

exemples probants de *tumeurs érectiles*, ayant envahi la cavité orbitaire, sans toutefois donner de détails anatomo-pathologiques.

3° De même il nous est impossible d'affirmer l'existence des *tumeurs cirsoïdes*, malgré un fait de Nunneley, dans lequel, outre une dilatation de la carotide, les deux divisions primitives de l'ophtalmique offraient un calibre anormal.

4° Les *communications anormales entre la carotide interne et le sinus caveur* sont mieux étudiées, et, selon Delens, la difficulté des recherches serait une des causes de la rareté de cette lésion dans l'histoire des tumeurs pulsatiles de l'orbite.

La paroi externe du sinus caveur, formée par la dure-mère, est tantôt soulevée, tantôt adhérente aux enveloppes cérébrales. Dans un cas, on a signalé une dilatation du sinus pétreux supérieur (Delens). La cavité du sinus caveur est parfois remplie de caillots; d'autres fois ces concrétions sanguines seraient situées dans l'épaisseur même de la paroi externe du sinus. La veine ophtalmique, flexueuse et dilatée, offre souvent une hypertrophie de ses parois.

L'artère carotide interne peut être dilatée et rompue ou bien n'offrir qu'un très-petit pertuis rempli par un caillot sanguin; d'autres fois elle est complètement rompue, et s'ouvre dans le sinus par deux orifices assez éloignés l'un de l'autre (Henry).

Le nerf moteur oculaire externe qui traverse le sinus serait plus fréquemment altéré que les autres nerfs crâniens, situés dans la paroi externe, d'où la fréquence d'une paralysie plus ou moins complète de la troisième paire. Assez souvent les traumatismes violents, qui ont précédé l'apparition de la lésion vasculaire, laissent des traces incontestables de fracture de la base du crâne intéressant les os situés au voisinage immédiat du sinus caveur, et ces altérations osseuses rendent facile l'explication de la lésion artérioso-veineuse. Dans un cas, par exemple, c'était la pointe d'une esquille qui avait causé la perforation de l'artère carotide (Delens).

5° Quelquefois enfin la lésion est bornée à la *dilatation anormale de la veine ophtalmique*, comme dans les cas de Aubry (1) et de Wecker (2); mais le plus souvent cette lésion, bien étudiée par Nunneley, résulte d'un obstacle au cours du sang veineux, soit qu'il y ait une varice anévrysmale (Delens) au niveau du sinus caveur, soit que le sinus ou la veine ophtalmique soient remplis de caillots (Gendrin (3)); soit enfin qu'une tumeur comprime les parois veineuses, comme cela semble avoir eu lieu dans le fait déjà cité de Guthrie, où les anévrysmes de l'ophtalmique s'accompagnaient d'une dilatation veineuse considérable. Dans ces diverses circonstances on a signalé tantôt l'amincissement, tantôt l'hypertrophie des parois veineuses.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1864, p. 171.

(2) *Ann. d'oculistique*, 1869, t. LXI, p. 185.

(3) *Leçons sur les mal. du cœur*, 1841, t. I, p. 240.

ÉTIOLOGIE. — Ces tumeurs naissent spontanément et d'une façon brusque en quelque sorte caractéristique, ou se développent à la suite d'une contusion, d'une fracture de l'orbite ou du crâne. Les femmes, et particulièrement les femmes enceintes, seraient prédisposées à l'apparition des tumeurs spontanées. Faut-il faire intervenir ici une altération des parois artérielles plus fréquente pendant l'état de nutrition résultant de la grossesse? Nous ne pouvons que poser cette question.

En général, sauf le cas de productions congénitales érectiles, les tumeurs pulsatiles apparaissent vers l'âge adulte, c'est-à-dire de trente à soixante ans.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes, qui diffèrent d'abord selon que l'affection est spontanée ou traumatique, tendent à se confondre plus tard.

Lorsque la maladie est spontanée, elle débute le plus souvent par des douleurs de tête assez violentes, douleurs s'accompagnant parfois de bourdonnement d'oreilles, et se faisant sentir plus spécialement du côté de l'orbite ou de la tempe. Dans quelques cas, on a signalé des accès fébriles; parfois les violents efforts provoqués par l'accouchement ont immédiatement précédé l'apparition des phénomènes morbides.

