

N ^o d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
38-39	KUSTER, Zur Kenntniss und Behandlung der Schädeldrüse (Berliner klinische Wochenschrift, 1884, p. 673).	I. — F. 50 ans	Fibro-myome caverneux de la paroi postérieure du rocher.	Types, qu'on enlève tout d'abord; on sent dans la fosse nasale gauche une tumeur osseuse, apparemment en continuité avec la tumeur orbitaire; la vision de l'œil dévié est diminuée de moitié.	dégagée au ciseau des cellules ethmoïdales et du septum nasal; il reste encore dans le sinus frontal un petit polype muqueux qui en est extrait; suture sans drainage; pansement compressif.	Mort 1 heure après. Pas de lésion carotidienne.
		II. — F. 55 ans.	Tumeur mixte, à base sarcomateuse de la région.	Depuis 2 ans, douleur et écoulement sanguin de l'œil droit; paralysie du côté droit de la face; système de toute la région.	L'exploration digitale du conduit auditif provoque une hémorragie considérable, que peut arrêter seulement la ligature de la carotide primitive; incision derrière l'oreille; au premier coup de ciseau, l'os, très poreux, est défoncé jusqu'au conduit auditif; hémorragie nouvelle; on arrête l'opération, on se contente de tamponner l'oreille et la plaie osseuse postérieure.	Guérison sans réaction; au bout de 3 mois,

40	LENOIR, in PAUL, Exostose éburnée des fosses nasales et de l'orbite; extirpation; guérison avec conservation des fonctions de l'œil (Bull. Soc. Anat., 1858, p. 107).		gion, des sinus frontaux.	glabellie une tumeur devenue douloureuse dans les dernières semaines; pas de symptômes cérébraux; consistance élastique.	à une distance de 1/2 à 1 c.; la dure-mère est, pendant l'ablation, excisée seulement sur une longueur de 2 c.; les bords de cette petite perte de substance sont rapprochés au catgut. La tumeur, contrairement à ce qu'on avait diagnostiqué, s'étendait du côté du nez et avait envahi l'éthmoïde; elle put être cependant, à l'aide du doigt et d'un éleveur, enlevée en totalité; deux drains sont introduits par les narines jusque sous le lambeau frontal, qui est suturé.	récidive exigeant une nouvelle et large excision de la dure-mère ainsi que d'un petit noyau orbitaire; la partie supérieure des fosses nasales étant oblitérée par du tissu cicatriciel, drainage au niveau de la racine du nez; guérison.
			Ostéome de l'éthmoïde.	A 32 ans, apparaissait une petite grosseur à l'angle de l'œil droit, qui s'abandonnait; une autre fistule se forma vers la partie médiane de la paupière. La tumeur augmenta et devint de consistance osseuse; on sent aussi, par la	Incision médiane, division du nez sur la ligne médiane et ablation de l'os propre; la tumeur supérieure, mise à nu, adhérait à la base du crâne, entre l'apophyse orbitaire et les fosses nasales; elle fut détachée à la gouge et au maillet; la tumeur inférieure, en raison de sa mobilité, se détacha facilement; ablation de nombreux polypes des fosses nasales; suture entortillée.	Cicatrisation après érysipèle.

N ^{os} d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
41	LETTENNER, Exostose de l'orbite; ablation; guérison (<i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1871, p. 462).	F. 40 ans.	Ostéome compact à la périphérie, spongieux au centre, ayant l'onguis pour point de départ.	fosse nasale droite, un corps dur et poli comme de l'ivoire. Tumeur de consistance osseuse, ayant eu son point de départ au niveau de l'onguis et se développant peu à peu en refoulant l'œil en bas et en dehors; diplopie, conjonctivite; un abcès s'ouvre à 1 c. au-dessous du grand angle de l'œil.	Incision demi-circulaire, commençant au-dessus du sourcil, passant sur le côté du nez et se terminant en bas vers le milieu de la paupière inférieure. Le tendon de l'orbiculaire fut détaché de son insertion, et tout le lambeau, y compris le périoste, décollé de la surface de la tumeur, puis rejeté en dehors. La pointe d'un perforateur fut portée sur plusieurs points de la ligne où la tumeur paraissait confondre avec la paroi interne de l'orbite; puis, avec une petite gouge et un maillet, on tenta d'isoler la masse et de se frayer la route avec un levier. Le tiers supérieur de la tumeur, s'étant détaché, fut facilement enlevé; la partie profonde ne put être extraite qu'en déplaçant fortement le globe de l'œil; sutures.	Réunion par première intention et retour complet des fonctions oculaires.

