

lésions irrémédiables. Quand l'œil a conservé sa forme ou ses fonctions, l'électrolyse est indiquée, même si l'angiome est situé au plus profond de l'orbite (Thompson, Valude).

Les *anévrismes* siègent sur l'artère ophtalmique ou résultent plus souvent encore de la communication du sinus caverneux et de la carotide. Les angiomes et les sarcomes tégumentaires présentent parfois absolument les caractères des anévrysmes. Toutes ces affections, souvent difficiles à reconnaître sur le vivant, sont comprises sous la dénomination d'*exophtalmie pulsatile*.

Les anévrysmes artériels sont rares dans l'orbite. Les anévrysmes artério-veineux sont ceux qu'on observe ordinairement. On les voit survenir à la suite de traumatisme, mais ils peuvent se développer spontanément.

Il existe à peu près constamment, d'un seul côté, de l'exophtalmie; celle-ci diminue par la pression directe sur le globe ou la compression de la carotide. L'œil est très congestionné. Il y a de la stase papillaire, des troubles oculaires variables, et souvent une cécité complète. La région est le siège de douleurs parfois vives avec des exacerbations.

L'auscultation fait entendre un souffle continu avec redoublement, la main éprouve la sensation de battements isochrones au pouls, avec thrill ou frémissement spécial. Les patients perçoivent des bruits de forge, de locomotive, etc.

La terminaison de cette affection est quelquefois favorable, spontanément, sans qu'aucun traitement soit intervenu. Plus souvent l'anévrysmes suit une marche progressive, avec des ruptures vasculaires et des désordres cérébraux qui finissent par entraîner la mort.

Le traitement consistera surtout à agir sur la carotide, soit par la compression digitale, si l'affection est prise dès le début, soit par la ligature de ce vaisseau. L'électro-puncture pourra être essayée, avec de grandes précautions pour éviter les accidents, étant donné qu'on opère sur des vaisseaux qui communiquent largement avec ceux du cerveau.

**Néoplasmes bénins.** — Les tumeurs bénignes de l'orbite

sont le fibrome, le lipome, l'enchondrome, le névrome pléxi-forme, l'ostéome.

Le *fibrome* n'est guère pur. L'*enchondrome* est exceptionnel. Le *névrome* se développe plus souvent du côté des paupières. Le *lipome*, dit lipome sous-conjonctival, offre l'aspect d'une masse jaunâtre, un peu diffuse, et située vers la région supéro-externe du globe. Cette masse grasseuse se continue avec le tissu propre de l'orbite et l'intervention consiste à en faire l'ablation discrète. L'*ostéome* est le plus fréquent. Il se présente comme une *exostose* d'origine frontale. La tumeur est de volume variable, pédiculée ou sessile, généralement éburnée. Parfois son pédicule, s'il est mince, se rompt et la tumeur devient libre en quelque sorte dans la cavité orbitaire. Ce sont là des circonstances favorables à l'extirpation, mais elles ne doivent pas conduire à considérer l'opération comme la règle, car souvent la tumeur, par une large base d'implantation, repose sur la paroi osseuse crânienne, qui, très mince en cet endroit, se rompt pendant l'opération, exposant le malade à une mort quasi certaine; d'autres fois, la tumeur a même poussé un prolongement dans la cavité crânienne. Elle se développe dans l'orbite en refoulant l'œil en avant, en dehors ou du côté des cavités voisines de la face, sinus, fosses nasales, crâne. Il ne faut pas se presser d'opérer. L'ablation n'est indiquée que lorsque la tumeur prend des proportions notables ou entraînerait de graves désordres oculaires. Elle est généralement laborieuse et doit être faite avec les plus grandes précautions; car, si sa base d'implantation est large, elle peut entraîner l'ouverture de la boîte crânienne. Un traitement médical est inutile, l'affection ne relevant d'aucune diathèse.

**Néoplasmes malins.** — Les tumeurs malignes sont surtout les carcinomes et les sarcomes.

Les *carcinomes*, très rares, naissent aux dépens de la glande lacrymale; il en est de même de certains *épithéliomas polymorphes* (Dianoux).