Tout à coup, pendant l'état de veille ou le sommeil, le malade perçoit un craquement, un claquement brusque; s'il dort, il est réveillé en sursaut, et croit avoir entendu un coup de fusil ou de pistolet; dans un cas, on a signalé l'apparition d'un éclair brusque. Généralement, à cette sensation de rupture interne, succède un bruit assez intense que les malades comparent, soit à celui d'une scie en mouvement, soit plus ordinairement à celui d'une machine à vapeur. Dans un cas qu'il nous a été permis d'observer, la malade avait entendu un bruit de scie très-intense, et cela si brusquement qu'elle croyait à sa réalité, et ne se doutait nullement qu'il s'agissait d'une sensation subjective.

Les douleurs et le bruit ne tardent pas à s'accompagner de phénomènes congestifs et inflammatoires du côté de l'orbite: les paupières se gonflent, la conjonctive oculaire et palpébrale se vascularise, un chémosis apparaît à la paupière inférieure qui se renverse en dehors. L'œil fait rapidement saillie à l'extérieur, et cette exophtalmie s'accompagne souvent de battements perceptibles à la vue si l'on regarde le malade de côté, ou seulement au toucher, lorsqu'on cherche à réduire la proéminence du globe oculaire.

Le bruit anormal perçu par le malade et qui peut être assez intense pour troubler le sommeil est parfois à peine marqué; dans tous les cas, il est appréciable pour le chirurgien qui ausculte l'orbite malade. On entend alors un bruit de souffle ordinairement intermittent, parfois continu-intermittent, et que l'on peut encore entendre en auscultant la tempe du même côté, voire même l'orbite et la tempe du côté opposé. Exceptionnellement le souffle est perceptible à distance.

Souvent on a signalé une vascularisation plus grande du côté de la face

correspondant à l'orbite affecté, et la température y a été notée plus élevée de 3 à 4 degrés Fahrenheit. Dans quelques cas, tous les symptômes que nous venons de signaler étaient exagérés par la position déclive de la tête; mais cette sorte d'exacerbation n'est pas constante.

Les phénomènes morbides observés du côté de l'appareil visuel ont été de la diplopie, une diminution de l'acuité visuelle, la cécité presque complète; mais souvent aussi la vue est normale. On a encore mentionné un trouble de la cornée, de la paresse de l'iris, son immobilité.

A ces symptômes peuvent en succéder d'autres caractérisés par l'apparition d'une ou de plusieurs tumeurs intra-orbitaires; mais cette succession n'est pas fatale, et, avant d'aller plus loin, il nous faut examiner le mode de développement des tumeurs anévrysmoïdes d'origine traumatique, qui, elles aussi, ne sont pas nécessairement suivies de l'apparition de tumeurs intra-orbitaires.

Lorsque les tumeurs anévrysmoïdes reconnaissent une origine traumatique, les accidents surviennent après une chute, une contusion plus ou moins violente, une plaie pénétrante de l'orbite. Dans un certain nombre de cas, la chute a été assez grave pour que le blessé ait présenté tous les signes d'une fracture de la base du crâne: perte de connaissance, épistaxis, écoulement de sang par l'oreille, etc.; d'autres fois la fracture avait été directe et résultait d'une plaie de la région orbitaire par un instrument assez peu piquant, puisqu'il s'agissait dans un cas de l'extrémité d'un parapluie (Henry).

En général, les phénomènes qui ont immédiatement suivi le traumatisme sont à peine mentionnés par les observateurs, et à *fortiori* ceux qui se sont succédé jusqu'à l'apparition des premiers signes de l'affection. C'est là une lacune grave, que nous signalons à l'attention des chirurgiens. Toujours est-il que l'exophtalmie, les battements oculaires, le bruit de souffle, etc., ne se manifestent qu'au bout d'un certain temps pouvant varier de quelques semaines à onze mois; dans quelques cas, cependant, ils suivirent les accidents déterminés par le traumatisme.

Ces symptômes diffèrent si peu de ceux qui caractérisent les productions pulsatiles spontanées que, sauf la cause déterminante, il serait impossible de distinguer ces deux variétés du même type morbide.

