

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'ORBITE

La symptomatologie générale des tumeurs de l'orbite a été divisée par tous les auteurs en trois périodes : 1° avant l'exophtalmie ; 2° exophtalmie sans tumeur apparente ; 3° exophtalmie avec tumeur. C'est à l'une ou l'autre de ces périodes qu'on pourrait être appelé, d'après nos classiques, à établir le diagnostic différentiel.

Cette division ne nous paraît pas exacte, en ce sens que nous n'admettons pas l'existence d'une tumeur de l'orbite sans exophtalmie, à moins que le néoplasme siège à la base de la cavité, en avant de l'équateur de l'œil ; dans ce cas la tumeur est apparente et le diagnostic évident. Toutes les fois que le néoplasme existe profondément et qu'il donne lieu à des douleurs, à des symptômes quelconques, à ces symptômes s'ajoute toujours et nécessairement une exophtalmie plus ou moins marquée : aussi petit que soit le néoplasme, il chasse l'œil hors de la cavité orbitaire, dans l'exacte proportion de la place qu'il occupe lui-même ; il n'y a donc que deux périodes dans le développement des tumeurs rétro-bulbaires : l'exophtalmie sans tumeur apparente et l'exophtalmie avec tumeur.

Ce groupe des tumeurs rétro-bulbaires est de beaucoup le plus important, mais il convient de remarquer que la loge postérieure de l'orbite entoure l'œil et le déborde en avant, si bien que certaines tumeurs, développées derrière l'aponévrose de Tenon, peuvent être situées en avant de l'équateur de l'œil ; elles ne sont pas rétro-bulbaires, mais anté-bulbaires, et dès lors leur symptomatologie diffère beaucoup de celle des tumeurs de l'orbite ; elles peuvent évoluer sans entraîner d'exophtalmie

et s'accusent, dès leur début, par des symptômes qui rendent leur diagnostic facile.

Ces tumeurs anté-bulbaires pourraient être opposées aux rétro-bulbaires, mais elles ne sont pas assez importantes, ni d'un diagnostic assez difficile, pour mériter de former un groupe distinct. Ce qui les concerne trouvera sa place dans ce que nous allons dire des tumeurs de l'orbite en général.

La symptomatologie des tumeurs de l'orbite se déroule donc en deux périodes, qui sont caractérisées : la première par une exophtalmie sans tumeur apparente, la deuxième par l'apparition de la tumeur. Ce sont là les deux conditions dans lesquelles on peut être appelé à formuler un diagnostic.

#### § 1. — Exophtalmie sans tumeur apparente.

Il faut : 1° reconnaître l'exophtalmie ; 2° rechercher si elle est bien la conséquence d'une tumeur ; 3° reconnaître le siège de la tumeur ; 4° spécifier sa nature et son degré de malignité.

1° Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'exophtalmie. Ce symptôme passe longtemps inaperçu et il mérite d'être soigneusement recherché ; son absence a une grande valeur ; dans les cas où on soupçonnera la présence d'une tumeur, quelle que soit la douleur ressentie dans l'orbite, les paralysies musculaires, etc., s'il n'y a pas déplacement de l'œil en avant ou obliquement, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme, puisque les seules tumeurs qui puissent se développer dans l'orbite, sans entraîner d'exophtalmie, sont les tumeurs voisines de la base, c'est-à-dire accessibles au toucher et toujours aisément reconnaissables.

Il faudra donc soigneusement rechercher l'exophtalmie et la mesurer. Comment ?

C'est ici le lieu de signaler les services que peuvent rendre les divers exophtalmomètres qui ont été imaginés ; sans entrer dans les détails de la question, nous ferons remarquer que tous les praticiens ont à leur dis-

position un instrument très pratique pour cette détermination, c'est l'ophtalmomètre; au sujet de son application à l'étude de l'exophtalmie, nous recommandons la lecture d'un excellent travail d'Antonelli<sup>1</sup> qui a bien montré tous les avantages, à ce point de vue, de l'instrument de Javal. Grâce à cet instrument, il sera facile, dans les cas douteux, de savoir s'il y a oui ou non exophtalmie. Ambialet<sup>2</sup> (de Marseille) a décrit récemment un procédé qui nous semble également recommandable.

Il ne nous paraît pas possible de nous arrêter ici sur la théorie ni sur la pratique de l'exophtalmométrie. Il doit nous suffire de signaler la grande importance de cette mensuration dans le diagnostic des tumeurs de l'orbite au début.

Lorsque l'œil est saillant, il n'y a pas toujours exophtalmie : le globe peut être augmenté de volume (hydrophthalmie, buphtalmie) et il faut bien prendre garde de ne pas confondre l'exophtalmie avec la simple exagération des dimensions de l'œil, l'altération des milieux transparents, des membranes oculaires, notamment de la cornée, qui peut être distendue et amincie, parce qu'elle supporte mal la pression intra-oculaire.