L'envahissement orbitaire se fait d'abord en dehors et en

haut, en gâteau, entre le globe et l'orbite. Plus tard, tout peut se prendre. Les adultes et les vieillards sont exclusivement affectés. Les ganglions s'engorgent rapidement, surtout dans le carcinome.

Le *sarcome* de l'orbite est relativement fréquent; c'est le mélano-sarcome et le leuco-sarcome qui s'y observent le plus.

Le *mélano-sarcome* d'origine orbitaire, non choroidien, présente un pigment d'origine hématiche.

Le *leuco-sarcome* est à cellules rondes, fusiformes, gigantesques. Les formes mixtes ou à prédominance fibreuse, vasculaires, kystiques ne sont pas rares. Les sarcomes à cellules rondes se rencontrent chez les enfants et les sarcomes fusiformes, souvent mélaniques, restent plus volontiers l'apanage de l'adulte. Les sarcomes orbitaires débutent, soit par le périoste, soit par le tissu cellulaire de la cavité, soit par les gaines du nerf optique ou la glande lacrymale.

La tumeur, d'abord localisée, envahit progressivement toute l'orbite. Il n'y a d'abord pas de douleur, mais seulement de la gêne. L'œil est projeté en exophtalmie directe si la tumeur est comprise dans l'entonnoir musculaire; l'exophtalmie est latérale dans le cas, plus habituel, où le néoplasme débute sur l'une des parois de la cavité orbitaire.

Quand le sarcome prend naissance dans l'entonnoir musculaire ou dans le fond de l'orbite, qu'il se développe aux dépens du tissu cellulaire de la cavité ou sur la gaine du nerf optique lui-même, la proximité du nerf optique fait que l'on observe des troubles visuels précoces, si hâtifs qu'ils précèdent même la protrusion du globe. En même temps que de l'amblyopie, on constate des altérations du côté de la papille: s'il y a simple névrite irritative, on pensera que la tumeur siège en arrière de la pénétration de l'artère centrale dans le nerf optique; s'il y a trouble de la papille, c'est que le néoplasme est situé plus en avant et qu'il comprime le nerf en un point où l'artère l'a déjà pénétré.

Parallèlement à ces troubles papillaires et pour permettre le diagnostic du néoplasme, en l'absence de l'exophtalmie ou

avec une protrusion très légère de l'œil, on trouvera des parésies oculaires variées, surtout celles du releveur de la paupière et du droit supérieur.

Les tumeurs qui prennent naissance sur les côtés de la cavité orbitaire présentent, comme premier symptôme apparent, l'exophtalmie et la déviation de l'œil. La compression du nerf optique n'est qu'un phénomène ultime apparaissant seulement lorsque toute l'orbite est déjà remplie par le néoplasme.

A la longue, en effet, la cavité est comblée par la progression de la tumeur et l'œil lui-même est envahi ou se détruit par compression ou plutôt par le fait de son exposition permanente à l'air qui résulte de son exophtalmie. Les expansions de la tumeur se font par les cavités voisines et le cerveau; on observe enfin des métastases viscérales et ce sont elles qui déterminent la mort.

On pensera au sarcome de l'orbite lorsqu'on aura affaire à une tumeur d'apparence solide non inflammatoire et de montée rapide. Chez les enfants, c'est la tumeur maligne habituelle; chez l'adulte, il en est souvent de même; pendant le jeune âge, le sarcome de l'orbite ou fongus provient parfois d'un glio-sarcome intra-oculaire qui a perforé la coque de l'œil et poussé des prolongements en dehors.

Toutes les formes du sarcome sont graves, mais le pronostic se déduit surtout de l'existence ou de l'absence d'infections ganglionnaires et de métastases viscérales.

Y a-t-il métastase, il n'est pas question d'intervention; s'il existe déjà des ganglions, l'opération n'offre guère de chances de succès. Aussi, pour se placer dans des conditions favorables, l'extirpation du mal doit-elle être précoce. Tout au début, on pourra essayer de conserver le globe de l'œil, mais pour peu que la tumeur ait quelque étendue, il est nécessaire d'enlever l'organe et même de vider l'orbite de tout son contenu, d'en pratiquer l'exentération.

