiles qui succèdent à un traumatisme ont une marche variable. Parfois le développement est très lent; il exige plusieurs mois, et même une année. Dans d'autres cas, dès que les phénomènes de la commotion cérébrale se sont dissipés, les malades se plaignent d'une gêne dans les mouvements de la paupière, d'une diplopie due à la paralysie du droit interne ou du droit externe. On ne constate pas là le début brusque qui caractérise la forme spontanée de la maladie. Neuf fois, Sattler a noté la mydriase, la diminution ou la disparition totale immédiate de la vision. Enfin, dans d'autres cas, le blessé se rétablit, et ce n'est que quelques semaines ou quelques mois après l'accident que commencent à se montrer la céphalalgie et les bourdonnements d'oreille, bientôt suivis de tous les phénomènes de l'exophtalmos pulsatile.

Comme l'a montré Nunneley, la tumeur caractéristique survient presque toujours à la partie supérieure et interne du globe de l'œil, c'est-à-dire dans le point où la veine ophthalmique s'anastomose avec la veine faciale. La tumeur est molle, fluctuante, et réductible; elle présente des battements et du thrill. L'auscultation y révèle un bruit de souffle. Souvent elle offre une teinte bleuâtre; les veines voisines sont dilatées. Le volume de la tumeur augmente pendant l'effort, dans l'inclinaison de la tête en avant; elle diminue, ou même s'efface complètement par la compression de la carotide.

Le plus souvent l'affection est unilatérale; mais il est des cas de tumeurs pulsatiles doubles, soit traumatiques, soit spontanées. C'est

surtout dans les faits d'origine traumatique que l'affection se développe des deux côtés, par l'intermédiaire du sinus circulaire qui relie les deux veines ophthalmiques. Mais ce qui prouve bien que la lésion artérielle est unilatérale, c'est que la compression de la carotide d'un seul côté suffit pour supprimer les phénomènes dans les deux orbites. Dans les cas rares où la maladie a été livrée à elle-même, les symptômes vont en augmentant peu à peu d'intensité; l'exophtalmie, le gonflement des paupières et de la conjonctive augmentent, la tumeur pulsatile s'accroît, et la vue finit par se perdre complètement. Quelquefois cependant la mort survient rapidement, soit par hémorrhagie, soit par lésions cérébrales. Cette terminaison est notée sept fois dans les observations. Lorsque l'affection succède à une fracture directe de la base du crâne par un corps étranger, on comprend que la blessure de vaisseaux volumineux expose à des hémorrhagies redoutables, qui, par leur répétition ou leur abondance, peuvent entraîner la mort. C'est ce qui arriva chez l'un des malades de Nélaton.

Mais la terminaison funeste est exceptionnelle. Au contraire, la maladie peut aboutir spontanément à la guérison. M. Chauvel en a relevé douze exemples. La disparition progressive de tous les symptômes exige un temps assez long, On a pu observer des récidives.

10° TUMEURS DE L'ORBITE EN GÉNÉRAL.

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer nous a montré que, parmi les tumeurs de l'orbite généralement décrites, il en est un certain nombre qui doivent être rejetées, ou tout au moins dont l'existence est extrêmement douteuse. Telles sont les lipomes, les fibromes, les enchondromes, les carcinomes primitifs de l'orbite. Néanmoins, le nombre des néoplasmes pouvant se développer dans la cavité orbitaire reste considérable; et ce qui augmente la difficulté de leur étude clinique, c'est qu'à part les tumeurs pulsatiles qui présentent des caractères spéciaux, la plupart des autres tumeurs intra-orbitaires donnent lieu à des symptômes qui leur sont communs. De là, pour nous, la nécessité de tracer d'une manière générale, la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs de l'orbite.

Symptômes. — Au début, les tumeurs intra-orbitaires, surtout

lorsqu'elles siègent vers le sommet de l'orbite, ne traduisent leur présence que par des symptômes vagues. Ce sont des douleurs dans le fond de l'orbite, dans l'œil lui-même, dans les régions temporale ou frontale, quelquefois même dans le crâne. A ces douleurs se joignent parfois des troubles visuels et une certaine gêne dans les mouvements de l'œil. Au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, elle repousse en avant le globe de l'œil, et donne naissance à de l'exophtalmie. D'abord peu marquée, la saillie du globe oculaire augmente peu à peu. Elle devient même parfois si considérable que l'organe franchit la fente palpébrale et est luxé en dehors de l'orbite. Si la tumeur a pris naissance au sommet même de l'orbite, l'œil est repoussé directement en avant, et l'exophtalmie est directe. Lorsqu'au contraire, la tumeur s'est développée sur l'une des parois de la cavité orbitaire, elle repousse l'œil du côté opposé; l'exophtalmie est oblique. La saillie du globe oculaire peut être telle que les paupières soient impuissantes à le protéger; la cornée exposée sans cesse au contact de l'air ne tarde pas à présenter des altérations qui, à la longue, entraînent la perte de la vision.

En même temps que l'exophtalmie, on note la gêne des mouvements de l'œil. Elle peut se montrer comme conséquence du refoulement de l'organe par la tumeur; elle est alors mécanique. Dans d'autres cas, elle est due à la distension, à l'altération, des muscles, ou encore à la paralysie des nerfs qui les animent. La paralysie du releveur de la paupière supérieure donne assez souvent naissance au ptosis. Les troubles visuels sont extrêmement variés. On a admis, un peu théoriquement peut-être, que la compression du globe oculaire, suivant son axe antéro-postérieur, en diminuant sa longueur, peut entraîner l'hypermétropie. La compression de l'axe transversal amènerait au contraire un allongement du globe et la myopie. Mais ce qu'on observe bien plutôt, c'est la paralysie de l'accommodation. Parfois il existe de la photophobie; la diplopie est la conséquence du déplacement du globe de l'œil ou de la paralysie de ses muscles. Le nerf optique lui-même est comprimé, envahi; il en résulte une atrophie de ce nerf et la perte de la vision. Parfois, cependant, on note, avec une exophtalmie très prononcée, la conservation de la vue, ce qui prouve que le nerf optique peut subir, sans altération marquée de ses fonctions, un certain degré d'élongation. Un autre ordre de symptômes se tire de la gêne de la circulation en retour, résultant