

méthode de traitement par le repos dans le décubitus horizontal. Elle n'est pas acceptée par BOUVIER; DE SAINT GERMAIN, au contraire, la considère, comme très efficace. Ces lits dispendieux, difficiles à employer dans les familles, trouvent mieux leur place dans les établissements orthopédiques; ils présentent en outre les inconvénients du décubitus longtemps prolongé. Aussi faut-il combiner leur emploi avec les moyens dynamiques, la gymnastique et l'électricité, vantées à juste titre par DUCHENNE (de Boulogne).

LIVRE III

MALADIES DE L'ŒIL ET SES ANNEXES

Bibliographie générale. — (A.) *Traité spécial.* — STÖBER, 1834. — MACKENZIE, Trad. WARLONMONT et TESTELIN, 4^e édit., 1856. — WARTHON JONES, Trad. FOUCHER, 1862. — DE WECKER, 1^{re} édit., 1863; 2^e édit., en collaboration avec LANDOLT, 1883. — FANO, 1866. — MAURICE PERRIN, 1872. — GALEZOWSKI, 1875: — *Traité de diagnostic*, en collaboration avec DAGUENET, 1883. — PANAS, *Les Kératites*, 1876; *Affect. de l'appar. lacrymal*, 1877; *Les Membranes profondes; les Rétinites*, 1878. — SICHEL, 1879. — DE WECKER et MASSELON, *Thérap. ocul.*, 1879. — MEYER, 1880. — YVERT, *Blessures du globe de l'œil*, 1880, ARADIE, 1883 (2^e édit.).

(B.) *Principaux recueils périodiques.* — *Annales d'oculistique.* (Ce recueil fondé depuis 1837, contient des tables générales publiées tous les quatre ans qui facilitent beaucoup les recherches. On y trouvera tous les renseignements désirables. *Archives d'ophtalmologie* de PANAS, LANDOLT, PONCET. Bibliographies très complètes).
Journaux allemands. — *Archiv für Augenheilkunde*, par KNAPP et HIRSCHBERG. — *Archiv für Ophthalmologie.*
Journaux anglais. — *Ophthalmic Hospital Report.* — *Archiv of Ophthalmology.*

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ORBITE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques de l'orbite

Bibliographie. — BERTHERAND, *Coup de feu de l'orbite. Recueil de Mém. de méd. et ch. mil.*, 2^e série, t. VII, 1851; *Plaies d'armes à feu de l'orb. Ann. d'ocul.*, t. XXXIII, 1855. — WHITE COOPER, *Leçons sur les plaies de l'orbite* (eod. loc.). — A. LANDER et A. GEISSLER, *Die Verletzungen des Auges*, Leipzig und Heidelberg, 1864. — ANNANDALE, *Plaies de l'orbite, Edimburgh Med. Journ.*, 1877. — DUCCELLIER, *Bless. de l'orb. par coup de feu. Recueil d'opht.*, 1878. — GAYET, *Fract. directe (Lyon médic.)*, 1878. — BRIÈRE, *Traum. de la rég. pér. orb. Ann. d'ocul.*, t. LXXX, p. 57 1879. — BERLIN, *Die Krankheiten der Orbita*, Leipzig, 1880. — GOLDZIEHER, *Les blessures par armes à feu de l'orbite, troubles visuels conséc.*, *Wien. Méd. Woch.*, n^{os} 16 et 17, 1881. — LOVERDOS, *Fract. du plancher*, Thèse de Paris, 1882.

Le lecteur consultera en outre les divers traités de blessures par armes à feu, l'article ORBITE, de LE DENTU, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1877, et celui de J. CHAUVEL, in *Dict. encycl.* (Bibliographie).

1° CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES

Les contusions du rebord orbitaire, lorsqu'elles sont légères, occasionnent d'ordinaire un épanchement sanguin qui infiltre le tissu lâche des paupières, et se traduit par une ecchymose péri-orbitaire plus ou moins accentuée. Lorsque le coup a porté directement sur le bord orbitaire supérieur, par suite de la présence de l'arête mince, vive et tranchante qui termine ce bord, la plaie présente parfois un tel caractère de netteté, qu'elle semble avoir été faite par un instrument effilé et tranchant. Cependant la plaie des téguments seule est fort nette; la solution de continuité s'élargit du côté des parties profondes et s'accompagne souvent d'épanchements sous-périostiques, cause de suppurations étendues, de phlegmons et de fusées purulentes. Ces complications sont assez fréquentes, et nous devons encore signaler la possibilité de l'existence d'une fracture du rebord osseux, d'épanchements sanguins dans la cavité orbitaire, épanchements qui pourront être plus tard le début d'un phlegmon de l'orbite; enfin des troubles du côté de la vision, troubles que dans notre ignorance nous décorons du nom d'amaurose. Cette amaurose immédiate ou tardive, parfois de courte durée, est dans d'autres circonstances, presque incurable.

Dans quelques cas de ce genre, l'ophtalmoscope a permis de découvrir l'existence d'un décollement rétinien: mais en général on ne trouve aucune lésion; plusieurs auteurs croient que la maladie est d'origine réflexe et la considèrent comme le résultat de la lésion des nerfs sus ou sous-orbitaires.

Traitement. — Le repos, les compresses résolutive suffisent dans les cas de contusions; BERLIN, même dans les cas de plaie contuse, se déclare partisan de la suture avec pansement antiseptique.

2° PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ORBITE SANS LÉSIONS DES PAROIS OSSEUSES

Ces plaies sont produites le plus souvent par des instruments piquants (épée, fleuret, poinçon, canif) qui, grâce à leur petit volume, peuvent pénétrer assez profondément. L'aspect de la blessure, son siège, l'examen de l'instrument, le récit des conditions dans lesquelles s'est produit l'accident, l'issue de flocons graisseux par la plaie, une certaine gêne dans les mouvements de l'œil, parfois un exophtalmos léger, sont les symptômes principaux de la lésion.

Lorsqu'elles sont simples, ces plaies guérissent en général avec facilité. D'après BERLIN, la réunion immédiate serait presque la règle; cet auteur n'a observé aucun cas de phlegmon. Il peut survenir cependant des complications graves, par suite de la lésion de vaisseaux, de nerfs importants ou du séjour d'un corps étranger dans la plaie.

Traitement. — Après avoir lavé la région blessée, on appliquera sur le globe oculaire quelques doubles d'ouate ou de gaze antiseptique; puis, à l'aide d'une bande de flanelle, on comprimera légèrement de manière à immobiliser l'œil. D'une façon générale, il faut s'abstenir de toute exploration au stylet; pareille

conduite ne serait justifiée que si les commémoratifs ou les symptômes faisaient craindre la présence d'un corps étranger.

3° FRACTURES DE L'ORBITE

Les fractures de l'orbite peuvent être simples ou exposées. La saillie formée par le bord orbitaire explique la fréquence des fractures directes de cette région dans les rixes, les chutes, etc. Les instruments piquants, contondants et surtout les projectiles de guerre, produisent souvent des fractures exposées. Dans la statistique de la guerre d'Amérique, OTIS signale mille cent quatre-vingt-dix cas de coups de feu de la région orbitaire.

Les fractures exposées varient depuis la simple fêlure jusqu'au broiement complet. En général, du reste, la lésion osseuse est de peu d'importance, comparée aux complications graves qui l'accompagnent. Dans les faits signalés par OTIS, on trouve soixante-trois cas avec perte absolue de la vision, sept cent vingt-cinq avec perte de la vue d'un seul côté. La mortalité fut considérable tant par lésions cérébrales que par lésions vasculaires. Les plaies par instruments divers (épée, canne, fourche, couteau, etc.) sont plus rares; elles intéressent fréquemment la voûte orbitaire supérieure où elles acquièrent un haut degré de gravité. BERLIN a relevé cinquante-deux cas de fractures directes ainsi produites, avec quarante-six morts; ces faits n'ont rien de surprenant, étant donné le voisinage du cerveau et de vaisseaux importants. Les fractures simples portent surtout sur les bords saillants des parois supérieures et inférieures; elles consistent en fêlures, fissures, fentes, qui peuvent se propager jusqu'à la base du crâne et plus tard donner lieu à des complications sérieuses.

