

bien aux lésions traumatiques. D'après L. Wecker, ce sont les opérations intéressant la capsule de Tenon qui lui donnent surtout naissance; telle est, par exemple, la strabotomie; dans quelques cas, elle suit l'opération de la cataracte, ou bien résulte de l'influence du froid, de la propagation d'un érysipèle de la face, toutes causes qui nous paraissent donner plus souvent lieu au phlegmon orbitaire déjà décrit.

TRAITEMENT. — Si l'inflammation offre par exception des symptômes anormaux d'acuité, on peut utiliser tous les antiphlogistiques indiqués déjà à propos du phlegmon de l'orbite. Mais le plus souvent les phénomènes sont modérés, et l'on peut s'en tenir à l'expectation ou bien aux frictions belladonnées, à l'application de compresses chaudes, etc.

## § II. — Tumeurs de l'orbite.

### 1° Considérations générales sur les tumeurs de l'orbite.

Les tumeurs qui font saillie dans la cavité orbitaire sont de trois sortes: les unes prennent naissance dans les parois de l'orbite, les autres se développent dans quelques-uns des organes que renferme cette cavité; d'autres enfin viennent des parties voisines, se projettent dans l'orbite et donnent lieu aux mêmes symptômes que les tumeurs orbitaires proprement dites.

Ces trois sortes de tumeurs agissent mécaniquement sur le globe oculaire; de là, tous les symptômes que nous allons passer en revue.

1° C'est d'abord une légère *projection* de l'œil en avant; puis, à mesure que la tumeur augmente, cet *exorbitisme* s'accroît, et l'on a vu quelquefois le globe oculaire complètement chassé de la cavité de l'orbite. Au début de ce déplacement, l'œil a conservé sa forme, sa couleur normales, et il est facile de s'assurer qu'il n'a point augmenté de volume.

2° Si la tumeur a pris naissance au sommet de la cavité orbitaire, l'*exorbitis* est direct; dans le cas contraire, il y a *déviatio*n de l'œil dans un sens ou dans l'autre. On conçoit facilement que le sens de cette déviation peut éclairer le chirurgien sur le point de départ du mal.

3° L'œil, ordinairement si mobile dans la cavité de l'orbite, éprouve alors une gêne plus ou moins marquée dans ses mouvements. Cette gêne peut elle-même résulter de deux causes: ou bien elle tient à l'obstacle mécanique produit par la tumeur, ou bien elle résulte de la compression de quelques-uns des nerfs moteurs qui se distribuent aux muscles du globe oculaire.

4° Le développement d'une tumeur de l'orbite s'annonce par des sensations de tiraillements, de plénitude, de tension dans l'œil. Dans quelques cas, des douleurs vives se font sentir dans la région malade et irradient dans les parties situées au voisinage de l'orbite.

5° A tous ces signes se joignent souvent des troubles visuels variés: il y a parfois une sensibilité anormale de l'œil à la lumière, *photophobie*;

dans d'autres cas, le malade voit double, *diplopie*; ou bien enfin la vision diminue à mesure que la compression du globe oculaire augmente, et peu à peu la cécité se complète, il y a *amaurose*. On a vu cependant, dans quelques circonstances tout à fait exceptionnelles, l'œil fortement porté en avant sans qu'il y eût de troubles visuels très-accentués.

6° Du côté des parties extérieures et, en particulier, du côté des paupières, on observe aussi quelques lésions. C'est parfois une vascularisation plus considérable, un développement plus grand du système veineux, et cette vascularisation est souvent en rapport avec la nature de la production morbide intra-orbitaire. Dans d'autres cas, il n'existe que de l'œdème palpébral, ce qui résulte fréquemment d'une certaine difficulté dans la circulation de la veine ophthalmique. Quelques tumeurs de l'orbite peuvent en se développant distendre la paupière supérieure et renverser la paupière inférieure.

7° La compression que subit le globe de l'œil ne tarde pas à amener dans cet organe d'irréparables désordres. La cornée se ramollit et se perforé, l'œil se vide, et tous ces phénomènes s'accomplissent au milieu des accidents inflammatoires qui ont été décrits en traitant du *phlegmon du globe oculaire*.

8° Pendant longtemps les parois de l'orbite résistent à la dilatation mécanique, résultant de la présence et du développement de la tumeur; puis elles finissent par céder peu à peu, les os voisins s'amincissent et peuvent même se perforer. De là des déformations singulières de la face et une compression du cerveau.