Les récidives sont fréquentes; il faut alors, sans cesser d'espérer, pratiquer de nouvelles opérations et poursuivre le

mal en le détruisant par des applications de thermo-cautère.

On a pu, à plusieurs reprises, évacuer l'orbite à des malades qui, grâce à ces interventions, ont obtenu une survie parfois très considérable (Combalat).

**Diagnostic différentiel des tumeurs de l'orbite.** — Ce diagnostic est toujours difficile. On devra cependant distinguer les tumeurs liquides des tumeurs vasculaires ou solides, enfin les divers néoplasmes entre eux.

Les *tumeurs liquides*, kystes séreux, hydatiques, hydrohématomas, sont fluctuants ou mollasses et donnent, par la ponction, des produits caractéristiques : les kystes séreux, de la sérosité ordinaire ; les kystes hydatiques, un liquide très transparent sans albumine, riche en chlorures, avec des crochets ; les hématomas, du sang ou du liquide sanguinolent.

Les *tumeurs vasculaires* se gonflent dans l'effort, sont plus ou moins réductibles à la pression et présentent des battements et des souffles caractéristiques. Parfois cependant, dans les tumeurs vasculaires encapsulées, aucun de ces signes n'est apparent.

Les *tumeurs solides* sont bénignes ou malignes : *bénignes*, elles restent localisées, se développent lentement, ne se généralisent jamais (lipomes, dermoïdes, ostéomes) ; *malignes*, elles se développent toujours, souvent rapidement, envahissent les parties voisines et peuvent se généraliser (carcinomes, sarcomes).

Les *dermoïdes* des paupières se reconnaissent souvent par leur siège habituel vers la queue du sourcil ; ceux de l'orbite, à leur siège à l'angle interne et tous deux à leur congénitalité, à leur développement lent, à leur contenu dermique.

L'*encéphalocèle* sera fluctuant, réductible vers la région supéro-interne de l'orbite.

Le *lipome sous-conjonctival* est jaunâtre, situé vers le droit externe ou au-dessus et à peu près stationnaire.

Le *fibrome* est absolument exceptionnel.

L'*ostéome* présente une dureté pierreuse significative.

Le *tubercule* est rare et semble partir des gaines optiques.

Le *carcinome* débute par la région lacrymale, s'accompagne de ganglions précoces et paraît assez rare.

Le *sarcome* blanc ou noir se rencontre à tout âge et marche toujours assez rapidement. Il est mou, arrondi, envahissant, avec ou sans pigment.

On doit tenir grand compte de l'*exophtalmie* dans le diagnostic général.

Dans le phlegmon de l'orbite, l'ostéite, la périostite, la dacryo-adénite aiguë ou subaiguë, cette *exophtalmie* se fait hâtivement et s'accompagne d'inflammation vive, diffuse ou localisée. Dans la maladie de Basedow, l'*exophtalmie* est bilatérale et coïncide avec des troubles cardiaques et thyroïdiens. Les anévrysmes offrent du souffle et des battements. Les épanchements séreux, sanguins, emphysémateux, sont d'origine traumatique et caractérisés par leur fluctuation, la pression, une ponction au besoin. Les dermoïdes, les kystes séreux, les méningo-encéphalocèles produisent peu d'exorbitisme. Les sarcomes entraînent une *exophtalmie* rapide, progressive, oblique, et des troubles de compression oculaire. Le siège sera dans l'entonnoir musculaire si l'*exophtalmie* est directe, sur les côtés de l'orbite ou de la capsule de Tenon si elle est oblique. On doit toujours explorer les cavités voisines, sinus, fosses nasales, pharynx, et distinguer, par les troubles constatés du côté de l'orbite et de ces cavités, si les tumeurs orbitaires sont primitives ou secondaires. Il importera enfin de reconnaître les prolongements des tumeurs dans les diverses cavités et dans le crâne.