Les symptômes des fractures avec plaies sont d'ordinaire multiples; la vue et le toucher permettront facilement de reconnaître la lésion osseuse. Les complications les plus fréquentes portent sur le globe de l'œil, le nerf optique, les vaisseaux contenus dans la cavité orbitaire ou dans son voisinage, et enfin sur le cerveau. La perte de la vision, ainsi que nous l'avons dit, peut être absolue, ou un seul organe est atteint. La cécité survient tantôt immédiatement, tantôt consécutivement. Dans le premier cas, il existe une lésion directe de l'œil, qui varie depuis une simple contusion jusqu'à la destruction complète. La perte de la vue est aussi parfois la conséquence de lésions du cerveau au niveau du chiasma des nerfs optiques.

Les fractures simples sont bien moins faciles à reconnaître lorsqu'il existe seulement une fêlure; l'exploration la plus minutieuse ne donne souvent que des renseignements bien imparfaits; aussi ne faut-il pas être trop affirmatif dans le pronostic, et se rappeler que du côté du cerveau et de la vue les complications les plus graves peuvent survenir.

Traitement. — Le repos, l'application de compresses résolutive, constituent les seuls moyens de traitement applicables aux fractures simples; pour les fractures compliquées on ne peut tracer à l'avance aucune règle; on se bornera d'une façon générale à extraire les esquilles libres, à relever celles qui sont enfoncées et dont la présence pourrait déterminer des accidents, puis

après avoir disposé sur la région un pansement approprié, on condamnera le malade au repos. Nous allons passer en revue les principales complications immédiates (épanchements sanguins, corps étrangers). Les accidents consécutifs seront traités ultérieurement.

4° ÉPANCHEMENTS SANGUINS

Le sang épanché dans l'orbite, dit BERLIN, provient de deux sources différentes : 1° des vaisseaux contenus dans la loge orbitaire ; 2° des vaisseaux des cavités voisines par une communication presque toujours accidentelle. Il s'accumule : 1° entre l'os et le périoste ; 2° dans le tissu cellulaire ; 3° entre l'œil et la capsule de Tenon (WECKER).

Les symptômes de ces épanchements sont : un exophtalmos plus ou moins marqué, puis apparaît une ecchymose sous-conjonctivale et palpébrale. Par suite de cet exophtalmos, les mouvements de l'œil sont gênés ; il peut y avoir diplopie et mydriase ; des troubles circulatoires ne tardent pas à se montrer du côté de la rétine.

Ces épanchements se résorbent en général rapidement ; avec eux disparaissent les accidents ci-dessus signalés. Les révulsifs et la compression constituent le meilleur traitement ; si l'on jugeait nécessaire une intervention plus active, on ferait un large débridement.

5° CORPS ÉTRANGERS

Bibliographie. — JÉGER, *Corps étr.*, in *Ann. d'opht.* de JAMAIN, t. VI, 1856. — DEMARQUAY, *Union méd.*, 2^e série, t. IV, 1859. — PAGENSTECHE, *Ann. d'ocul.*, t. LII, 1864. — A. CLARKE, *eod. loc.*, t. LIV, 1865. — BOREL, *Bull. de thérap.*, t. LXXX, 1871. — DEZÈS, *Diss. Inaug.*, Bonn, 1875. — LAWSON, *The Lancet*, t. II, 1877. — FALK, *Diss. Inaug.*, Greisswald, 1878. — RICHEL, *Gaz. des hôp.*, 1880.

Le séjour de corps étrangers est une des complications fréquentes des lésions de l'orbite. Les corps qui se logent dans cette cavité sont très variables, les balles et les grains de plomb toutefois comptent parmi les plus nombreux. Des accidents inflammatoires graves peuvent résulter de la présence de ces corps ; dans quelques cas ils sont parfaitement tolérés, la plaie se ferme et ils s'enkystent. Leur présence détermine ultérieurement, dans un temps plus ou moins éloigné, des accidents de compression divers du côté du globe oculaire.

L'instrument vulnérant peut encore s'enclaver dans la paroi osseuse, ou aller se loger dans l'épaisseur même des centres nerveux.

Si la lésion est récente, le corps étranger visible, il faut essayer de le saisir et de l'extraire ; si cette opération nécessitait une intervention trop sérieuse, il serait bon d'attendre. Lorsque la lésion est ancienne, le corps étranger enclavé ou enkysté, la conduite du chirurgien variera suivant le degré de tolérance des tissus pour cet hôte incommode.