Dans un assez grand nombre de cas, que la maladie ait une origine traumatique ou spontanée, de nouveaux symptômes ne tardent pas à se manifester, et ils se caractérisent surtout par l'apparition d'une ou de plusieurs tumeurs situées presque toujours *en haut* et *en dedans* de la base de l'orbite, juste au point où la veine ophthalmique se termine en s'anastomosant avec la faciale et la frontale.

Cette tumeur, unique ou multiple, ressemble assez souvent à un amas de vaisseaux dilatés et variqueux, aussi peut-elle présenter des bosselures offrant une coloration livide surtout lorsque la peau est fine ou amincie. Souvent à peine appréciable à la vue, la tumeur est plus facile à reconnaître par le toucher; en général, elle est molle, indolente, fluc-

tuante et réductible; dans quelques cas exceptionnels elle a été notée douloureuse et rénitente; elle offre des mouvements d'expansion lors de la diastole artérielle, par conséquent des pulsations visibles ou appréciables au toucher, quelquefois on y a noté du frémissement cataire ou *thrill*.

Si l'on ausculte la tumeur, on s'assure facilement qu'elle est le siège maximum du bruit de souffle; d'ailleurs, dans quelques cas, le patient a parfaitement conscience de l'existence de la tumeur, de ses battements et du souffle.

Dans quelques cas, la nature du contenu de la tumeur a été déterminée à l'aide d'une ponction, qui presque toujours donne lieu à un jet de sang rutilant; on doit dire que dans tous ces cas la lésion était d'origine traumatique.

Fréquemment la tumeur orbitaire s'accompagne d'une dilatation des vaisseaux du nez, du front et des paupières, dilatation considérée comme siégeant tantôt sur les artères, tantôt sur les veines, selon les idées préconçues des chirurgiens qui l'ont observée, selon aussi que ces vaisseaux présentaient des battements plus ou moins appréciables au toucher ou à la vue.

Les différents symptômes que nous venons de passer en revue: exophtalmie, battements oculaires, souffle, pulsation de la tumeur, rougeur et œdème de la conjonctive, etc., disparaissent assez bien par la compression de la carotide primitive qui correspond à l'orbite malade.

En général la lésion siége d'un seul côté de la face; toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, l'altération existait des deux côtés ou, pour mieux dire, un des orbites avait été d'abord atteint, puis celui du côté opposé offrait quelques-uns des symptômes caractérisant les tumeurs pulsatiles; tels étaient les cas de Velpeau et de T. G. Morton, d'origine traumatique. Le malade de Velpeau offrait encore une singulière complication dans les résultats fournis par la compression digitale des carotides primitives; si l'on comprimait la carotide droite, les pulsations et le bruit de râpe cessaient complètement, mais à gauche, tandis qu'ils persistaient encore un peu à droite, et ne disparaissaient totalement que lorsqu'on venait à comprimer la carotide gauche. Y avait-il là communication des deux tumeurs, comme le croient les auteurs du *Compendium*, ou bien existait-il une communication artérioso-veineuse au niveau des sinus caverneux, comme l'admet Delens? Nous ne pouvons nous prononcer à cet égard.

Il est encore un point sur lequel nous devons attirer l'attention des cliniciens, c'est l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil déplacé. Dans la plupart des cas, on observe une dilatation notable des veines rétiniennes, parfois même un peu d'œdème de la rétine et de la papille, aussi a-t-on pu croire à une névro-rétinite (M. Perrin). Il est bien évident que ces lésions plaident en faveur d'un trouble dans la circulation en retour de l'orbite et de l'œil, cependant elles ne seraient pas constantes

et l'examen du fond de l'œil ne fournirait parfois que des signes négatifs; d'ailleurs les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en conclure quelque chose de bien certain sur la nature probable des tumeurs pulsatiles de l'orbite.