42	LUCKET, Tumor quístico de la orbita; estirpacion con rescencion del area orbitario y de la pared superior (<i>Cron. med. Valencia</i> , 1891, t. XIV, p. 65-71).	H. 28 ans.	Tumeur osseuse, spongieuse, née dans le sinus frontal (?).	Saillie à l'angle interne de l'orbite, recouverte par la paupière supérieure, avec refoulement de l'œil en bas et en avant; vue très affaiblie.	Incision horizontale à travers la paupière supérieure, de 1 pouce de long, sur le grand diamètre de la tumeur qui apparut comme une solide masse osseuse, recouverte d'une membrane fibreuse. Malgré les efforts, elle resta inébranlable. La plaie supprima, la tumeur se nécrosa et, 6 mois après, put être extraite en incisant circonférentiellement l'os autour d'elle. Elle plongea dans une cavité recouverte d'une épaisse muqueuse.	Guérison avec cavité persistante dont les parois s'épidermiseront.
43	LUCAS, Case of a bony tumour successfully extracted from the orbit of the eye (<i>Edinburgh med. Journal</i> , 1885, p. 405).	H. 28 ans.	Tumeur osseuse, spongieuse, née dans le sinus frontal (?).	Saillie à l'angle interne de l'orbite, recouverte par la paupière supérieure, avec refoulement de l'œil en bas et en avant; vue très affaiblie.	Incision horizontale à travers la paupière supérieure, de 1 pouce de long, sur le grand diamètre de la tumeur qui apparut comme une solide masse osseuse, recouverte d'une membrane fibreuse. Malgré les efforts, elle resta inébranlable. La plaie supprima, la tumeur se nécrosa et, 6 mois après, put être extraite en incisant circonférentiellement l'os autour d'elle. Elle plongea dans une cavité recouverte d'une épaisse muqueuse.	Guérison avec cavité persistante dont les parois s'épidermiseront.
44	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Ostéome du sinus frontal (<i>Bull. et Mém. Soc. Chirurgie</i> , 1888, p. 807).	H. 28 ans.	Ostéome du sinus frontal gauche.	Début brusque il y a 8 mois; actuellement, au niveau de la racine du nez, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; œil gau-	Très grande incision en T, la tumeur étant très large. On creusa un grand sillon sur la table externe avec le ciseau et le marteau. Lorsque la pièce circonscrite est enlevée, on saisit la tumeur avec le déviateur à griffes d'Ollier et on peut extraire sa partie principale; mais elle est reliée par une sorte	Légère suppuration due à l'indolence du malade.

N° d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
45	MACKENSE, <i>Traité des Maladies des yeux</i> , trad. WARLONNET et TESTELIN, 1858, p. 64.	H. adulte.	Ostéome du sinus frontal droit.	Exostose prenant naissance à la voûte de l'orbite droit, refoulant en haut le bord supérieur de l'orbite et en bas l'œil.	Incision parallèle aux fibres de l'orbiculaire. On essaya en vain de détacher la tumeur à l'aide de la gouge et des tenailles, et on y fit une entaille à la scie de Hey; malgré l'emploi d'un levier, on n'arriva pas à rompre le reste du pédicule.	10 ans plus tard, l'exostose était toujours restée à nu dans la plaie et portait encore la marque de la scie comme si elle avait été faite la veille. L'opération du frontal à laquelle elle s'insérait paraissait un peu mobile.