§ 2. — Maladies inflammatoires de l'orbite

Bibliographie. — DE GRÈFE, *Abcès retro-bulb. avec décoll. de la rét.* *Ann. d'ocul.*, t. XLIX, 1863. — HORNER, *Périorbite et périuvérite.* *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1863. — HULKE, *Abcès rétro-bulb.* *Ann. d'oc.*, t. LIII, 1865. — SICHEL, *Mém. sur la carie de l'orb.* *Ann. d'oc.*, t. LXIV, 1870. — SPENCER WATZEND, *On the Diagnosis of the Periostitis in the Orb.*, in *The Pract.*, 1872. — PANAS, *Phlegm. de l'orb.* *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 3^e série, t. II, 1875. — SICHEL (fils), *Phlegm. de l'orbite* *Arch. gén. de méd.*, 6^e série, t. XVI, p. 448, 1878. — CHEVALLEREAU, *Phlegm. de l'orb.* *Gaz. d'opht.*, t. IV, 1879. — THIRY, *Presse méd. belge*, 1880. — ADLER HANS, *Wien Med. Press.*, t. XXII, p. 799. — BAYER, *Ét. du phlegm. bilatéral de l'orb.* ; *Prage Med. Woch.*, 1881, t. VI, p. 221. — ANTON. SCHWENDT, *Des phlegm. de l'orb. suivis de cécité.* *Inaug. Diss.*, Bâle, 1882.

1° PHLEGMON DE L'ORBITE

Le phlegmon de l'orbite, affection assez rare, peut se montrer spontanément à la suite des fièvres graves ; mais ordinairement il est consécutif aux lésions traumatiques et spontanées de la cavité orbitaire ou du squelette. Parmi les causes qui lui donnent le plus souvent naissance, signalons : les blessures et fractures de l'orbite ; la présence de corps étrangers dans la cavité orbitaire ; les lésions osseuses, chroniques, périphériques ; les opérations qui se pratiquent sur les voies lacrymales, les muscles de l'œil (strabisme, énucléation du globe oculaire).

Un ensemble de phénomènes généraux graves (fièvre intense, céphalée) annoncent l'apparition du phlegmon. Rapidement les paupières sont rouges, tuméfiées ; on les entr'ouvre avec peine et l'on aperçoit le globe de l'œil immobilisé, comme enveloppé de toutes parts par la conjonctive infiltrée. Les phénomènes généraux s'aggravent, le malade accuse des douleurs péri-orbitaires des plus vives ; elles deviennent tensives, pulsatives ; l'œil semble chassé au dehors ; la pupille est dilatée, la vision confuse.

Le phlegmon de l'orbite est une affection sérieuse qui se termine bien rarement par résolution. Ordinairement la suppuration survient, le pus se fait jour près de l'angle interne, à la paupière supérieure (RIBERI, DEMARQUAY) ; ou bien il perfore les parois de l'orbite et se crée une issue par laquelle il s'écoule dans les cavités voisines : fosses nasales, antre d'Hygmore, fosse zygomatique ; on a même vu le pus traverser la fente sphénoïdale et déterminer du côté des méninges et du cerveau des complications mortelles. Il existe encore une troisième terminaison possible, l'induration. Le tissu cellulaire reste alors infiltré et dur, l'œil saillant, presque immobile. La maladie ne pourrait être confondue qu'avec le phlegmon de l'œil lui-même ; mais les commémoratifs et le mode de développement du mal suffiront à éviter cette erreur.

Traitement. — Tant que la résolution est possible, les sangsues, les onctions mercurielles, les dérivatifs sur le tube digestif seront employés tour à

tour. Si malgré cela le mal continue à progresser, on aura recours aux applications émollientes. Dès que la fluctuation peut être soupçonnée, il faut se hâter de donner issue au pus. Pour cela on pratiquera dans le sillon oculo-palpebral supérieur ou inférieur, une large incision; le bistouri ne s'écartera pas de la paroi orbitaire: la plaie sera ensuite lavée, drainée, pansée conformément aux principes de la méthode antiseptique.