MARCHE. — En général, l'affection augmente peu à peu; l'œil, de plus en plus projeté au dehors, s'altère, et la vue ne tarde pas à être abolie; c'est là l'accident le plus à craindre et le plus prochain. Dans le cas où il existe une tumeur, peut-elle s'ulcérer et donner naissance à des hémorrhagies, comme on l'a avancé? Nous croyons le fait possible lorsqu'il s'agit d'une tumeur érectile qui, née des parties superficielles, aurait envahi l'orbite et même les régions voisines, et quelques observations publiées par les chirurgiens américains tendent à confirmer cette manière de voir. Mais lorsqu'il s'agit de tumeurs anévrysmoïdes, avec ou sans dilatation de la veine ophthalmique, il nous est difficile d'accepter une terminaison par hémorrhagie qui n'a pas été notée jusqu'ici.

Quelquefois la maladie reste stationnaire pendant longtemps; d'autres fois, après avoir été efficacement traitée elle tend à récidiver; mais en général cette tendance s'arrête d'elle-même ou sous l'influence d'un traitement méthodique; ajoutons cependant que cette récurrence, même très-tardive, est possible, soit du même côté, soit du côté opposé (Herpin).

Dans un cas, on a signalé la guérison spontanée de la maladie quatre ans après son apparition.

PRONOSTIC. — Il est toujours sérieux, vu l'incertitude du diagnostic, et aussi à cause des opérations graves nécessitées par le traitement.

Dans la plupart des observations ce sont les douleurs, les bruits perçus par le malade, l'insomnie, qui ont décidé le chirurgien à intervenir activement.

TRAITEMENT. — Il a peu varié, malgré les opinions si diverses formulées par les chirurgiens, à propos de la nature de cette maladie, et la plupart d'entre eux ont eu recours à la ligature de la carotide primitive.

Abernethy (1) aurait réussi à guérir une de ces tumeurs chez un enfant, en y faisant appliquer des *topiques astringents* et en y exerçant aussi une certaine compression. C'est évidemment là un résultat sur lequel on ne doit pas compter.

Vanzetti et Gioppi (2), Scaramazza (3) ont conseillé avec raison de tenter la *compression digitale* de la carotide primitive, avant d'en venir à la ligature de ce vaisseau, et ils ont rapporté des faits positifs à l'appui de cette pratique. Cependant beaucoup de chirurgiens s'accordent encore à dire que la *ligature de la carotide primitive* est le plus sûr moyen de guérir ces tumeurs anévrysmoïdes. Sans doute, comme le fait remarquer

(1) *Surgical Obs. on the Injuries of the Head*, p. 228. London, 1810.

(2) *Giornale d'ostalm. ital.*, 1858, t. I, p. 138, et *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 446, *Arch. génér. de méd.*, 1858, 5^e série, t. XI, p. 731.

(3) *Arch. génér. de méd.*, 1858, 5^e série, t. XII, p. 731.

Velpeau, il serait plus rationnel de lier la carotide interne seule, mais cette opération est difficile et d'ailleurs elle ne donnerait peut-être pas les mêmes résultats que la ligature de la carotide primitive. Il faut, en effet, tenir compte des nombreuses anastomoses existant entre les systèmes artériels intra- et extra-orbitaires. Dans un cas, Legouest (1), n'ayant pas réussi par la compression digitale, fit successivement la ligature de la carotide primitive et celle de la carotide externe. Nous aurions mieux compris la ligature de la carotide interne suivie de celle de la carotide externe.

Quoi qu'il en soit, dès que le cours du sang artériel est interrompu, les signes caractéristiques de la tumeur disparaissent presque subitement, excepté toutefois la tuméfaction ou l'exorbitisme qui persistent encore quelque temps, voire même plusieurs mois.

Les récurrences sont rares; cependant on en a observé quelques exemples. Dans un cas de Herpin déjà cité, il y eut tendance à l'apparition d'une tumeur pulsatile dans l'orbite opposée, mais la marche de l'affection fut enrayée par l'emploi des réfrigérants pendant près de trois mois. Dans l'observation de Velpeau, dont nous avons déjà signalé les particularités anormales, on fit la ligature de la carotide *droite*, et tous les symptômes cessèrent dans l'orbite *gauche*, mais il existait encore à droite quelques battements et un léger bruissement qui disparaissaient par la compression de la carotide gauche; il fallait donc lier aussi ce vaisseau, toutefois l'opération fut rejetée par le malade.

D'autres moyens thérapeutiques peuvent encore être employés contre ces tumeurs pulsatiles, alors qu'il existe une tumeur appréciable à l'extérieur.