46-47	MAISONNEUVE, Obs. I. — Exostose éburnée de l'ethmoïde, occupant toute la masse latérale droite de cet os; extirpation complète; guérison rapide, avec conservation parfaite	I. — H. — 22 ans.	Tumeur éburnée de l'ethmoïde, soudée au frontal dans l'étendue de 2 c.	Exophthalmie causée par une tumeur fixe, placée sur la partie profonde et la paroi interne de l'orbite.	Sous chloroforme, on cerna par une incision demi-circulaire toute la partie interne de la circonférence de l'orbite, en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraînera avec lui le muscle orbiculaire et même la portion du grand oblique. Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tu-	5 ans après, l'exostose se nécrosa et fut détachée sans peine; elle paraissait s'être développée entre les deux tables du frontal et laissa, après son ablation une vaste cavité communiquant avec le sinus frontal droit; guérison avec cicatrice difforme et perte de la vision du côté malade.	Guérison par l'intention; cicatrice imperceptible, œil sans déviation et jouissant de tous ses mouvements; les points lacrymaux fonctionnent comme à l'état normal.
-------	---	-------------------------	--	---	--	---	---

N°s d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'APPÉTITION	INTERVENTION	RÉSULTAT
	des fonctions et des mouve- ments de l'œil (Arch. d'Oph- thal., 1853, I, p. 9). — Obs. II. — Exirpation d'une exostose éburnée de l'os ethmoïde; ré- intégration de l'œil dans l'or- bite, avec con- servation de la vue et de tous les mouve- ments de l'or- gane (Bull. gén. thérapeu- tique, 1863, t. LXV, p. 326).				meur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord épancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles. La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des deux tiers de cette cavité; sa base ne présentant aucun rétrécissement et semblant se continuer non seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure, son extrémité postérieure était située trop profondément pour qu'il fut possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise. M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec la scie à molette de Charrière, avec celle de Martin; l'épaisseur de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas d'en faire usage et l'on essaya les pinces de Liston. Mais le tissu de la tumeur était si dur que deux fois les pinces se brisèrent ainsi qu'une autre pince fournie par Charrière.	

	Le malade consulté d'abord, il y a un an, une exophtalmie droite; puis apparut vers la partie antéro-interne de l'orbite une saillie très dure qui proémine au-dessus du sourcil; des douleurs appa-	O-tôme éburné, ayant pour point de départ la lame orbitaire de l'ethmoïde. Dimensions: 6c. sur 7 et 4.	Le malade consulté d'abord, il y a un an, une exophtalmie droite; puis apparut vers la partie antéro-interne de l'orbite une saillie très dure qui proémine au-dessus du sourcil; des douleurs appa-	Avec un ciseau à froid, on finit par détacher un mamelon gros comme une petite noisette, et derrière, le ciseau finit par pénétrer dans une rainure moins dense; on put bientôt constater que la tumeur était devenue mobile; mais elle formait du côté des fosses nasales un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ce n'est qu'au moyen de leviers et de davier que la tumeur put être extraite d'un seul bloc. L'intérieur de l'excavation qu'elle occupait était lisse et tapissé par une membrane tomenteuse. Aucune communication avec le sinus maxillaire ni les fosses nasales. L'œil fut remis en place et les lèvres de la plaie rapprochées au moyen de la suture entortillée.	Légère suppuration; injections d'acide phénique. L'œil resta en bonne place et, au bout de trois semaines, il ne restait plus qu'une légère cicatrice.
--	--	--	--	---	--

N ^o d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
48	MARÉCHAL, in J.-L. PEYR, Œuvres complètes, p. 231.	H. 33 ans.	Hydatides de la partie interne de la voûte orbitaire, avec	raissent dans l'œil et dans la région frontale; l'œil se déplace peu à peu, perd ses mouvements; la tumeur finit par le chasser complètement de l'orbite; elle est d'une dureté pierreuse et mamelonnée; les léguments glissent sur elle; fosse nasale perméable.	vie bien loin, car les parois distendues de l'orbite étaient directement appliquées sur la tumeur. Après avoir acquis la conviction qu'elle est formée de tissu éburné, on se met en devoir de la détacher en bloc, en introduisant le ciseau dans la rainure profonde qui la sépare des os du nez. Enfin, elle devient mobile, sans que rien annonce une fracture des os du voisinage. Sa partie antérieure est saisie avec une forte pince; un ciseau en acier, formant levier, est introduit entre elle et le bord interne de l'orbite; la mobilité augmente encore. Un fort davier peut enfin l'extraire sans difficulté, et l'on constate que ni la paroi crânienne, ni la fosse nasale ne sont ouvertes. L'œil protégé par son périoste et non lésé est remis en place; sutures avec ouverture à la partie déclive, pour laisser passer le pus.	Mort de méningite.