2° PÉRIOSTITE DES PAROIS DE L'ORBITE

L'inflammation du périoste de l'orbite est aiguë ou chronique, limitée à certains points ou diffuse, fait rare. La périostite aiguë reconnaît pour cause les contusions violentes, les refroidissements, etc. Les symptômes sont à peu de chose près ceux du phlegmon; les douleurs pulsatives présentent un degré d'acuité considérable, l'exophtalmos se montre moins accentué que dans le cas précédent. Beaucoup plus fréquente est la périostite chronique. Cette lésion est d'ordinaire sous l'influence d'un état général: rhumatisme, syphilis, tubercule. Les symptômes auxquels elle donne lieu sont des plus vagues: douleurs sourdes plus vives la nuit que le jour (forme syphilitique), empâtement des paupières *chémosis*. Le périoste épaissi forme une masse souvent sensible à la pression, dont la présence gêne les mouvements de l'œil; cette tumeur persiste indéfiniment, ou bien le pus se collecte; la suppuration entraîne une destruction plus ou moins considérable de l'os sous-jacent. Le pronostic est grave, la maladie peut en effet déterminer la formation d'un phlegmon de l'orbite.

Suivant la nature du mal, on prescrira simplement les révulsifs ou le traitement antispécifique. Si le pus se collecte, il faut aller à sa recherche, on s'assure alors de l'état du squelette; si l'on constate la présence de lésions osseuses, il faudra gratter légèrement le foyer, le drainer et faire dans sa cavité des injections modificatrices. La guérison, même dans les cas heureux, ne s'obtient qu'au prix de cicatrices indélébiles,

§ 3. — Tumeurs de l'orbite

Bibliographie. — *Tumeurs de l'orbite en général et tumeurs solides.* — A. BÉRARD, *Observ. de tumeurs de l'orbite précédées de quelques remarques pratiques sur les tum. enkyst. de cette région.* Bull. gén. de thérap., t. XXVII, p. 276, 1844. — CHASSAIGNAC, *Sarcomes de l'orb.* Bull. de la Soc. de chir., 1^{re} série, t. II, p. 430, 1852. — MAISONNEUVE, *Exost. éburnée*, in Arch. d'opht. de JAMAIN. — DOLBEAU, *Tum. de l'orb.*, in *Ibidem.*, t. V, 1855. — CARRON DU VILLARD, *Études path. et clin. sur les diff. formes d'exophtalmie.* Ann. d'ocul., t. XL, 1858. — LETENNEUR, *Exost. de l'orb.* Bull. gén. de thérap., t. LXXXIII, p. 90, 1872, et Bull. de la Soc. de chir., 3^e série, t. II, 1873. SCHWARTZ, *Carcinome de l'orb.* Bull. Soc. anat., 1874. — GUYON, *Sarc. fascic.* Bull. et mém. de la Soc. de chir., t. 1^{er}, 1875. — LINDSLEY, *Exost. de l'orb.*, New-York Med. Record, 1879. — JANEHLSON, *Cancer caverneux.* Berlin. Klin. Wochens., n° 6, 1879. — RICHET, *Epithélioma de l'orb.*, in *Praticien*, Paris, 1880. — WARLOMONT, *Lip. de l'orb.* Ann. d'ocul., t. LXXXIV, 1880. — STEDMANN-

BULL, *Contr. à l'an. path. des tum.*, etc., New-York Med. Journ., mars 1881. — HULKE, *Ostéome de l'orbite*, The Lancet, 1882. — HERMANN, *Contribut. clinique à l'étude des tumeurs de l'orb.*, Inaug. Diss., Zurich, 1882. — GALENZA, *Contrib. à l'étude des tum. de l'orb.* Giorn. d. ac. R. di Torino, mai 1882. Thèses de Paris. — 1852, DAGUENET. — 1853, DEMARQUAY (Agrég.) — 1854, BOGROS. — 1865, FLEYS. — 1877, BARBOT. — 1882, DUFAIL.

TUMEURS EN GÉNÉRAL

Dans le sens le plus large de la signification du mot tumeur, les productions pathologiques que l'on rencontre dans la cavité orbitaire représentent, d'après la statistique de BERLIN, 41 p. 100 des maladies de cette région. Ces tumeurs peuvent provenir soit des parois mêmes de l'orbite, soit des organes contenus dans cette cavité. Ce sont ces diverses productions que l'on désigne collectivement sous le nom de tumeurs de l'orbite. Nous rappellerons cependant que, par suite de leur développement, les tumeurs des régions voisines peuvent pénétrer dans la loge orbitaire, et donner lieu à tous les symptômes des tumeurs de l'orbite elles-mêmes: quelle que soit leur origine, les néoplasmes de l'orbite présentent un certain nombre de caractères communs, qui varient suivant la période du développement de la tumeur. Pour faciliter cette étude, avec les auteurs du *Compendium* nous diviserons l'évolution des tumeurs de l'orbite en trois périodes.