### 2° Tumeurs de l'orbite en particulier.

On peut rencontrer dans l'orbite les diverses tumeurs qu'on observe dans les autres régions du corps, mais nous ne signalerons ici que les *lipomes*, les *fibromes*, les *exostoses*, les *kystes*, les *tumeurs pulsatiles* ou *anévrismoïdes* et le *cancer*.

#### A. Lipomes.

Le lipome de l'orbite est fort rare, et l'on n'en connaît guère que trois faits bien authentiques: l'un de Dupuytren (1), l'autre de Bowman (2), enfin le troisième de Gross (3).

Dans ces deux derniers cas, la tumeur était double et symétriquement disposée, de façon à repousser les deux paupières supérieures et les globes oculaires.

Ces masses graisseuses se développent de préférence au pourtour de l'orbite; elles sont arrondies, molles, fluctuantes en apparence, et ne s'accompagnent d'aucune altération des téguments. La marche de cette

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1835, p. 446.

(2) *London Journ. of Med.*, 1849, p. 989.

(3) *System of Surgery*, 3<sup>e</sup> éd., vol. II, p. 203.



affection est très-lente; elle datait de quinze ans chez la malade opérée par Dupuytren.

L'absence de phénomènes inflammatoires, la pseudo-fluctuation de la tumeur, pourraient la faire confondre avec un abcès chronique; mais il est fort rare de ne pas trouver, dans ce dernier cas, quelques signes de phlogose antérieure. Cependant si le doute persiste on doit avoir recours à une ponction exploratrice.

Cette tumeur peut avoir sur l'œil toutes les graves conséquences que nous avons précédemment signalées; ainsi, dans le cas de Dupuytren, l'œil avait été expulsé en dehors et en bas, et la cornée était opaque. Dans le fait de Bowman, il ne paraît y avoir eu qu'une gêne notable de la vision, résultant de l'abaissement forcé des paupières.

Si la tumeur faisait de tels progrès que l'œil fût sur le point d'être compromis, il faudrait enlever le lipome. Dans tous les cas, il faut autant que possible suivre l'exemple de Bowman, c'est-à-dire avoir grand soin de respecter le globe oculaire, pendant qu'on dissèque la production morbide.

Il est bon de noter ici que, dans certaines opérations pratiquées sur l'orbite, on a pu prendre pour des lipomes les pelotons graisseux qu'on rencontre normalement dans cette région.

#### E. Fibromes.

Ce qui caractérise le fibrome de l'orbite, c'est son développement lent et indolore, l'absence de tout bruit anormal ou de pulsations dans la tumeur, les résultats négatifs de la ponction exploratrice, enfin l'intégrité des ganglions voisins, et la conservation de l'état général de l'organisme. En somme, le *diagnostic* de ces tumeurs est essentiellement basé sur des signes négatifs; toutefois nous verrons, à propos des tumeurs fibro-plastiques, qu'il est souvent difficile de distinguer nettement ces deux affections.

Les fibromes de l'orbite sont fort rares, ils naissent ordinairement du périoste de cette cavité (1). Dans quelques cas, ils semblent provenir de la gaine du nerf optique (2). Les dimensions que peuvent acquérir ces tumeurs sont parfois énormes, et, dans certaines circonstances, elles envoient des prolongements dans le crâne, d'où la possibilité de phénomènes de compression cérébrale. En général, la production fibreuse serait assez bien isolée des parties voisines par une sorte de kyste cellulaire, ce qui faciliterait son extirpation (L. Wecker).

Le seul *traitement* applicable à ces tumeurs est l'*extirpation*; il faut autant que possible ménager l'œil, surtout s'il n'est pas totalement perdu et atrophié par la compression que lui a fait subir la production morbide.

(1) Verhaege (d'Ostende), *Ann. de la Soc. méd. de Bruges*, 1850, p. 389.

(2) Critchett, *Med. Times and Gazette*, 1852, p. 465.

Quelquefois le volume énorme de la tumeur et surtout ses prolongements intracrâniens peuvent faire naître des accidents cérébraux inflammatoires qui viennent singulièrement compliquer l'opération.