49	MASSEY in HEWITT On exostoses of the skull (S' Georges Hosp. Rep., 1867, t. II, p. 18).		envahissement de la cavité crânienne. Exostose à la partie antérieure et médiane du front.	Depuis dix-huit mois, la narine gauche est bouchée; apparaît une tumeur qui peu à peu déplace l'œil; hémorragies par la narine gauche; violentes douleurs de tête; abès au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche; par son ouverture, devenue fistuleuse, de même que par la narine, on arrive sur une tumeur osseuse.	eschares, il apparaît une éminence qui est ouverte avec une lancette, puis une troisième. Mise à nu de la tumeur; un sillon est creusé avec la scie de Hey, puis, à l'aide du ciseau et du maillet, elle est facilement détachée.	Guérison en huit jours.
50	MORT (Alexandre) Case of exostosis occupying the orbit and nasal cavity; successfully removed and incision restored (Am. J. of med. Sciences, 1857, t. XXXIII, p. 34).		Ostéome ayant probablement son point de départ dans les cellules ethmoïdales.	Incision depuis l'aile du nez jusqu'à 1/2 pouce au-dessus du sourcil et incision perpendiculaire partant du milieu de la paupière supérieure et allant aboutir au-dessus et au niveau de l'angle interne du canthus droit; dissection des quatre lambeaux comprenant tous les tissus jusqu'à l'os, le lambeau inféro-interne enlevant l'aile du nez à partir de son attache à l'os; puis les os propres du nez sont écartés l'un de l'autre avec une pince de Liston et séparés de leur attache au frontal par une petite scie flexible. La tumeur est détachée en deux fragments à l'aide de quelques coups de ciseau et de maillet; elle englobait complètement l'os lacrymal, mais n'avait pas envahi la voûte orbitaire. L'issue de la partie orbitaire de la tumeur est accompa-	Guérison avec restauration complète au point de vue plastique et fonctionnel.	

N ^o d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
51	NAKEL, Ein Fall von rechtsseitigem Stirnhirnentostium (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1892, t. XXXIII, p. 308).		Ostéome du sinus frontal droit, de 7 c. sur 2, du poids de 33 gr.	Depuis 3 ans, saillie de la région frontale droite, avec maux de tête; la tumeur est devenue du volume d'une pomme, complétement lisse. L'œil droit est refoulé en bas et en dehors.	Incision parallèle au rebord orbitaire supérieur, puis incision verticale; réclinaison du lambeau; une masse lisse apparaît, ressemblant absolument à ce que serait la paroi antérieure du sinus refoulée en avant; mais c'est la tumeur, et de la paroi antérieure du sinus ne persiste qu'un pont osseux, large de 1/2 c., qui surplombe la masse; une large résection de l'os environnant qui ouvre en un point la cavité permet d'arriver jusqu'à la base de la tumeur; avec un raspoir manié énergiquement, on peut l'énucléer; son point d'adhérence est largement réséqué avec la pièce de Luer; hémorragie abondante, tamponnement.	Tardivement, érysipèle et ensuite empyème du sinus frontal, qui est incisé et drainé pendant de longues semaines, à deux reprises; résection de petits types nasaux et destruction causative d'une hypertrophie muqueuse du cornet moyen.
52	VON OETTINGEN, Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung der	H. 24 ans.	Ostéome du sinus frontal droit.	Tumeur avec refoulement de l'œil en bas, en dehors et en avant.	Ablation de la partie oculaire, pour permettre à l'œil de reprendre sa place.	Mort de méningite, le 29 ^e jour; le sinus frontal est rempli des