1° Pendant la première phase, le produit morbide est peu volumineux, il n'y a pas de déplacement du globe oculaire.

2° Bientôt la masse ne trouve plus assez de place dans la cavité orbitaire, elle tend à en chasser les organes qui y sont contenus.

Enfin, 3° période, la tumeur, après avoir expulsé ces parties, sort elle-même de la cavité et fait saillie à l'extérieur.

Symptômes. — 1° *Période de début.* — Pendant les premiers temps de leur formation, les tumeurs se révèlent uniquement par des troubles fonctionnels: diminution de l'acuité visuelle, gêne des mouvements du globe oculaire, œdème sous-conjonctival. Suivant quela tumeur siège en tel ou tel point, que la compression porte sur les vaisseaux, le nerf optique, les filets moteurs ou sensitifs, tel ou tel symptôme prédomine: l'interprétation des faits est souvent bien difficile, et le mal à cette période peut facilement passer inaperçu.

2° *Période d'état.* — La présence de la tumeur est devenue manifeste, la scène change complètement. Un ensemble de symptômes caractéristiques traduisent l'existence de la production, signalons rapidement:

1° La projection en avant du globe oculaire (exophtalmie, exophtalmos) ou la déviation de l'organe (fig. 45), variable avec le point d'implantation du néoplasme, et se produisant toujours dans une direction opposée à ce point.

2° La gêne des mouvements qui s'accroît de plus en plus.

3° Le ptosis de la paupière supérieure, et l'ectropion de l'inférieure.

4° Des troubles visuels variés dus à la compression du globe oculaire lui-même (photophobie, diplopie, anomalie de la réfraction, hypermétropie ou

myopie acquise) ou à la compression du nerf optique (congestion péri-papillaire, plus tard névrite optique).

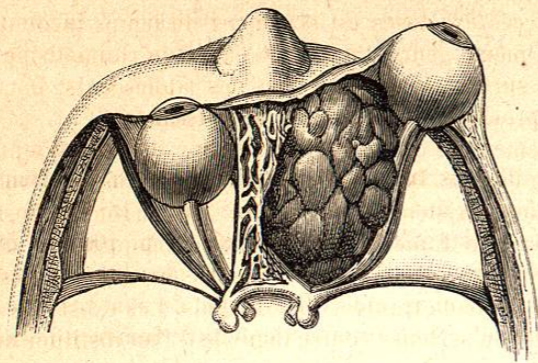


Fig. 45. — Tumeur de l'orbite. — Le globe de l'œil est chassé en avant et dévié. — Figure empruntée au supplément du *Traité des maladies des yeux* de MACKENZIE.

3^e Période. — La tumeur fait saillie à l'extérieur : dès lors, on peut apprécier sa forme, sa consistance, l'état poli ou rugueux de sa surface, sa mobilité, ses adhérences, les pulsations qui l'animent, etc.

Division des tumeurs de l'orbite. — Les principales tumeurs que l'on rencontre dans la cavité de l'orbite sont : 1^o les tumeurs solides : lipomes, fibromes, exostoses, tumeurs de mauvaise nature ; 2^o les kystes ; 3^o les tumeurs sanguines anévrysmoïdes ou pulsatiles.

1^o TUMEURS SOLIDES

Nous ne ferons que signaler la présence possible dans l'orbite, des lipomes, fibromes et enchondromes. Comme le fait remarquer BERLIN pour le lipome en particulier, on ne trouve pas une seule observation démontrant d'une façon péremptoire l'existence du lipome. Les observations de fibromes et d'enchondromes étant très discutables, nous ne perdrons pas notre temps à décrire les symptômes de tumeurs dont l'existence peut, à bon droit, être mise en doute.