#### G. Exostoses.

Il est parfois difficile de déterminer l'origine réelle de ces tumeurs; c'est qu'en effet les exostoses de l'orbite naissent souvent au voisinage des os qui séparent cette région des cavités voisines et, en particulier, des fosses nasales et des sinus frontaux. Dès lors, il est facile de comprendre comment certaines tumeurs osseuses, faisant une saillie anormale dans les sinus ou dans les fosses nasales, ont été décrites par les uns comme des ostéomes des fosses nasales, par les autres comme des tumeurs osseuses de l'orbite. Les faits souvent cités de Maisonneuve (1) peuvent être pris comme exemple de cette confusion, bien que, dans ces circonstances, on ait évidemment eu affaire à des tumeurs osseuses de l'orbite s'implantant sur l'ethmoïde.

**PATHOLOGIE.** — Si la délimitation exacte des ostéomes appartenant à l'orbite n'est pas toujours facile, leur mode de développement est encore assez mal connu.

Dans quelques cas, la périostite chronique résultant ou non d'un traumatisme pourrait leur donner naissance; telle est du moins l'opinion de Siehel (2), opinion d'ailleurs confirmée par quelques faits d'exostoses de l'orbite, qui se seraient développées après un traumatisme incontestable, et résulteraient évidemment d'un processus inflammatoire (3).

Plus souvent, il est vrai, la production osseuse doit être rapportée à une altération générale de l'économie, à la syphilis ou à la scrofule; cependant, il faut bien l'avouer, les chirurgiens ont rattaché à la syphilis acquise ou héréditaire des exostoses dont le mode d'apparition leur semblait impossible à expliquer.

Cette remarque s'applique surtout à certaines tumeurs osseuses, dures, mamelonnées, dites *tumeurs éburnées*, qui se rencontrent surtout chez les jeunes gens et dont le développement est probablement en rapport avec l'activité de nutrition des os dans le jeune âge. N'y aurait-il pas quelque analogie entre le développement de ces tumeurs et celui des exostoses épiphysaires? Nous posons la question sans pouvoir la résoudre.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Les tumeurs osseuses de l'orbite diffèrent beaucoup les unes des autres par leur structure, leur forme et leurs connexions. Certaines exostoses sont formées de tissu compacte, au moins à leur surface, et renferment dans leur intérieur du tissu spongieux; quelquefois même elles contiendraient des éléments cartilagineux en voie de transformation osseuse, ce qui, pour certains auteurs, serait un signe de

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1853, n° 95, et 1863, p. 463.

(2) *Iconographie ophthalmologique*, p. 726.

(3) Mackensie, *Obs.* 69 et 71, t. I.



leur origine inflammatoire. D'autres tumeurs osseuses offrent, au contraire, une texture tellement dense qu'on l'a comparée à celle de l'ivoire, d'où leur nom de *tumeurs éburnées*; ce sont précisément celles dont la pathogénie est souvent obscure.

La forme de ces productions morbides est variable et généralement en rapport avec leur texture; c'est ainsi que les exostoses éburnées sont



Fig. 124. — Exostose de la paroi interne de l'orbite (Musée Dupuytren).

ordinairement arrondies, mamelonnées, lisses à leur surface, tandis que les autres productions osseuses paraissent plus irrégulières.

Les connexions des exostoses avec les parois orbitaires méritent à tous égards l'attention des chirurgiens. Si les exostoses d'origine inflammatoire offrent parfois une base d'implantation assez large, le fait est exceptionnel pour les tumeurs éburnées; si bien que, dans quelques cas, on a cru que ces productions étaient libres dans l'orbite. On comprend facilement l'importance de cette

remarque anatomo-pathologique au point de vue opératoire.

Le volume des exostoses est très-variable et dépend beaucoup de la nature de la tumeur. Les productions osseuses éburnées peuvent atteindre les dimensions d'une noisette, d'un œuf de poule (Maisonneuve), quelquefois même celles de la tête d'un enfant (Textor); toutefois ces dernières tumeurs paraissent exceptionnelles.