C'est une erreur de croire qu'on peut confondre l'exophtalmie et la panophtalmie : la panophtalmie, en s'accompagnant d'une poussée congestive intense des tissus rétro-bulbaires, entraîne souvent de l'exophtalmie; l'œil est chassé en avant plus ou moins, selon l'intensité des désordres inflammatoires rétro-oculaires, et il y a alors coexistence des deux états morbides, le second étant la cause du premier. En pareil cas, l'exophtalmie existe, et le chirurgien doit s'appliquer à en pénétrer la cause.

2° Cause de l'exophtalmie. — Quand l'œil est chassé en avant par les phénomènes inflammatoires, il se produit tout un cortège de symptômes qui viennent mettre sur la voie du diagnostic: fièvre, rougeur, chaleur, douleurs; le diagnostic ne saurait être douteux que dans les cas où ces phénomènes se développent sur un œil préalablement exophtalmic; les accidents inflammatoires peuvent alors venir masquer les signes propres

<sup>1</sup> ANTONELLI, *Archives d'ophtalmologie*, 1894, p. 529.

<sup>2</sup> AMBIALET, Des protrusions oculaires. *Ophtalmométrie exorbitaire*, Société française d'ophtalmologie, 1903.

à la tumeur. L'étude des commémoratifs viendra mettre sur la voie.

L'exophtalmie peut être la conséquence d'un épanchement sanguin d'origine traumatique; la notion de l'accident, autant que l'apparition précoce d'une ecchymose sous-conjonctivale seront d'un grand secours pour le diagnostic; il en sera de même dans le traumatisme accompagné de corps étrangers, balles, morceaux de bois, etc.

L'œil peut être quelquefois chassé par un emphysème traumatique, reconnaissable à la brusquerie de son début, à la crépitation, ainsi qu'à sa tendance naturelle à une guérison rapide.

L'exophtalmie peut encore succéder à la paralysie des muscles droits des yeux : il y aurait alors *ophtalmoptosis*; c'est là ce qui se produit après l'opération du strabisme; lorsque la ténotomie a été très complète, on voit le globe de l'œil se porter en avant, non pas sous l'influence de la seule paralysie musculaire, mais à cause de la traction qu'exercent les muscles obliques, protracteurs du globe; ce n'est pas une ptose de l'œil, c'est bien une véritable exophtalmie, et une exophtalmie active qui se produit en pareil cas; il faudra soigneusement la différencier de celle qui résulte de la poussée antéro-postérieure d'un néoplasme; en face d'un œil atteint d'une légère exophtalmie, il faudra toujours rechercher l'état des muscles et apprécier leur bon fonctionnement.

L'exophtalmie peut être encore liée à la présence du goitre; lorsque le goitre exophtalmique est bien caractérisé par ses symptômes principaux, tumeur thyroïdienne, palpitations cardiaques, tremblement des mains, exophtalmie bilatérale, le diagnostic ne présente aucune difficulté, mais il n'en est pas de même au début du mal; l'exophtalmie peut être monolatérale et les autres signes de goitre exophtalmique très peu nets.

J. Terson (de Toulouse) a attiré l'attention sur les manifestations unilatérales du goitre exophtalmique, et Trousseau<sup>1</sup> a rapporté plusieurs cas dans lesquels il a noté cette particularité. De même Rutten<sup>2</sup> a publié une observation de goitre exophtalmique, dans laquelle il put faire le

<sup>1</sup> TROUSSEAU, L'exophtalmie unilatérale dans la maladie de Basedow. *La clinique ophtalm.*, 10 avril 1902.

<sup>2</sup> RUTTEN, *La clinique ophtalmologique*, 10 août 1902.

diagnostic, malgré l'unilatéralité de la protrusion oculaire, grâce aux signes bien connus de Stelwag et de de Græfe.

Mais ce sont là des faits bien exceptionnels, et nous pensons avec Truc<sup>1</sup> qu'il n'y a pas lieu d'en tenir grand compte en clinique. L'unilatéralité bien constatée de l'exophtalmie est un signe de premier ordre permettant d'écarter l'hypothèse de la maladie de Basedow.

