

de la maladie (1). Ces tumeurs sont plus fréquentes avant la trentième année. Le traumatisme peut y jouer le rôle qu'il joue quelquefois pour les sarcomes de la choroïde.

Certaines de ces tumeurs peuvent atteindre le volume d'un œuf (fig. 81). La néoplasie naît des gaines ou du tissu même du nerf, et est constituée par toutes les variétés des tumeurs cérébrales et méningitiques, le nerf optique n'étant qu'un pédoncule cérébral. La variété sarcomateuse et myxo-sarcomateuse est la plus fréquente.

Les *symptômes* oculaires consistent en amaurose rapide et lésions papillaires (stase ou atrophie blanche). Très lentement, les signes d'une tumeur orbitaire (exophtalmie, disparition de la mobilité, etc.), s'accusent. On a quelquefois observé un glaucome secondaire. L'exophtalmie est en général plus directe que dans les autres tumeurs orbitaires. La mobilité disparaît aussi plus tard que dans ces dernières. Des propagations intracrâniennes ou des kératites résultant du progrès de l'exophtalmie viennent modifier la physionomie de la maladie. Les tumeurs du nerf optique ne siègent à peu près jamais dans la papille, envahie secondairement par des sarcomes juxtapapillaires, ou par la tuberculose.

SARCOMES. — Le sarcome de l'orbite dépend du périoste et des os ou du tissu conjonctif. Le sarcome, quelquefois compliqué d'ossification, est souvent mélanique comme aux paupières. Exceptionnellement il peut se développer dans l'entonnoir musculaire. La vascularisation très abondante de la tumeur entraîne dans son intérieur des épanchements hématisés et même des pulsations. Chez les enfants, le sarcome est fréquent et d'une malignité exceptionnelle. Le sarcome orbitaire, sur la nature générale duquel on est encore peu fixé (2), peut, comme plusieurs autres tumeurs de l'orbite, subir une amélioration par le fait d'un érysipèle intercurrent. On a signalé souvent de violents traumatismes dans les antécédents des sarcomateux. Le sarcome est le type de la tumeur maligne de l'orbite avec exophtalmie rapide, stase papillaire et récurrence presque invariable, à l'exception de rares cas (Combalat), même après le curage de l'orbite.

On observe encore dans l'orbite le fibro-sarcome, l'endothélioma, le lymphome souvent symétrique, le cylindrome, enfin l'épithélioma généralement consécutif, en particulier, à celui des glandes lacrymales et des fosses nasales.

Traitement. — Les tumeurs malignes sont justiciables de l'*exentération totale* de l'orbite. On écarte les paupières avec les releveurs de Desmarres, et on fend d'un coup de ciseaux la commissure externe jusqu'au bord de l'orbite, ce qui permet de renverser les paupières : M. Panas les détache quelquefois en les laissant adhérer à un pédi-

(1) JOCQS, thèse de Paris, 1887.

(2) VOY. PIERRE DELBET, *Traité de chir. clin.*, t. I, p. 626.

cule nasal, puis les remet en place, après le curage. On sectionne alors circulairement les culs-de-sac conjonctivaux par une incision au bistouri allant jusqu'au périoste. Dans le plus grand nombre des cas, il est préférable d'énucléer l'œil, en général perdu, comme premier temps de l'opération. On décolle le périoste à la rugine, jusqu'au fond de l'orbite et on serre l'extrémité du pédicule avec une forte pince hémostatique. On retranche alors ce qui est au-devant de la pince. Après avoir fait la toilette complète des os mis à nu et touché au thermocautère les artérioles qui saignent, on enlève la pince et on brûle le pédicule au thermocautère. Les ciseaux compresseurs de Warlomont sont ordinairement inutiles. On bourre ensuite la cavité

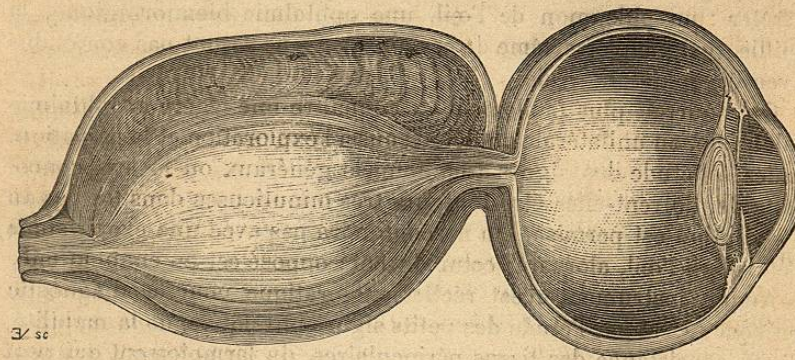


Fig. 81. — Tumeur du nerf optique (Goldziher).

avec de la gaze iodoformée et on suture la commissure externe divisée.