La tumeur vient-elle se montrer à l'extérieur et peut-on la palper directement ? On diagnostiquera l'ostéome à sa dureté ; le sarcome à sa résistance, ses bosselures, l'absence de fluctuation et de battement, les phénomènes de compression ; enfin les kystes séreux à leur fluctuation, etc.

Il est souvent difficile d'être exactement fixé sur la nature, l'étendue, les prolongements et le point de départ des néoplasmes. Malgré la mise en œuvre de tous les symptômes, malgré les ponctions exploratrices, l'opération et le micro-

scope réservent bien des surprises aux plus expérimentés. On devra donc rester toujours dans une sage réserve.

### VII. — Goitre exophtalmique.

§ 260. — Appelé encore maladie de Graves, de Basedow, elle est caractérisée par de la tachycardie, du gonflement thyroïdien, de l'exophtalmie et du tremblement. On la rencontre surtout chez la femme.

L'*exophtalmie* est généralement directe, bilatérale, plus ou moins marquée. Cette exophtalmie est parfois légère, mais elle peut devenir excessive et empêcher les paupières de recouvrir la cornée (*lagophtalmie*).

La *tachycardie* est précoce. Le pouls est à 100, 120, 150 pulsations. Des bruits du souffle peuvent se produire.

L'*hypertrophie du corps thyroïde* est régulière et bilatérale. Elle varie fréquemment de volume. L'auscultation permet de sentir des battements et un souffle systolique ou continu.

Le *tremblement* siège surtout aux membres supérieurs; il est oscillatoire, très fréquent et même constant, d'après Charcot. L'émotion l'exagère toujours.

Le développement est plus ou moins lent et progressif; des poussées aiguës, sous forme d'accès, ne sont pas rares.

L'état général est troublé; il y a souvent des malaises, de l'anémie, des troubles gastriques, urinaires, respiratoires, génitaux, du nervosisme ou de l'apathie, des troubles psychiques. A la longue, la céphalalgie survient et les lésions oculaires s'accroissent.

On rencontre des paralysies des muscles oculaires. La paupière supérieure ne suit plus les mouvements d'élévation ou d'abaissement du globe (*symptôme de de Græfe*), le clignotement est rare (*symptôme de Stellwag*), la cornée peut se dessécher, s'altérer, s'abcéder et une fonte purulente se produire.

On ne sait rien de positif sur l'origine de cette affection, car les lésions anatomiques font généralement défaut. On admet provisoirement un trouble fonctionnel du grand sympathique.

Cette affection, quand elle est considérable, se reconnaît aisément à la triade symptomatique (exophtalmie, goitre, tachycardie), à sa marche, à son développement continu, etc. Dans les cas où elle a quelque chose d'insolite, il faut songer à la possibilité d'une tumeur, d'un épanchement, etc.

La guérison est rarement complète et définitive. Il persiste généralement de l'exophtalmie et la récurrence est fréquente. La mort survient dans un dixième des cas, par complications centrales, cardiaques, ou par cachexie générale.

Le traitement est souvent inefficace et purement symptomatique. Général, il comprend l'iode, les ferrugineux, les arsenicaux, le salicylate de soude (Chibret), l'hydrothérapie, les courants continus sur le sympathique, la compression du globe, la blépharoplastie en cas d'exophtalmie excessive, enfin l'antisepsie contre les lésions cornéennes.

On a récemment pratiqué avec avantage la thyroïdectomie partielle et des injections sous-cutanées de suc thyroïdien.

### VIII. — Anomalies.

§ 260 bis. L'orbite varie notablement dans sa forme, ses dimensions. On rencontre des cas de perforation antérieure de ses parois avec ou sans kyste congénital. La fusion des deux orbites a été observée, et elle entraînait celle des deux globes oculaires ou *cyclopie*.

## CHAPITRE III

### MALADIES DES MUSCLES

#### I. — Strabisme.

A peine mentionné par Hippocrate, sommairement indiqué par les Arabes, le strabisme n'est guère étudié qu'à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, où l'on signale les causes probables de l'affec-