C'est par un examen attentif de l'état général qu'on arrivera à reconnaître la cause de cette protrusion du globe oculaire; en dehors des signes propres au goitre exophtalmique, on recherchera ceux qui accompagnent les maladies du cœur et, d'une façon générale, tous les troubles de la circulation; la seule gêne de l'écoulement du sang veineux peut entraîner dans l'orbite un gonflement des veines, bien capable de produire un peu d'exophtalmie. En pareille circonstance, l'exophtalmie est souvent intermittente et peut alterner avec l'enophtalmie. Dans tous les cas douteux, il faudra tenir compte de trois signes essentiels :

a) la tumeur de l'orbite est presque toujours unilatérale, tandis que le goitre exophtalmique, les troubles de la circulation ont une grande tendance à entraîner une double exophtalmie ;

b) L'exophtalmie qui est consécutive à une tumeur est en général stable, toujours la même, sans variation quotidienne; celle qui tient à une gêne de la circulation, et même au goitre exophtalmique, présente dans la même journée de grandes variations ;

c) L'exophtalmie qu'entraîne le goitre exophtalmique, ou toute autre maladie générale, est directe, et la seule tumeur à laquelle il faille songer en pareil cas est celle du nerf optique qui, de très bonne heure, produit des désordres papillaires et des troubles de la vision; une exophtalmie directe, sans lésion du fond de l'œil et sans diminution de l'acuité, devra donc faire songer à autre chose qu'à un néoplasme.

C'est ainsi que, par exclusion, on arrive à éliminer tout ce qui peut entraîner de l'exophtalmie en dehors du néoplasme et à reconnaître que la protrusion de l'œil est bien la conséquence d'une tumeur de l'orbite dont il faut, pour terminer, reconnaître le siège et la nature.

<sup>1</sup> Truc, *La Clinique ophthalmologique*, juillet 1903.

3° *Siège de la tumeur.* — C'est par la direction de l'exophtalmie qu'on peut surtout apprécier le siège du néoplasme. L'œil est repoussé directement en avant et légèrement en dehors et en haut par les tumeurs du nerf optique, en bas par celles de la voûte de l'orbite, en haut par celles de la face inférieure, etc.

Lorsque l'exophtalmie est oblique en dehors, il faut songer aux affections de l'ethmoïde; très souvent les néoplasmes de cette région ont pour premier symptôme de repousser la paroi interne de l'orbite et, par conséquent, d'entraîner une exophtalmie. Dans toute exophtalmie en dehors, dans laquelle l'œil ne sera pas abaissé, mais simplement à l'état de protrusion oblique externe, il faut songer à une lésion de la partie supérieure des fosses nasales, et 19 fois sur 20, on trouvera, par un examen rhinologique attentif, le bien-fondé de cette supposition.

De même, quand l'exophtalmie est oblique en bas et en dehors, il faut songer à une lésion du sinus frontal; quelquefois le mucocèle, les collections liquides, hydropisies enkystées de ce sinus, se développent dans l'épaisseur de la paroi supérieure de l'orbite, de telle façon que le sinus, très dilaté, occupe presque toute cette paroi, jusqu'à l'aile du sphénoïde et jusqu'au bord externe et supérieur de la pyramide orbitaire. Dans la région même du sinus frontal, on peut n'apercevoir aucun soulèvement anormal, et un examen superficiel peut faire croire à l'intégrité du sinus. L'illumination des cavités de la face, telle qu'on la pratique en rhinologie, montre l'existence de la collection liquide et l'extrême dilatation du diverticule frontal des fosses nasales.

En pareil cas, l'exophtalmie peut être oblique en avant et en bas et ne dépendre que d'une lésion du sinus. Nous en avons récemment observé un exemple très net et très instructif, dont le lecteur trouvera l'histoire dans le livre X de cet ouvrage.

L'exophtalmie oblique, en bas et en dedans, devra faire songer à une affection de la glande lacrymale orbitaire ou à un néoplasme développé dans l'angle supéro-externe; l'exophtalmie en haut, à une affection du plancher de l'orbite ou des parties molles l'avoisinant.

Il ne faudrait pas croire que l'exophtalmie oblique soit nécessairement la conséquence d'une affection des parois orbitaires; les lésions des parties

molles, quand elles siègent latéralement, à quelque distance de l'axe orbitaire, poussent l'œil obliquement en dehors. Gayet<sup>1</sup> a vu un néoplasme, développé sur la gaine de l'élevateur de la paupière, produire un exorbitisme en bas, et nous croyons les faits de ce genre assez communs.