Les exostoses de l'orbite peuvent être en rapport avec les diverses parois de cette cavité, cependant on peut dire que les exostoses éburnées répondent le plus souvent aux parois supérieure et interne, parois formées par des os appartenant à la fois aux cavités nasale et orbitaire. Dans quelques cas, l'exostose est située profondément vers le sommet de l'orbite; d'autres fois elle répond à sa base. Un fait anatomo-pathologique important à noter, c'est que quelques-unes de ces exostoses, et particulièrement les exostoses éburnées, sont contenues dans une sorte de cavité kystique qui les isole des parties molles de l'orbite.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Le déplacement du globe oculaire, les douleurs névralgiques, l'inflammation des parties molles et de l'œil lui-même, n'apparaissent que très-lentement, mais ne tendent qu'à s'aggraver, vu l'accroissement presque fatal de la tumeur.

Lorsque l'exostose siège vers la base de l'orbite, le diagnostic en est facile, si surtout on peut introduire le doigt entre le rebord orbitaire et le globe oculaire; on sent alors une tumeur dure, arrondie et bosselée,

surtout dans le cas d'exostose éburnée, ordinairement indolente à la pression et immobile. Si l'on conservait quelques doutes sur la nature de la production morbide, une fine aiguille à acupuncture enfoncée dans les tissus donnerait une sensation de résistance osseuse tout à fait caractéristique.

Lorsque l'exostose a pris naissance vers le sommet de la cavité orbitaire, le diagnostic devient à peu près impossible et les commémoratifs peuvent à peine faire entrevoir la nature de la production morbide; toutefois il faut en tenir grand compte, au point de vue de la syphilis, alors surtout qu'on découvre d'autres exostoses sur différents points du squelette.

L'hyperostose ou hypertrophie des parois osseuses de l'orbite, rarement limitée d'ailleurs à cette cavité, ne doit pas être confondue avec les exostoses orbitaires. Enfin un kyste osseux, la dilatation des cellules ethmoïdales (Brainard), celle des sinus frontaux, ont pu être pris pour des exostoses de l'orbite.

Le pronostic de ces tumeurs est toujours grave, vu leur tendance à augmenter de volume, et parfois l'impossibilité de les opérer.

**TRAITEMENT.** — Si l'on soupçonne la nature syphilitique de la tumeur, on instituera un traitement mixte (mercuriaux et iodure de potassium); mais si l'exostose ne diminue pas sous l'influence de cette médication, il faut avoir recours à une opération chirurgicale qui consiste, soit à extirper la tumeur, soit à l'isoler en la dénudant et à la cautériser.

Pour pratiquer l'extirpation, on commencera par mettre à nu la tumeur, soit en pratiquant une incision à travers les fibres du muscle orbiculaire des paupières, soit en agrandissant la commissure palpébrale externe. L'exostose mise à découvert, si l'on constate qu'elle est supportée par un pédicule mince, ce qui est fréquent pour les exostoses éburnées, on essaiera de le sectionner avec les pinces de Liston, de le scier, ou bien enfin de le rompre, soit en agissant directement sur la tumeur à l'aide de pinces solides, soit en la soulevant à l'aide d'un levier introduit entre elle et le rebord de la cavité orbitaire; en résumé, on emploiera tous les moyens que la prudence suggère pour ébranler la production morbide sans léser les os voisins.

Quand on ne peut détacher immédiatement l'exostose de l'os qui la supporte, on a proposé de la dépouiller de son périoste après l'avoir mise à nu, et de la laisser se détruire par exfoliation. On a aussi conseillé de hâter sa destruction en la touchant avec quelques caustiques. Grâce à l'emploi de ces moyens, on a vu une couche plus ou moins épaisse de l'exostose, et quelquefois la tumeur tout entière se détacher spontanément. Mais c'est là une méthode incertaine et souvent d'une application difficile.

Après l'ablation de ces exostoses, un œil luxé sur la joue a pu reprendre sa place première; et c'est pour obtenir cette sorte de réduction



qu'aurait été pratiquée une opération rapportée par Schott (1) : Une exostose volumineuse avait repoussé le globe oculaire au devant d'elle et hors de l'orbite ; un chirurgien osa l'attaquer avec la gouge et le maillet pour y creuser une nouvelle cavité orbitaire dans laquelle l'œil put être replacé au grand bénéfice de ses fonctions.

#### D. Enchondromes.

Ces tumeurs sont fort rares, et peut-être même ne sont-elles que le premier état de l'ossification qui envahit parfois les tumeurs inflammatoires du périoste ; aussi quelques auteurs ont-ils nié l'existence des tumeurs cartilagineuses de l'orbite. Les symptômes présentés par ces productions sont analogues, sinon identiques, à ceux des tumeurs osseuses, et, dans la plupart des cas, le tissu cartilagineux était mélangé de tissu fibreux et même de tissu osseux.