Les *injections coagulantes* furent essayées par Brainard (2), Bourguet (3), Walton (4), A. Desormeaux (5). Le premier de ces chirurgiens fit successivement la ligature de la carotide, l'acupuncture avec des aiguilles chauffées à blanc, enfin une injection de *lactate de fer*. Walton employa une solution concentrée d'acide tannique; quant aux deux autres, ils se servirent du perchlorure de fer. L'*électropuncture*, tentée par Bourguet, ne réussit pas.

Enfin nous ne pouvons passer sous silence le fait de Passavent, rapporté par L. Wecker, et dans lequel, ayant cru à une dilatation anévrysmale de l'artère lacrymale, le chirurgien chercha à lier directement le vaisseau en reséquant la paroi externe de l'orbite. Malheureusement l'altération siégeait sur l'ophthalmique vers le sommet de l'orbite; dans tous les cas, nous croyons qu'il faudrait être bien sûr de son diagnostic pour imiter une telle conduite.

(1) *Bull. de l'Académie de méd.*, oct. 1864, et *Annales d'oculistique*, 1865, t. LIV, p. 116.

(2) *The Lancet*, London, August 20, 1853.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 772 (Acad. des sciences).

(4) *Med. Times and Gaz.*, 1858, p. 149.

(5) Laburthe, thèse de Paris, 1867, n° 245.

G. *Tumeurs veineuses de l'orbite.*

Parmi ces tumeurs, les unes seraient des *tumeurs érectiles veineuses*, les autres des *tumeurs variqueuses*.

a. Les *tumeurs érectiles veineuses*, observées par Ledran (1), Velpeau (2), Viguerie et Dieulafoy (de Toulouse) (3), etc., semblaient siéger plus spécialement à la partie supérieure de l'orbite, derrière la paupière supérieure. La plupart sont congénitales; cependant quelques-unes d'entre elles succéderaient au traumatisme.

L'œil est plus ou moins dévié par la production morbide qui est molle, en partie réductible, et ne présente ni pulsation, ni bruit de soufflé anormal. Ces tumeurs ont une marche fort lente et ne donnent pas lieu à des accidents immédiats aussi sérieux que les tumeurs pulsatiles. Cependant la faculté visuelle ne tarde pas à diminuer, et le champ de la vision tend à se rétrécir de plus en plus (Wecker); enfin l'examen ophthalmoscopique a permis de constater une dilatation des veines rétiniennes avec un amincissement et une pâleur anormale des artères. La papille offrait, dans un cas, une teinte blanchâtre et ses bords restaient confus; dans un autre cas, elle était assez nette et présentait une coloration nacréée; en un mot, il existait dans ces deux faits des signes évidents de stase sanguine, compliquée d'une atrophie du nerf optique.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs est assez bien connue, et les micrographes modernes les désignent sous le nom de *tumeurs cavernieuses*. Ces productions semblent limitées par une sorte de couche celluleuse, qui permet de les enlever sans provoquer pour cela une hémorragie bien grave; cette observation avait été faite dès 1856 par Broca (4), en présentant à la *Société anatomique* une tumeur de ce genre enlevée par Parise, de Lille.

L'extirpation a été mise en pratique déjà depuis longtemps par Carron du Villards, Viguerie et Dieulafoy. Malgré les succès obtenus, nous croyons qu'il serait préférable de traiter ces productions, soit par l'acupuncture, soit surtout par les injections coagulantes.

b. Les *tumeurs variqueuses* ou *varices* des veines de l'orbite sont assez mal connues et paraissent se confondre en partie avec les précédentes, surtout au point de vue symptomatologique. Cependant il est un signe qui se rattache plus spécialement à ces productions morbides, c'est l'augmentation de volume de la tumeur sous l'influence des efforts ou de

(1) Cité par Demarquay dans son *Traité des tumeurs de l'orbite*, p. 352.

(2) *Dict.* en 30 vol., t. XXII, p. 310 et 319.

(3) *Ann. d'oculistique*, t. III (suppl.), p. 44.