Dans le cas où l'on voudrait conserver l'œil tout en enlevant une énorme tumeur, on pourra mettre en pratique l'exentération orbitaire avec résection temporaire cunéiforme de la paroi orbitaire externe. (Krönlein.)

S'il s'agit d'une tumeur du nerf optique, il est plus prudent et plus sage de faire une opération complète, au lieu de conserver l'œil (Knapp) (1), qui peut garder avec lui des débris néoplasiques amenant une récurrence rapide.

Après l'exentération de l'orbite, on fait (Collins, Salt) la prothèse avec des pièces de forme conique, mais il faut reconnaître que la rétraction des paupières contre l'os qu'elles finissent par tapisser en partie la rend bientôt illusoire.

À côté des opérations, se place le traitement *toxithérapique*, né de la constatation de l'heureuse influence, momentanée du reste, de l'érysipèle sur les tumeurs. On pourra le tenter, quand la tumeur n'est opérable qu'avec de grands dégâts : d'autre part, dans toute tumeur

(1) THIERY, thèse de Nancy, 1891.

orbitaire, l'intervention sera toujours *consécutive* à un traitement mercuriel et ioduré intensif, arsenical, etc. L'ignorance de la nature exacte de certaines tumeurs d'apparence maligne (pseudoplasmes de Panas) doit introduire la plus grande circonspection dans la thérapeutique, quelquefois efficace, en dehors de toute intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DE L'EXOPHTALMIE ET DES TUMEURS ORBITAIRES.

Il s'agit du problème d'ensemble qui se pose en face de tout malade atteint d'une protrusion de l'œil.

Le *diagnostic différentiel de l'exophtalmie* elle-même ne saurait nous arrêter : un phlegmon de l'œil, une ophtalmie blennorragique, la saillie quelquefois extrême de certains yeux, ne seront pas confondus avec l'exophtalmie vraie.

On pourrait plus facilement méconnaître une légère exophtalmie bilatérale, ou unilatérale au début ; aussi l'exploration et la palpation, unies à l'étude des signes fonctionnels généraux ou locaux concomitants, doivent-elles être toujours très minutieuses dans les cas où l'hésitation est permise. On ne confondra pas avec une exophtalmie l'état d'un l'œil, alors que celui du côté opposé est en énoptalmie.

Aucun instrument n'est réellement pratique pour ce diagnostic précoce : c'est par l'étude des petits signes physiques, de la mobilité, de la consistance des tissus périoculaires, du larmolement qui peut déjà exister en relation avec une exagération peu apparente de la fente palpébrale, qu'il faudra tâcher de former sa conviction.

Une fois l'exophtalmie indiscutable, il faut noter avec soin : d'abord, *en quel point de l'orbite* paraît siéger l'obstacle et dans *quel sens exact se produit l'exophtalmie*, qui est presque toujours en sens opposé à l'obstacle ; voir si l'exophtalmie est *double* ou *unilatérale*, si elle est *traumatique* ou *spontanée*, si elle est *réductible* ou *irréductible* en tout ou en partie, faire l'étude clinique complète de l'état *fonctionnel de l'œil* et des *phénomènes concomitants* du côté du système *nerveux* et *circulatoire*, des *organes des sens*, avec examen soigné des *fosses nasales*, des *conduits auditifs*, de la *bouche*, des *dents* et du *pharynx*.

Du côté des *troubles subjectifs de l'œil*, il faudra noter l'état de la réfraction, surtout quand les malades accusent de ce côté une modification récente et survenue rapidement.

Pour classer les *troubles objectifs*, on passera en revue l'état de la *conjonctive* (chémosis séreux ou inflammatoire, ecchymoses), les *fonctions des muscles*, pour savoir si la gêne dans les mouvements de l'œil provient, soit d'une parésie musculaire, soit du gonflement inflammatoire ou néoplasique qui repousse l'œil et l'enclasse : on notera la présence ou l'absence du signe de Graefe. On examinera

la *sensibilité de la cornée*, pierre de touche de l'état du trijumeau dans ses filets oculaires, l'état de la *pupille* (inégalité, mydriase, myosis, signe d'Argyll-Robertson) ; enfin on pratiquera un rigoureux *examen ophtalmoscopique*, qui permettra de constater tantôt un état œdémateux de la papille dû à la compression du nerf, tantôt des hémorragies dans la rétine et même dans le corps vitré, tantôt une atrophie blanche du nerf optique. Même dans le cas de tumeur il est possible de voir se produire d'emblée une atrophie simple du nerf optique.