#### E. Kystes.

On a rencontré dans l'orbite des kystes congénitaux, ou des kystes survenant plus ou moins longtemps après la naissance.

Les *kystes congénitaux* de l'orbite, observés jusqu'ici, ne sont autres que des kystes *dermoïdes*, offrant dans cette région les caractères qu'ils présentent partout ailleurs. Leur contenu est formé par des débris d'épithélium, des poils ; l'un d'eux renfermait de la matière calcaire et une dent (Barnes) (2). Toutefois, dans cette dernière circonstance, on a fait observer que la production morbide pouvait résulter du développement d'un germe dentaire placé d'une façon anormale. En général, ces kystes paraissent s'enfoncer assez profondément dans l'orbite, d'où la difficulté de les extraire et de les guérir.

Les kystes qui se montrent accidentellement sont d'origine variable ; on peut les distinguer en kystes *glandulaires*, *séreux* et *hydatiques*.

1° Les *kystes* d'origine *glandulaire* résulteraient du développement anormal, soit d'un ou de plusieurs follicules de la glande lacrymale, soit des follicules du derme. Ces derniers, les seuls qui doivent nous occuper, seraient analogues aux tumeurs désignées sous les noms de *melicéris*, *d'athéromes*, de *stéatomes*, etc., selon la consistance et l'aspect de leur contenu. Toutefois un certain nombre de ces prétendus kystes folliculaires devraient peut-être être considérés comme des kystes congénitaux et dermoïdes.

Nous n'avons pas à insister longuement sur l'anatomie pathologique de ces kystes et sur la nature de leur contenu, qui peut être modifié sous l'influence de l'inflammation ; nous dirons cependant qu'ils doivent être

(1) Chélius, *Ophthalmologie*, p. 428.

(2) *Med.-chir. Transact.*, 1813, vol. IV, p. 319, et *Ann. d'ocul.*, t. XXVII, p. 401.

placés plus superficiellement que les kystes dermoïdes, vu leur rapport avec les téguments. Mais si ce fait est facile à constater au début de l'affection ou lorsque le kyste est encore peu volumineux, on conçoit combien il doit être difficile à apprécier quand la tumeur remplit une partie de l'orbite et a chassé l'œil de sa cavité.

2° Les *kystes séreux* ne sont pas très-rares par rapport aux autres productions kystiques qu'on trouve dans la cavité de l'orbite ; de plus, ils peuvent acquérir dans certaines circonstances un volume considérable. Dans un cas observé par Delpech (1), la production morbide remplissait tout l'orbite et envoyait un prolongement dans le crâne à travers le trou optique.

Les parois kystiques, d'épaisseur variable, contractent quelquefois des adhérences avec les parties voisines. Elles renferment une plus ou moins grande quantité de sérosité, claire et limpide, prise souvent pour du liquide de kystes hydatiques. Dans d'autres cas, soit que les parois aient été le siège d'une inflammation, soit qu'il y ait eu un épanchement sanguin, le liquide est trouble, puriforme, visqueux, ressemblant à du blanc d'œuf, enfin teint en rouge par les matériaux colorés du sang (*hématoécèle* de l'orbite).

L'origine de ces kystes est encore discutable : les uns les font naître directement dans le tissu cellulaire, les autres dans des bourses séreuses préexistantes.

On a décrit en Allemagne, sous le nom d'*hygroma de l'orbite*, une variété de kystes formés par la dilatation progressive des petites bourses muqueuses, souvent accidentelles, qui se rencontrent fréquemment au-dessus et au-dessous du muscle releveur de la paupière et qui deviendraient le siège d'un épanchement séreux ou visqueux offrant parfois une coloration citrine.

Enfin Carron du Villards (2) a admis une dernière variété de kyste qui résulterait d'une accumulation de sérosité dans l'espace cellulaire limité en avant par le globe oculaire, en arrière par cette portion de l'aponévrose oculaire qui constitue la capsule de Tenon. Suivant la comparaison des auteurs du *Compendium*, le kyste représente alors une cuvette sur laquelle s'appuie le globe oculaire.