(4) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1856, p. 79.

la position déclive. Ce symptôme, signalé par divers auteurs et qui se rencontre d'ailleurs aussi dans certaines tumeurs érectiles veineuses, serait la preuve d'une communication directe du sang contenu dans ces tumeurs avec celui renfermé dans l'intérieur de la cavité crânienne, quoique la démonstration anatomique de ce fait n'ait pas été donnée. Mais faut-il séparer nettement ces dernières tumeurs des productions érectiles veineuses ou des varices des veines ophthalmiques? Nous ne le croyons pas; toutes, en effet, contiennent du sang veineux, et de plus communiquent plus ou moins facilement avec la circulation intra-crânienne, par l'intermédiaire de la veine ophthalmique et du sinus caveux.

Le traitement de ces varices est encore incertain; dans un cas observé par Foucher (1), l'injection de perchlorure de fer faite par Nélaton a réussi; dans un autre cas relaté par A. Mazel et Boniface (2), la tumeur veineuse d'origine traumatique aurait été traitée sans succès à l'aide du même procédé par Serres (d'Alais).

En supposant que ces tumeurs ne donnent pas lieu à des phénomènes trop gênants pour les malades, ne serait-il pas plus prudent de les abandonner à elles-mêmes? Si, en effet, on vient à faire une injection coagulante, on pourrait craindre l'extension du caillot dans les veines du crâne et par suite des accidents fort graves (Dupont).

H. *Tumeurs fibro-plastiques.*

Pendant longtemps ces productions ont été décrites sous le nom de *tumeurs fibreuses* de l'orbite. Sans nier l'existence de ces dernières tumeurs, on peut affirmer que, parmi les observations rapportées par les auteurs modernes, il est des faits de tumeurs fibro-plastiques qui sont décrites sous les noms de fibromes, de tumeurs fibroïdes, etc. (3).

La structure de ces productions est celle des tumeurs fibro-plastiques, nous n'avons pas à y insister; en général, elles adhèrent aux parois orbitaires et paraissent prendre naissance du périoste de cette cavité. Beaucoup offrent une large base d'implantation.

Comme pour toutes les tumeurs de cette nature, leur étiologie est fort obscure; dans quelques cas cependant elles succéderaient à une contusion. Il est assez fréquent de les observer chez des sujets jeunes, et chez des personnes appartenant au sexe féminin; telles sont au moins les conclusions qu'il est possible de tirer actuellement de la lecture d'un certain nombre d'observations.

Les symptômes qui résultent du développement de ces tumeurs sont analogues à ceux de toutes les productions intra-orbitaires non pulsa-

(1) *Gaz. des hôpitaux* (2 décembre 1858).

(2) *Ibid.* (23 février 1861).

(3) Hulke, *Ophthalmic Hosp. Reports*, 1863, vol. IV, p. 88-100.

tiles, et parmi eux on peut citer en première ligne l'exophtalmie et les douleurs. Dans un certain nombre de cas, les tumeurs fibro-plastiques de l'orbite ont paru se développer plus spécialement vers la paroi interne de la cavité orbitaire et près de sa base, en un mot, du côté du grand angle de l'œil. Du reste, elles peuvent acquérir d'énormes dimensions, sans que pour cela l'état général des malades soit notablement modifié; dans quelques cas elles envoient des prolongements vers le crâne, vers la face ou dans les cavités nasales; enfin elles peuvent finir par s'ulcérer et par donner lieu à des hémorrhagies comme les tumeurs cancéreuses. En général, les ganglions voisins restent sains.

Quoique ces tumeurs diffèrent anatomiquement du cancer, elles récidivent néanmoins sur place, comme on l'a dit, et peuvent aussi se généraliser, fait qui permet de les ranger parmi les tumeurs malignes.

Le seul traitement possible est l'*extirpation* de la tumeur, en ménageant le globe oculaire, s'il n'est pas atrophié par compression et surtout si la vue est conservée.

I. Cancer.

Le cancer peut envahir tous les organes contenus dans la cavité orbitaire. On l'a vu débiter par le nerf optique et quelquefois par l'enveloppe de ce nerf; rarement il prend naissance dans les os, le périoste ou la glande lacrymale, mais le plus souvent il semble se développer dans le tissu cellulaire de l'orbite.