On passe ensuite en revue, au point de vue fonctionnel comme au point de vue des altérations organiques, les fosses nasales et surtout *leurs dépendances périorbitaires* (sinus frontal, sinus maxillaire, sinus sphénoïdal), la cavité *buccale* avec examen des dents de la mâchoire inférieure et de la mâchoire supérieure, enfin les *oreilles* pour voir s'il n'y a pas de suppuration chronique : on notera ensuite l'état général, l'état du cœur, du corps thyroïde, des autres organes, à cause des *métastases* possibles.

Pour procéder d'une façon qui permette de trouver dans l'interrogatoire du malade et dans l'évolution du symptôme la vraie cause de la maladie, nous attacherons la plus grande importance à l'existence antérieure d'un *traumatisme céphalique*. Un grand nombre de cas d'exophtalmie de cette origine se juxtaposent dès lors d'eux-mêmes.

Dans le cas d'un traumatisme *orbitaire*, on pensera à l'enclavement d'un fragment osseux détaché, ou d'un volumineux corps étranger, pouvant séjourner pendant des mois et des années, alors que le malade et le chirurgien croient à son absence, malgré une histoire clinique soigneusement fouillée. C'est sur la persistance des phénomènes inflammatoires que se fonderont le diagnostic et la nécessité de l'intervention. Quand il s'agit de projectiles, de balles par exemple, entraînant des accidents, l'intervention exploratrice pourra s'aider de l'*explorateur-extracteur électrique*, qui, résonnant dès que ses pointes touchent le plomb, permettra de ne pas confondre avec une esquille détachée.

Quand le traumatisme a été surtout *crânien* et que la fracture du crâne a entraîné une exophtalmie qui peut être double, ce sont en général des hématomes de l'orbite qui la produisent, à moins de thrombose et de caillots dans la veine ophtalmique et les sinus veineux de la base.

Le traumatisme peut déterminer une exophtalmie *pulsatile* : il s'agit alors presque toujours d'une rupture de la carotide interne dans le sinus caverneux. On basera le diagnostic sur le chémosis, la réductibilité partielle, les souffles, la vibration fréquemment perceptible et diminuant avec la compression momentanée de la carotide.

D'autres fois, il s'agit de mécanismes bien différents. Les efforts, les quintes de toux, ont pu déterminer des hématomes orbitaires sans

gravité. L'action de se moucher violemment occasionne des exophtalmies traumatiques *emphysémateuses*, par pénétration de l'air dans une fissure du sac lacrymal donnant dans l'orbite.

Cet antécédent dominant du traumatisme nous semble nettement classer les diverses éventualités précédentes, qu'elle sépare complètement des autres. Il nous reste à présent une masse compacte de variétés exophtalmiques où semblent se heurter les formes les plus diverses. Procédant comme nous le ferions en face d'un malade, après avoir *définitivement éliminé le traumatisme*, nous nous demanderons à présent si l'exophtalmie spontanée appartient à une forme *inflammatoire*, ou si elle n'a rien de commun avec une origine *inflammatoire*.

Dans le second cas, on doit tâcher de découvrir s'il y a ou non une *tumeur de l'orbite*.

L'exophtalmie ne s'accompagne d'aucun signe inflammatoire et il n'y a pas de *tumeur sensible*. L'examen du cœur et du corps thyroïde nous fera retrouver le goître exophtalmique, dans bien des cas d'exophtalmies à peine accentuées, même unilatérales et, par conséquent, atypiques. Le même examen éliminera les exophtalmies survenant quelquefois chez les cardiaques et les chlorotiques.

On a pu voir se développer chez les enfants des *hématomes spontanés* de l'orbite dont la rapidité de l'évolution aidera le diagnostic.

Une dernière variété d'exophtalmie sans inflammation et sans tumeur apparente, est constituée par l'exophtalmie *alternante* (Voy. p. 311) facile à reconnaître. On ne confondra pas les *bourrelets grasseux* sous-palpébraux des sujets âgés avec des tumeurs orbitaires, bien qu'on les ait traités aussi par l'ablation (De Wecker).