3° Sous le nom de *kystes hydatiques*, on a souvent décrit des kystes séreux. Toutefois les observations de Goyrand d'Aix (3), de J. Ansiaux (4), Mac Gillivray (5), etc., et particulièrement celle de de Graefe (6), paraissent assez concluantes. Les premiers auteurs auraient eu affaire à des

(1) *Clinique chirurg. de Montpellier*, 1828, t. II, p. 505.

(2) *Ann. d'oculistique*, t. XL, p. 720.

(3) *Ann. de la chirurgie française et étrangère*, 1843, t. VIII, p. 475.

(4) *Ann. d'oculistique*, t. XXXII, p. 90.

(5) *Ophth. Review*, n° 9, avril 1866.

(6) *Arch. für Ophthalm.*, 1864, Bd X, A. 1, S. 205, et 1866 B.J. XII, A. 2, S. 196.



acéphalocystes; malheureusement il n'y a pas eu un seul examen microscopique. Quant au cas de de Graefe, c'était une tumeur fibreuse offrant à l'une de ses extrémités un cysticerque cellulaire enkysté; la partie fibreuse de la production morbide était formée par une poche de cysticerque extraordinairement développée.

Toutes les variétés de tumeurs que nous venons de passer en revue prennent naissance dans la cavité de l'orbite; mais il nous faut signaler encore l'existence de *kystes des parois orbitaires*; tels sont les cas observés par Keate (1) et le professeur Gosselin (2). Dans le premier de ces faits, le kyste, formé d'hydatides, s'était développé dans le frontal gauche à la partie supérieure de l'orbite; dans le second, le kyste osseux, situé à la voûte orbitaire, renfermait un liquide foncé, coloré en jaune, et contenant des cristaux de cholestérine.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, les kystes orbitaires sont multiloculaires, et chacune de leurs loges contient un produit différent; tel est le cas rapporté par Saint-Yves (3), dans lequel la tumeur, formée de trois cavités distinctes, contenait la première du pus, la deuxième une matière plâtreuse, épaisse, et la troisième un liquide muqueux.

Enfin, nous nous bornons à signaler l'existence de kystes développés dans les tumeurs fibro-plastiques et les cancers de l'orbite.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les kystes de la cavité orbitaire peuvent amener tous les désordres que nous avons déjà passés en revue à propos des autres tumeurs de l'orbite. Leur symptomatologie se résume donc dans l'exorbitisme et l'existence d'une tumeur sur un point du pourtour de la cavité orbitaire.

La tumeur est en général arrondie, lisse, rénitente et fluctuante; à son début, on peut la déplacer assez facilement, mais plus tard elle contracte des adhérences et devient presque immobile.

Lorsque le kyste a acquis un grand volume, il peut en résulter de graves altérations du globe oculaire et des déformations notables de l'orbite.

Ces kystes ont de la tendance à s'accroître d'une façon continue. On ne peut citer que comme un fait très-rare la rupture du kyste suivie de guérison observée par Middlemore. Dans un autre cas (Schmidt), la mort aurait été la conséquence des douleurs. Mais les conséquences les plus graves et les plus fréquentes de ces tumeurs sont les lésions de l'œil et les altérations de la vue, consécutives aux progrès incessants de la production morbide.

**PRONOSTIC.** — Les kystes de l'orbite sont des tumeurs graves, moins par leur nature que par leur volume et leur accroissement continu. Aussi faut-il les opérer de bonne heure.

(1) *Med.-Chirurg. Transact.*, vol. X, p. 278.

(2) Cité par Demarquay.

(3) *Nouv. traité des mal. des yeux*, p. 110 (trad. par Cantwell). Amst. et Leipzig, 1767.

**TRAITEMENT.** — Lorsqu'il s'agit de kystes contenant de la sérosité, on a voulu se borner à évacuer le liquide contenu dans la poche kystique; mais c'est là une méthode dans laquelle il faut avoir peu de confiance. Applicable à la rigueur aux kystes séreux uniloculaires, elle est généralement suivie de récurrence.

On obtient des résultats plus satisfaisants en provoquant une inflammation adhésive à l'intérieur de la cavité kystique. Si le kyste est mélancérique ou rempli d'un liquide visqueux, on peut solliciter la suppuration et l'adhésion consécutive de ses parois, en l'incisant et en maintenant quelques boulettes de charpie dans sa cavité. Mais quand le kyste est purement séreux, on peut recourir avec avantages aux injections iodées, qui ont réussi dans les mains de quelques chirurgiens.