	Universitätsklinik in Dorpat betreffend das Jahr 1858 (Beiträge zur Heilkunde, 1860, Bd IV, Th. 5).		Exostose du sinus frontal gauche.	Tumeur de consistance osseuse, développée à la partie interne de l'orbite gauche.	Sciage d'une petite partie.	restes de la tumeur; sa paroi postérieure est perforée, la dure-mère fait défaut à ce niveau; artères cérébrales correspondant.
53	PAGEY, Lectures on Surgery, t. II, p. 236.	F. 20 ans.	Exostose du sinus frontal gauche, avec prolongements crâniens et orbitaires et envahissement de toute la masse corrépondante de l'ethmoïde; adhérences multiples et larges.	Depuis 5 ans, tumeur à la partie supérieure interne de l'orbite, et refoulement de l'œil en bas et en dehors; deux tentatives d'ablation partielle n'ayant permis d'enlever que de petites parties de la tumeur; la tumeur finit par atteindre	Incision courbe, partant du bord inférieur des os propres du nez pour aller se terminer à l'c. environ en dehors de la queue du sourcil; en rabattant le lambeau, y compris le périoste, on aperçoit deux saillies distinctes, confondues avec les parties voisines du frontal; l'interne descend profondément dans l'orbite. Après ablation à la gouge et au maillet de plusieurs couches osseuses éburnées, on constate que le prolongement orbitaire est absolument inséparable de la voûte. Vers la queue du sinus, on tombe sur un petit pertuis muqueux, dépendant probablement	Mort de méningite suppurée.
54	PANAS, Des exostoses fronto-orbitaires (Arch. d'ophtalmologie, 1883, p. 289).	F. 18 ans.				Mort le 5 ^e jour, de méningite

N ^o d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
55	POPFERT, Zur casuistik der Stirnhöhlenosteome (<i>Mitt. d. Wiener med. Ges.</i>)	H. 26 ans.	Ostéome du sinus frontal droit.	l'apophyse orbitaire externe du frontal et par se prolonger du côté opposé, jusqu'au niveau du sourcil; consistance dure, rugosité à la surface, pas d'adhérence à la peau; bruit parohéminé; diminution de l'acuité visuelle du côté de l'œil dévié; pas de symptômes cérébraux, pas d'occlusion des fosses nasales, odorat diminué à gauche.	du sinus frontal. On ne va pas plus loin, l'ablation de la partie orbitaire avant permis au globe de reprendre sa position normale. Sutures au fil d'argent; drain à la partie interne.	Guérison; à la place du sinus frontal droit reste une dépression.

56	<i>nische Wochenschrift</i> , 1892, p. 35). REGNOLI, in HEWITT, On exostoses of the skull (<i>St. Georges Hosp. Rep.</i> , 1867, t. II, p. 14).	F. 24 ans.	Exostose du sinus frontal.	niers 18 mois; œil projeté en avant, en dehors et en bas.	La table antérieure du sinus ainsi que les parties correspondantes des os du nez et des apophyses montantes du maxillaire supérieur, envahies par la tumeur, furent enlevées.	sion à la partie supérieure de laquelle on sent les pulsations cérébrales. Nécrose de la tumeur mise à nu; guérison en 19 mois.
57	RICHET, in OLLIVIER PAUL, Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face (<i>Th. Paris</i> , 1869, p. 18-23).	H. 20 ans.	Ostéome éburné du sinus frontal droit, du poids de 19 gr.	Saignements de nez; depuis 6 mois, l'œil droit est plus saillant que l'autre; conjonctivite; au-dessous de la partie interne du rebord orbitaire, on sent une saillie dure et mamelonnée, qui s'enfonce dans l'orbite; pas d'adhérences à la peau; narines libres.	Un-dessous du sourcil, incision légèrement convexe en haut. Après incision de la peau, l'instrument tombe sur une membrane au-dessous de laquelle se trouve une quantité considérable de mucosités, au milieu desquelles baignait la tumeur. En passant un levier entre elle et le bord supérieur de l'orbite, Richet la détache en produisant un craquement; la tumeur enlevée, le doigt pénètre dans le sinus frontal. Une anse de tube à drainage, dont les deux bouts restent au dehors, est enfoncée dans la plaie.	Un peu de sang par le nez; guérison très rapide.
58	ROUËL, Exostose	H.	Non-exostose.	Fracture du re-	Incision en O mettant à nu toute	Guérison sans