Quand on aura constaté une *tumeur orbitaire*, il faudra se rappeler la présence, même sur des adultes, de *kystes congénitaux de l'orbite*, siégeant en dedans et en haut, en dedans et en bas, en bas et en dehors : ils ne déterminent que des accidents très lents ; leur consistance, leur forme arrondie, leur siège les distinguent nettement. Quelquefois on pourra en venir à la ponction exploratrice avec la seringue aseptisée, mais elle ne donnera de résultats que s'il s'agit de kystes *séro-muqueux* siégeant surtout en bas et en dedans.

Les *kystes hydatiques* de l'orbite viennent presque toujours bomber sous la conjonctive, entraînant fréquemment, par leur accroissement rapide, une compression du nerf optique avec stase papillaire. Là aussi la ponction donnant le liquide classique est indiquée. Dans quelques cas de kystes situés très profondément, le diagnostic peut rester en suspens : on est obligé d'attendre, intrigué par des phénomènes isolés (ophtalmoplégies [Meyer], papillites), et l'hydatide devient peu à peu accessible sous la conjonctive. Nous avons insisté sur les caractères distinctifs avec les *cysticerques* (Voy. p. 306).

Quand l'exophtalmie coexistant avec une masse remplissant l'orbite est *pulsatile*, dans les cas spontanés, la *dilatation variqueuse* des veines ophtalmiques et l'*anévrisme artériel* sont les causes les plus fréquentes.

Les *angiomes enkystés* ont la consistance d'une tumeur solide et on ne les diagnostique souvent qu'au cours de l'opération.

Quand il y a les signes d'une *tumeur solide* située sur les bords et les parois de l'orbite, ce sont presque toujours des *sarcomes* que leur développement rapide chez des enfants ou des sujets jeunes, l'enchâssement et le refoulement prompts du globe de l'œil, l'apparition prématurée de la papillite feront reconnaître. Quand les tumeurs prennent naissance en dehors et en haut, on a presque toujours affaire à des cancers épithéliaux de la *glande lacrymale*. On peut confondre ces diverses affections avec des néoplasies et des *ostéopériostites syphilitiques*, quand la tumeur est encore très localisée, d'où le soin extrême qu'il faut employer à rechercher les antécédents de syphilis, à retrouver un reste de cicatrice spéciale, à mettre en œuvre un traitement mercuriel ou ioduré intensif, nécessaire pour le diagnostic et qui, même en l'absence de syphilis, pourra quelquefois faire fondre d'énormes néoplasies orbitaires (pseudoplasmes) d'origine infectieuse inconnue.

La consistance de la tumeur située en haut, entraînant une exophtalmie lente, s'accroissant pendant plusieurs années, permettra de supposer une *exostose* partie du sinus frontal.

Dans ces divers cas, l'*acupuncture avec une aiguille stérilisée* (ou la ponction avec l'aiguille de Pravaz), pratiquée absolument comme dans la recherche des calculs des reins, sera indiquée quand on soupçonne une tumeur osseuse.

L'exploration des sinus périorbitaires et des fosses nasales sera, dans les cas de tumeurs latérales, toujours faite avec le plus grand soin, pour savoir si la tumeur est primitive ou secondaire (polypes naso-pharyngiens, etc.).

Les tumeurs *situées au contraire en arrière de l'œil* constitueront un diagnostic de simple probabilité. Les *tumeurs du nerf optique* entraînent une exophtalmie plus directe, malgré les exceptions à cette règle ; leurs autres signes, même ophtalmoscopiques, ne sont pas caractéristiques et, comme bien d'autres tumeurs, elles ne seront reconnues que par l'intervention à la fois *exploratrice* et *curative* (cas de Nüel : dégénérescence hyaline des muscles simulant des tumeurs). (Voy. p. 277.)

Les tumeurs *mobiles* sont surtout des fibromes, rarement des exostoses : on ne les confondra pas avec une *luxation de la glande lacrymale*.

Il nous reste à étudier les *tumeurs symétriques des deux orbites*. Ces tumeurs, pouvant se développer à tout âge, sont presque toujours

des *lymphomes* orbitaires (Gayet) : on fera avec soin l'examen général du malade; dans un cas que nous avons étudié récemment, la lymphadénie orbitaire s'accompagnait d'autres tumeurs siégeant au niveau du cuir chevelu, sur la poitrine et dans d'autres régions du corps. On pratiquera toujours la numération des globules blancs, étant donné l'état leucocythémique fréquent et l'accroissement de volume de la rate, qu'il faudra rechercher.