On rencontre dans la cavité orbitaire toutes les variétés de cancer; mais, d'après Follin (1), c'est la mélanose qui y est la plus fréquente. D'après le même auteur, le cancer primitif de l'orbite serait assez commun, et ses dissections lui ont appris que de prétendus cancers mélaniques de l'œil n'étaient autres que des cancers de l'orbite, au milieu desquels était situé le globe oculaire parfaitement sain. Dans des circonstances plus rares, le cancer de l'orbite est consécutif à une affection analogue primitivement développée dans l'œil.

ÉTILOGIE. — Comme pour la plupart des affections cancéreuses, les causes du cancer de l'orbite sont inconnues; dans quelques cas il succéderait à des violences extérieures. D'après beaucoup d'auteurs cette affection serait assez fréquente dans le jeune âge, mais le fait n'est bien certain que pour les cancers primitivement développés dans le globe oculaire qui, par conséquent, n'envahissent la cavité de l'orbite que consécutivement.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les *symptômes* du cancer de l'orbite sont analogues à ceux de toutes les autres productions morbides naissant dans la cavité orbitaire. La maladie s'annonce par une douleur obtuse, par des picotements, des élancements souvent assez vifs; toutefois ces douleurs ne sont pas caractéristiques et peuvent même manquer tout à fait.

(1) Note manuscrite.

Quelquefois il existe des troubles visuels assez marqués dès le début de la tumeur, surtout si celle-ci a pris naissance dans le nerf optique ou dans sa gaine. Peu après l'exophtalmos se manifeste, et enfin la tumeur se montre à l'extérieur.

Cette tumeur inégale, bosselée et dure, se reconnaît encore à sa marche envahissante, cependant elle peut s'accompagner de symptômes propres à dérouter le chirurgien; c'est ce qui est arrivé dans un cas soumis à l'observation de Lenoir (1). Il existait une tumeur de l'orbite accompagnée de battements et de susurrus, qui cessaient complètement par la compression de la carotide primitive. On crut donc à une tumeur pulsatile et l'on fit la ligature de la carotide; la production morbide diminua notablement de volume, les battements et le souffle disparurent; mais cette amélioration ne continua pas, la tumeur ne tarda pas à augmenter, ne présentant plus alors ni souffle, ni battements, et la malade mourut dans la cachexie cancéreuse.

Un fait analogue a été publié par Th. Nunneley (2) et à l'autopsie on vit que le sinus caverneux droit était oblitéré par une tumeur cancéreuse de l'orbite correspondant; la veine ophthalmique *très-dilatée* était aussi en partie confondue dans la masse morbide du sommet de l'orbite. Faut-il admettre que, dans ces circonstances, la production cancéreuse gêne la circulation en retour, comme le ferait un anévrysme de l'ophthalmique ou de la carotide interne, d'où les battements et le bruit de susurrus, ou bien supposer que, dans ces deux cas, la production morbide, née des parois orbitaires, n'était autre qu'une tumeur maligne pulsatile des os de l'orbite, peut-être une tumeur à myéloplaxes? Cette dernière opinion, quoique non démontrée, paraît la plus probable.

Le cancer de l'orbite s'accroissant chaque jour, l'œil est repoussé au dehors, et ne tarde pas à s'enflammer, la vue est complètement perdue; la tumeur devenue sous-cutanée, envahit les téguments et s'ulcère; dans d'autres cas elle atteint les os des parois crâniennes, les détruit, et donne lieu à des accidents rapidement mortels.

Le *pronostic* est très-grave, car la récurrence de cette affection est presque la règle.

TRAITEMENT. — Il consiste exclusivement dans l'*extirpation* de la production morbide, mais une question préalable doit être agitée: que doit-on faire du globe oculaire? Si l'œil est déjà malade ou perdu, il ne faut pas hésiter à l'enlever; mais quand le globe oculaire est sain, la conduite à tenir devient plus embarrassante. Si la vue est légèrement troublée, on peut hésiter, espérant que le trouble visuel ne résulte que de la compression du globe; mais si la vision est intacte, le chirurgien devra s'efforcer de conserver l'œil. Il faut ajouter cependant que le manuel

(1) Bull. de la soc. de chir., t. II, p. 61 et 84.

(2) Med.-chir. Transact., vol. XLVIII, p. 15 (obs)