N ^{os} l'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
59	éburnée du frontal; ablation; guérison (<i>Bull. de la Société médicale de la Suisse romande</i> , 1870, p. 292).	33 ans.	comme le ferait croire le titre, mais hyperostose ayant une ostéite pour point de départ.	bord orbitaire supérieur droit; vaste décollement; fistules persistantes; le stylet arrive sur un séquestre hyperostotique.	la partie malade du crâne. Une couche osseuse, de 4 à 6 mm d'épaisseur est enlevée sur toute l'étendue du décollement et un petit séquestre extrait du bord orbitaire.	fistule et avec adhérence complète des téguments.
60	Roux, Exostose éburnée du sinus frontal droit, <i>in</i> DOUBEAU, <i>loc. cit.</i> , p. 6-18.	J. f.	Exostose éburnée du sinus frontal droit, ayant usé sa paroi antérieure et défoncé ses parois antérieure et orbitaire; 8 c. dans tous les sens; aucune adhérence au squelette.	18 mois après un coup violent sur la région orbitaire se développe une tumeur	Ablation tentée sans succès.	Mort.
61	SALZER, Extirpation of an osseous tumor from the orbit (<i>Lancet</i> , 1831, t. 1, p. 671).	F. 17 ans.	Ostéome ayant pour point de départ la voûte orbitaire.	18 mois après un coup violent sur la région orbitaire se développe une tumeur	Incision; on enlève péniblement 2 onces de la tumeur.	l'œil reprend peu à peu sa place, spontanément.

61	SCHOLZ, Subperiostale Exstirpation einer eiförmigen Exostose des Stirnbeins (<i>Berliner klinische Wochenschrift</i> , 1863, p. 498).	H. 21 ans.	Ostéome éburné du sinus frontal droit.	Du début d'une tumeur immobile et dure à l'angle interne de l'œil droit; exophthalmie, ectropion.	Incision longeant en dessous le rebord orbitaire, commençant à 1/2 c. de l'angle externe de l'œil et allant aboutir à la racine du nez. On essaie, sans succès, d'attaquer au ciseau la base de la tumeur, qu'on évacue seulement très superficiellement. On la saisit alors avec une forte pince à os et on l'extrait, ce qui laisse un orifice de 1 c. 1/2 sur 3/4, conduisant dans le sinus frontal; sutures.	Guérison, malgré un érysipèle; l'œil reprend sa place normale. Un nouvel ostéome se forme au-dessus de la glabella.
62	SPRING, Abhandlung der königlich-schwedischen (Akademische) der Wissenschaften, übersetzt von KASTNER, 1778, t. IV, S. 206).	F.	Ostéome du sinus frontal (?).	Tumeur de consistance osseuse, située à l'angle interne de l'orbite et reboulant le globe de l'œil en dehors; début depuis 4 1/2 ans.	Tentative d'extraction infructueuse; puis circoncision et application d'un caustique à plusieurs reprises.	Au bout de plusieurs jours, chute spontanée de la tumeur.
63	SPRENGEL, Ein	H.	Ostéome des	Depuis la puber-	Sous le chloroforme, l'exploration	Guérison.

N ^o d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	ÂGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
64	Fall von Osteom des Stirnbeins (<i>Archiv. f. Klin. Chirurgie</i> , 1887, t. XXXV, p. 224).	28 ans.	cellules eth- moïdales.	té, petite tu- meur sur le rebord nasal de l'œil droit; tumeur, puis fistule lacry- males; enfin, l'on constate une tumeur de consistance ossense, sans lésions oculai- res autres que le déplace- ment du globe.	de la naine gauche avec le doigt révèle la présence d'une tumeur correspondant, comme siège, à la tumeur externe et dont il est difficile de palper les limites interne et postérieure; incision en C commençant et li- missant à la partie moyenne des bords orbitaires supérieur et in- férieur; incision complémentaire en haut et en dedans; réclina- son facile du périoste et mise à nu de la tumeur, dont le prolon- gement orbitaire est entouré à sa base par les bords de l'orifice osseux qu'il a traversé; pendant qu'on élargit cet orifice au ci- seau, la masse devient mobile et peut être enlevée avec des pinces à os; la cavité ainsi pro- duite était si profonde que l'o- pérateur jugea prudent de drai- ner par la fosse nasale; drainage et suture de la plaie extérieure.	Malade en bon état le 42 ^e jour.