Si la tumeur était peu volumineuse, sans adhérences et à parois assez épaisses, il serait possible de l'extirper complètement. Mais ces conditions sont exceptionnelles, et l'ablation complète des kystes ne peut que rarement être réalisée. Cette difficulté de l'ablation totale est très-importante à prendre en considération quand il s'agit des kystes congénitaux, aussi n'est-il pas rare de voir ces tumeurs donner lieu à des fistules intarissables, lorsque, ne pouvant enlever la totalité de la production morbide, on est obligé de se contenter de réséquer la paroi kystique et de laisser suppurer ce qui en reste. Dans ce cas, il est indiqué de cautériser la partie restante du kyste et de faire des injections iodées dans le trajet fistuleux, et, si celles-ci ne réussissent pas à assurer la cicatrisation du kyste, on pourrait tenter l'emploi des injections caustiques, et en particulier l'usage de la liqueur de Villate.

En résumé, le traitement de certains kystes de l'orbite est fréquemment compliqué d'accidents inflammatoires redoutables, et quand la guérison est obtenue, ce n'est souvent qu'au prix de lésions profondes de l'œil ou de déviations incurables de cet organe, par suite d'adhérences anormales.

#### F. Tumeurs pulsatiles.

Nous réunissons sous ce titre un peu vague la plupart des tumeurs de l'orbite, décrites par les auteurs sous les noms d'*anévrismes*, de *tumeurs érectiles*, de *tumeurs cirsoïdes*, etc. En effet, s'il est impossible, au moins dans l'état actuel de la science, de classer ces tumeurs au point de vue anatomo-pathologique, il n'en est plus de même au point de vue clinique, et elles offrent toutes un ensemble de symptômes assez caractéristiques pour qu'il soit rationnel de les réunir dans une seule et même description.

**HISTORIQUE.** — Signalées par Travers, sous le nom d'*anévrismes par anastomoses* de l'orbite, ces tumeurs pulsatiles furent observées depuis cette époque par un grand nombre de chirurgiens, surtout en Angleterre. On les regarda presque toujours comme de véritables *anévrismes*



par anastomoses ou tumeurs érectiles artérielles; toutefois, cette opinion ne tarda pas à être modifiée, lorsque Guthrie (1), à l'autopsie d'un malade ayant offert tous les signes de l'altération décrite par Travers, put constater des deux côtés l'existence d'un anévrysme de l'artère ophthalmique. Depuis cette époque, d'autres faits incontestables d'anévrysmes de l'ophthalmique ont été successivement observés par divers auteurs.

Les classiques décrivaient donc parmi les tumeurs artérielles de l'orbite les anévrysmes de l'artère ophthalmique ou de ses branches, et les tumeurs érectiles artérielles, division qui fut acceptée sans conteste par Demarquay dans sa thèse de 1853.

Cependant, plusieurs chirurgiens émirent des doutes sur la nature érectile de certaines de ces productions morbides, et pensèrent que les phénomènes observés pouvaient résulter quelquefois d'une altération artérielle extra-orbitaire, siégeant par exemple sur la carotide interne? Cette opinion fut confirmée par un fait de Nélaton, dans lequel un anévrysme artérioso-veineux de la carotide interne avait donné lieu à une dilatation énorme de la veine ophthalmique et à des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent les prétendues tumeurs érectiles de l'orbite. Et, dans ces derniers temps, Delens a avancé que la plupart des tumeurs pulsatiles de l'orbite résultaient de cette grave lésion.

En 1859, Demarquay comparant les véritables tumeurs érectiles artérielles aux prétendus anévrysmes par anastomoses de l'orbite, conclut en rejetant l'existence de ces dernières tumeurs. Mais, cet auteur chercha en outre à démontrer que les soi-disant tumeurs érectiles de la cavité orbitaire n'étaient autres que des anévrysmes faux ou diffus de Broca. Aussi, sans rejeter absolument l'existence des tumeurs érectiles artérielles de cette région, Demarquay décrit dans son *Traité des tumeurs de l'orbite* : les anévrysmes spontanés de l'ophthalmique et de ses branches, et les anévrysmes diffus, primitifs ou consécutifs de la même artère.