Exostoses. — Les exostoses de l'orbite proviennent des parois mêmes de la loge, ou ont leur origine dans un des sinus voisins. Celles qui naissent directement dans cette cavité se développent parfois aux dépens du périoste, plus souvent aux dépens du diploé osseux. Sur trente cas de ce genre, BERLIN trouve dix-neuf exostoses éburnées, sept mixtes, une purement spongieuse et trois cartilagineuses ; la variété éburnée est donc la plus fréquente. D'après ABADIE, ces productions, de même que les exostoses des sinus dont nous parlerons ultérieurement, seraient pédiculées ou libres. Les exostoses de l'orbite sont le plus souvent solitaires ; dans quelques cas il existait deux tumeurs sy-

métriquement placées, fort rarement on en a rencontré plusieurs. Le volume de ces productions est très variable ; d'ordinaire elles sont grosses comme une noisette ; quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de poule ; enfin, d'après TEXTOR, elles atteindraient parfois les dimensions d'une tête de fœtus.

La cause de ces exostoses est la plupart du temps inconnue, comme dans tous les cas du même genre, on invoque alors le rhumatisme, la syphilis : ces tumeurs étant surtout fréquentes chez les adolescents, DOLBEAU, DUPLAY et autres, les rapprochent des exostoses de croissance.

Le développement de ces néoplasmes donne lieu aux symptômes ordinaires des tumeurs de l'orbite. Dès que la production est assez développée, on constate à la palpation l'existence d'une masse dure, arrondie, bosselée, indolore à la pression. Si cette tumeur acquiert un développement considérable, elle défonce les parois de l'orbite, pénètre dans les cavités voisines, où sa présence occasionne une série de troubles fonctionnels. Les exostoses de l'orbite constituent une affection sérieuse contre laquelle il faut instituer un traitement des plus actifs.

Traitement. — On doit toujours, surtout s'il existe des symptômes de syphilis, essayer le traitement antispécifique ; si la tumeur ne diminue pas, si par son volume elle occasionne des accidents sérieux, l'intervention chirurgicale devient nécessaire. Il faut bien savoir que les difficultés sont parfois considérables ; on s'en fera une juste idée lorsqu'on saura que des opérateurs de la valeur de MAISONNEUVE et de KNAPP ont été obligés de laisser des opérations inachevées. Pour remédier aux douleurs produites par la pression de la tumeur sur le globe oculaire, BERLIN propose l'ablation de ce globe ; c'est là une intervention assurément radicale, mais qui peut être légitime dans certaines circonstances.

Sarcomes. — Les sarcomes de l'orbite constituent, d'après BERLIN, l'immense majorité des tumeurs de cette région. Cet auteur en décrit plusieurs formes : 1^o *Cylindrome* (Sarcome carcinomateux de SATTLER). Tumeur à structure aréolaire, récidivant sur place avec facilité, mais n'ayant aucune tendance à se généraliser. 2^o *Sarcome plexiforme*. Variété fort rare, dont on ne connaît que deux cas, l'un dû à ALEXANDRE, l'autre à CZERNY ; il se développe au voisinage de la glande lacrymale. 3^o *Myxo-sarcome*. Variété aussi très rare, dont BERLIN a recueilli seulement neuf cas ; la récurrence serait rapide. 4^o *Fibro-sarcome*. Sarcome à cellules rondes, fusiformes, variété de beaucoup la plus fréquente ; ces néoplasmes naissent dans le tissu cellulaire de l'orbite, principalement aux dépens du périoste de cette cavité. BERLIN classe dans ce groupe, non seulement les tumeurs fibreuses, fibroïdes, fibro-plastiques, mais encore les encéphaloïdes et le squirrhe des anciens. Leur récurrence est fatale ; ils se généralisent souvent avec rapidité. 5^o *Mélano-sarcome*. Les mélanosarcomes de l'orbite sont presque toujours consécutifs à des tumeurs de même nature qui ont pris naissance dans le crâne, la conjonctive ou la choroïde ; leur malignité est extrême, la récurrence se fait avec une rapidité désespérante.

Il existe aussi dans la science quelques cas de carcinomes, de névromes plexiformes, de lymphadénomes de l'orbite. Ces différents néoplasmes présentent les caractères généraux des tumeurs de l'orbite. La mollesse, la rénitence de certains d'entre eux a pu en imposer quelquefois et faire croire à la