65	Augenhöhle, theils des rech- ten Stirnbe- ins. (<i>Wärz. med. Zeitschrift</i> , 1865, Bd VI, S. 319).	F. 53 ans.	Ostéome du si- nus frontal.	volume d'une tête d'enfant et refoulant l'œil en bas et en dehors; suppuration, élimination de petites parties de la masse.	comme le poing, couverté de maquese, occupant l'espace entre les yeux, le maxillaire su- périeur et les fosses nasales.	Guérison; lam- beau auto- plastique em- planté à la région teg- porale, pour fermer la plaie fronta- le.
	TILMANN'S, Ue- ber todte Os- teome der Na- sen und Stirn- höhlen (<i>Archiv f. Klin. Chir.</i> , 1883, t. XXXII, S. 677).		Ostéomes morts du sinus fron- tal gauche, l'un de 10 c. sur 4, l'autre de 7 c. sur 2 c.6.	Depuis le plus jeune âge, cé- phalalgie, sur- tout au niveau de la racine du nez et au- dessus, à gau- che; depuis 8 ans, saillie de cette région; depuis 7 ans, déviations du globe oculaire gauche; de- puis 6 mois, fistule au-des- sous du rebord orbitaire; po- lypes nasaux; panophtalmie; la sonde con- duit, à travers la fistule, sur des os nécrosés; concrétion os- seuse, remplis-	Extirpation du globe oculaire; pas de saillie de la tumeur dans l'orbite; 15 jours plus tard, ré- section de la paroi antérieure du sinus, dont la cavité est du volume d'un œuf d'oie; elle con- tient deux ostéomes morts; les parois étaient très amincies du côté de l'orbite et de la cavité cranienne, mais nulle part dé- truites; on enlève quelques po- lypes séquestrés dépendant de l'os lacrymal et de l'ethmoïde; abla- tion des polypes de la narine gauche; une communication très large est ainsi établie entre le sinus et la narine, qui sont tamponnés à la gaze iodofor- mée; 6 jours plus tard, ablation de l'ostéome mort de la fosse nasale droite.	

N ^{os}	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
66	TORRHOFF, <i>Analecta clinica</i> , 1881, t. I, p. 32.	F. 30 ans.	Ostéome ayant pour point de départ le rebord supérieur de l'orbite gauche.	Augmentation progressive; le globe de l'œil est complètement détruit.	Avec la scie de Hey, résection de la partie saillante de la tumeur, recouverte d'une membrane fibreuse épaisse, et composée extérieurement de tissu compact, intérieurement de substance spongieuse.	En 3 mois, guérison par suppuration et élimination spontanée des parties restantes de la tumeur.
67	TWEEDY, On a case of large orbital and intra cranial ivory exostosis, removal of orbital portion, death twenty two days after operation; necropsy (<i>Opht. Hosp. Rep.</i> , 1882, t. X, p. 303-310).	H. 25 ans.	Ostéome s'étendant dans la cavité crânienne, jusqu'à la fenestration et ayant le sinus frontal gauche pour point de départ.	Depuis 2 ans, l'œil gauche est refoulé en bas et en dehors; vision normale.	Une incision de 1 pouce 1/2 de long fut faite le long du rebord sus-orbitaire; la tumeur mise à nu occupait la partie supérieure de l'orbite et s'étendait en arrière aussi loin que le doigt pouvait atteindre; le périoste, incisé le long du rebord orbitaire, fut séparé de la tumeur; on fit de vains efforts pour attaquer au ciseau la base de la tumeur; enfin, à la drille, on arriva à séparer la partie orbitaire; l'opération ayant déjà duré 2 heures, on s'en tint là.	Le shock opératoire fut très bien supporté; 3 semaines plus tard, il ne persistait plus qu'un léger œdème qui apparut des symptômes de méningite, qui enlevèrent rapidement le malade.