Peu de temps après, diverses observations furent publiées et vinrent singulièrement compliquer la question. Sur des individus ayant présenté pendant la vie tous les signes des tumeurs anévrysmales de l'orbite, on ne trouva à l'autopsie aucune lésion artérielle, mais seulement des dilatactions variqueuses des veines orbitaires et spécialement des branches de la veine ophthalmique.

On doit conclure de cette étude historique que les phénomènes caractéristiques des tumeurs pulsatiles de l'orbite peuvent tenir à l'existence d'un certain nombre de lésions fort différentes les unes des autres; aussi voyons-nous les auteurs d'un excellent traité d'ophtalmologie (2), ranger sous la dénomination un peu vague de *tumeurs anévrysmoïdes de*

(1) *Lectures on the Operative Surgery of the Eye*, p. 158. London, 1843.

(2) *Traité pratique des mal. de l'œil*, par Mackensie, Testelin et Warlomont, t. III, 465. Paris, 1866.

*l'orbite*, les tumeurs caractérisées par un bruit spécial, la propulsion du globe oculaire, et l'existence de pulsations fort accusées, surtout lorsqu'on exerce une certaine pression sur l'œil ou sur la tuméfaction anormale de l'orbite.

C'est évidemment ainsi qu'il faut envisager au point de vue clinique et dans l'état actuel de la science les tumeurs pulsatiles de l'orbite, et, jusqu'à nouvel ordre, nous adoptons la classification proposée par notre collègue et ami Félix Terrier qui, dans un remarquable article historique et critique sur les tumeurs anévrysmoïdes de l'orbite, admet que ces tumeurs peuvent être symptomatiques de lésions fort diverses, siégeant dans l'orbite ou hors de cette cavité.

TRAVERS, *A Case of Aneurysm by Anast. of the Orbit* (*Med.-Chirurg., Transact.* 1843, vol. II, p. 4). — DEMARQUAY, *Des tumeurs de l'orbite*, thèse de conc., Paris, 1853. — DU MÊME, *Des anévrysmes intra-orbitaires* (*Gazette hebdom.*, 1859). — DU MÊME, *Traité des tumeurs de l'orbite*. Paris, 1860. — ICHARD, *Des tumeurs sanguines de l'orbite*, thèse de Paris, 1855. — TH. NUNNELEY, *Aneurysm of the Orbit* (*Med.-Chir. Transact.* 1859, vol. XLII, p. 469). — DU MÊME, *On Vascular Protusion of the Eyeball* (*Med.-Chir. Trans.* 1865, vol. XLVIII, p. 45). — L. WECKER, *Les tumeurs cavernieuses de l'orbite* (*Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 744). — DU MÊME, *Sur les tumeurs pulsatiles de l'orbite* (*Comptes rendus des séances de la Soc. ophthalm. d'Heidelberg*, 5 septembre 1868). — A. DUMÉE, *Essai sur quelques tumeurs pulsatiles de l'orbite*, thèse de Paris, 1870. — E. DELENS, *De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux*, thèse de Paris, 1870. — F. TERRIER, *Des tumeurs pulsatiles ou anévrysmoïdes de l'orbite* (*Archives générales de médecine*, 1874, vol. II, p. 174).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quelque incomplètes que soient nos connaissances actuelles relativement aux diverses lésions qui peuvent donner naissance aux tumeurs pulsatiles de l'orbite, les recherches nécroscopiques nous permettent d'établir dès à présent un certain nombre de groupes anatomiques :

1° Des faits indiscutables d'anévrysmes du tronc de l'ophthalmique ont été observés par Guthrie, Carron du Villards, Giraudet et Nunneley; dans ce dernier cas, l'anévrysme, gros comme une noisette, était situé en dehors de l'orbite sur le côté de la selle turcique. Dans un autre cas, Warren (1) aurait observé un anévrysme de la terminaison de l'ophthalmique; malheureusement cette observation est très-incomplète.

D'après les précédents auteurs, les anévrysmes de l'ophthalmique, constatés sur le cadavre, seraient des anévrysmes circonscrits. Quelques-uns ont-ils été primitivement diffus? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer, malgré les assertions de Demarquay, et une observation fort curieuse, mais aussi fort discutable de Passavent (2).

2° J. R. Wood Valentine Mott R. Waiton etc., ont rapporté des

(1) *Surgical Observ. on Tumours* (cité par Fano).

(2) Cité par Wecker, t. I, p. 804, 2<sup>e</sup> éd.