Nous arrivons à l'exophtalmie caractérisée par des symptômes *inflammatoires*. A son plus haut point, généralisée à toute l'orbite, elle constituera le *phlegmon* dont on retrouvera assez vite les origines de voisinage (affection des sinus osseux, suppuration des voies lacrymales, etc.), ou les origines générales (maladies infectieuses, pyohémie, fièvres éruptives).

Un moindre degré d'acuité dans les symptômes permettra de reconnaître la simple *phlébite orbitaire primitive* (anthrax des lèvres, érysipèle), qui peut tourner au phlegmon. Dans un certain nombre de cas, on remarque des phénomènes cérébraux accentués; lorsque l'exophtalmie est *double*, il s'agit de phlébites orbitaires *secondaires* à des infections des sinus de la dure-mère. Il faut se rappeler que la phlébite orbitaire primitive, d'abord unilatérale, peut devenir bilatérale par pénétration des microbes dans le sinus circulaire et phlébite orbitaire secondaire, et, d'autre part, que, dans des cas exceptionnels, la phlébite orbitaire secondaire a pu rester unilatérale.

L'*empyème des sinus périorbitaires* donnera de l'exophtalmie opposée à la lésion primitive, avec *ostéopériostite chronique*; c'est cependant quelquefois sur la douleur localisée, sur les sécrétions purulentes évacuées par le nez d'une façon intermittente, sur les antécédents du malade qu'on fondera le diagnostic de sinusite et de polysinusite.

La *ténonite* s'accompagne d'une légère exophtalmie; la très grande diminution dans la mobilité de l'œil, la vive injection de la conjonctive bulbaire sans lésions visuelles, les douleurs bien plus modérées que dans le phlegmon, la présence très fréquente du rhumatisme dans les antécédents personnels et héréditaires, la brusquerie dans l'apparition de la maladie, l'absence de graves phénomènes généraux, permettent de la reconnaître.

Les lésions osseuses envahissantes feront penser à l'*actinomyose* qui nécessite l'examen microscopique.

En général, la ponction exploratrice aseptique, pratiquée avec une aiguille aspiratrice, est permise, quand on percevra une tumeur ne s'accompagnant d'aucun battement ou souffle appréciable; elle sera pratiquée au point le plus saillant, en évitant l'emplacement, facile à préciser, des muscles droits.

MALADIES DES OREILLES

PAR

ANDRÉ CASTEX

Chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie
à la Faculté de médecine de Paris.

L'otologie a réalisé, dans ces dernières années, d'importants progrès en entrant dans la voie chirurgicale. Je m'attacherai donc surtout à décrire les divers procédés opératoires qui sont appliqués à l'oreille moyenne et à l'apophyse mastoïde (mobilisation des osselets, trépanations diverses, opérations de Schwartze, Kessel, Stacke, etc.), sans négliger les divers moyens de diagnostic qui nous permettent de poser les indications nettes de l'intervention opératoire.

Après quelques pages consacrées aux divers procédés d'*exploration des oreilles externe, moyenne et interne*, vient l'exposé des divers cas morbides en procédant, autant que possible, de l'extérieur vers les parties profondes. Ce seront, avant tout, les diverses *malformations*, puis les *maladies du pavillon, de l'oreille externe* (inflammations, corps étrangers, bouchons de cérumen, otomycoses, etc.). Les *affections de la membrane tympanique* forment un chapitre distinct en raison d'une plus méthodique description. Viennent ensuite les *maladies de l'oreille moyenne* (tympanites aiguës, simple ou suppurée, tympanites chroniques, simple ou sclérose). L'importance des *complications des otites moyennes* et des *suppurations de l'attique* m'a décidé à leur consacrer un chapitre particulier; puis viennent les *maladies de la trompe d'Eustache* et les *maladies de l'apophyse mastoïde avec les trépanations*. J'envisage enfin les *affections de l'oreille interne*, auxquelles se trouvent naturellement rattachées les *névropathies* et *surdités*, je termine par l'étude des *traumatismes* qui peuvent exercer leur influence immédiate et consécutive sur les diverses parties de l'appareil auditif.

Historique. — Je signalerai simplement les progrès de l'otologie dans la période contemporaine.

Les anatomistes illustres du xvi^e siècle, Fallope, Vésale, Eustachi, Ingrassias avaient approfondi beaucoup l'anatomie de l'appareil auditif.