68	VERBALLE, Hydatides développées dans le sinus frontal et dans l'orbite; incision du foyer, évacuation des poches hydatiques; guérison (<i>Boréacée médicale</i> , 1872, p. 226).	H. 22 ans.	Hydatides du sinus frontal droit.	A 15 ans, coup de bâton sur le front, carie du frontal, fistule, fluctuation profonde, exophtalmie droite.	Une sonde cannelée est introduite dans l'orifice de la fistule et la peau incisée sur une longueur de 2 à 3 c.; l'incision laisse écouler du sang et du pus, puis se présente une masse blanche qui sort ou rentre suivant les cris et les efforts du malade; avec une pince, on la saisit et l'attire au dehors par des mouvements de bascule; c'est une hydatide; en même temps, flot de pus; la pression exercée sur l'œil fait sortir de la plaie du pus d'abord, puis de petites hydatides au nombre de six à huit, toutes intactes, d'une grosseur qui varie entre le volume d'un pois et celui d'une noisette; l'œil rentre dans l'orbite; une sonde cannelée est introduite par l'orifice du frontal et rencontre l'orifice qui fait communiquer l'orbite avec la cavité purulente; incision au point où arrive le stylet, c'est-à-dire à la partie moyenne de la paupière supérieure; quelques jours plus tard, nouvelle incision de la partie moyenne de la paupière inférieure.	Guérison rapide; perte de la vision de l'œil droit.
69	VERNEUR, Exostose éburnée du sinus frontal, opérée avec	H. 23 ans.	Exostose du sinus frontal droit, constituée par du	On sent, sous la voûte de l'orbite, une petite tumeur	Incision verticale au niveau de la tête du sourcil, réunie à une incision horizontale le long du rebord orbitaire; décollement	Guérison

N° d'ordre	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	AGE SEXE	NATURE DE LA TUMEUR	MARCHE DE L'AFFECTION	INTERVENTION	RÉSULTAT
70	WALTON HAYNES, <i>Operative Ophthalmic Surgery</i> , London, 1833, p. 383. succès (<i>Bull. et Mém. Soc. Chirurgie</i> , 1870, p. 181).	H. 40 ans	tissu éburné à la périphérie et du tissu diploïque au centre.	duré, du volume d'un noyau de cécité; pas de phénomènes cérébraux; vives douleurs sur le trajet du nerf sus-orbitaire.	du périoste, défoncement de la paroi antérieure du sinus; la tumeur apparaît, arrondie et lisse; elle est adhérente à la face postérieure du sinus et est facilement enlevée à l'aide de la gouge et du maillet; une ramure de la face antérieure de la tumeur, servait à loger le nerf sus-orbitaire, qui se trouvait tirailé.	Guérison, retour de la vision.
71	WATSON SPENCER, Specimen occupying the left orbit and upper part of the cheek with deep attachments in the body of the sphenoidal and ethmoid bones (<i>Tr. of the</i>	H. 24 ans.	Ostéome à large base, ayant pour point de départ le rebord orbitaire supérieur.	Refoulement de l'œil en bas et en avant.	Ablation par Fergusson. L'attache principale de la tumeur était au niveau du corps du sphénoïde, au-dessus de l'apophyse ptérygoïde; il y avait aussi des adhérences considérables aux parois supérieure et interne de l'orbite; peu d'hémorragie.	Mort subite le 3 ^e jour.

72	WEINLECHNER, <i>Beiträge zur Path. Soc. of London</i> , 1868, p. 310. Demonstration eines durch Trepanation geheilten Cholesteatoms der Stirnhöhle (<i>Wien. klin. Woch.</i> , 1889, t. II, p. 136-139).	H. 45 ans.	Cholestéatome du sinus frontal gauche.	par le néoplasme; déformation extrême de la région.	Une incision donne issue à du pus. La plate reste fistuleuse et l'on fait, deux mois après, une nouvelle intervention destinée à enlever une large surface d'os carié. On trouve une perforation osseuse d'où l'on extrait un séquestre de 5 c. 5 sur 1 c. 5, puis une masse cholesteatomateuse venue d'une cavité recouverte de muqueuse, et qui est la cavité du sinus frontal; le pus s'en écoule par saccades isochrones aux pulsations cérébrales; drainage; sutures.	Une demi-heure après l'opération, crampes généralisées; crachats sanguins; rétabli seulement spontané de la communication du sinus avec la fosse nasale; guérison rapide.
73	WURH, <i>Beiträge zur Medicin</i> , 1814, p. 116.	F. 40 ans.	Cholestéatome du sinus frontal gauche.	À l'âge de huit ans, chute sur le côté gauche du front, qui toujours de plus en plus volumineux. Depuis douze ans, légères attaques d'épilepsie jacksonienne. En 1888, à deux reprises, gonflement de toute la région frontale gauche et de la paupière correspondante.	Incision angulaire au niveau du sinus gauche, qu'on ouvre par deux couronnes de trépan. Il en sort une grande quantité de polypes; la cavité qui les contenait aurait pu loger trois œufs de poule.	Peu à peu, la plate se comprime et l'œil rentre en place normale.