La direction de l'exophtalmie est donc d'un très grand secours dans le diagnostic du siège, lorsque cette exophtalmie est oblique; l'importance de cette direction est encore plus grande lorsqu'il s'agit d'une protrusion directe. Cette variété d'exophtalmie est la plupart du temps la conséquence d'une tumeur du nerf optique. L'œil est chassé en avant, quelquefois un peu en dehors et en haut, mais surtout en avant, par les néoplasmes de ce nerf, et il se produit en même temps des désordres papillaires et des troubles de la vision qui sont caractéristiques; mais il n'y a pas que les tumeurs du nerf optique qui puissent donner lieu à l'exophtalmie directe, celles qui se développent dans l'entonnoir musculaire produisent une protrusion très peu oblique; ces tumeurs sont assez rares; très rare aussi est l'hydropisie enkystée de la capsule de Tenon, qui entraîne une exophtalmie directe ressemblant, à s'y méprendre, à celle qui accompagne les tumeurs du nerf optique. Il n'en existe dans la science qu'un très petit nombre de cas, dont l'un nous est personnel.

En somme, l'exophtalmie directe accompagnée de troubles papillaires indique 9 fois sur 10 une tumeur du nerf optique; très exceptionnellement il s'agira d'une tumeur développée dans l'entonnoir musculaire: kyste hydatique, hydropisie enkystée de la bourse de Tenon, sarcome, etc., etc.

Lorsqu'on a ainsi, le mieux possible, étudié la question du siège, il reste à résoudre celle de la nature du néoplasme.

4<sup>e</sup> *Nature du néoplasme.* — La première question à élucider consiste à savoir si la tumeur est bénigne ou maligne.

Ici nous devons faire intervenir les données de la pathologie générale; la marche rapide de l'affection, les douleurs qu'elle entraîne, la chaleur qui se développe à son niveau, la vascularisation de la région

<sup>1</sup> GAYET, *Société française d'Ophthalmologie*, 1892, p. 261.

orbitaire, l'engorgement des ganglions, le mauvais état général du sujet indiquent une tumeur de mauvaise nature; les symptômes opposés à ceux-là servent à diagnostiquer une tumeur bénigne.

Chacune des tumeurs bénignes ou malignes s'accuse d'ailleurs par d'autres signes qui peuvent, même à l'époque où la tumeur n'est pas encore apparente, à la première période de l'affection, conduire au diagnostic.

Les tumeurs bénignes sont les kystes ou les collections liquides enkystées, les ostéomes, les fibromes et les tumeurs vasculaires; encore faut-il faire des réserves au sujet de celles-ci, car si elles sont bénignes en ce sens qu'elles ne se généralisent pas, elles sont dangereuses par les désordres locaux très graves qu'elles peuvent entraîner; les tumeurs malignes sont les différentes variétés de sarcomes et le carcinome.

Les unes et les autres de ces tumeurs ne peuvent être individuellement reconnues à la première période de l'affection, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe encore que de l'exophtalmie; pour faire un diagnostic précis, concernant la variété du néoplasme, il est à peu près nécessaire que ce néoplasme soit assez volumineux pour apparaître. Cependant les tumeurs du nerf optique, les collections enkystées ou les tumeurs qui se développent dans les tissus, et retentissent secondairement sur l'orbite, les tumeurs pulsatiles peuvent être reconnues, même lorsqu'elles ne sont pas apparentes, à l'aide de signes dont nous parlerons dans le paragraphe 2 de cette étude sur le diagnostic des tumeurs de l'orbite.

C'est surtout à cette période, c'est-à-dire avant que la tumeur apparaisse, qu'il pourra être utile, afin de parfaire le diagnostic, de pratiquer une ponction ou une incision exploratrices.

La ponction exploratrice sera faite à l'aide d'une assez fine aiguille en communication avec un appareil aspirateur.

Le point d'élection pour faire cette ponction est la partie externe et inférieure, mais si la tumeur paraît siéger dans un autre point, on peut ponctionner à son niveau sans difficulté, pourvu que la petite opération soit faite selon toutes les règles de l'asepsie. On prend naturellement un soin tout particulier pour éviter le globe de l'œil et le nerf optique.

Nous donnerons une idée des services que peut rendre la ponction

exploratrice en rapportant ici, d'après le *Compendium*, le fait suivant, de Blandin<sup>1</sup>.

Un homme s'était présenté avec une tumeur considérable de l'orbite, obscurément fluctuante et accompagnée d'une telle tuméfaction des paupières que le globe de l'œil était entièrement caché. L'aspect des parties et l'ensemble des désordres fonctionnels firent penser qu'il s'agissait d'un cancer, et l'on se préparait à vider l'orbite lorsque le malade parla pour la première fois d'une chute, faite quelque temps auparavant, et d'une blessure des paupières. Ce renseignement fit réfléchir le chirurgien, une ponction exploratrice fut pratiquée, ponction qui donna issue à une grande quantité de sang altéré, et l'affaissement des parties qui suivit cette évacuation permit de constater l'agglutination des deux paupières, c'est-à-dire l'existence d'un symblépharon derrière lequel s'était accumulé une masse de sang épanché. La séparation des paupières, avec un instrument tranchant, était le seul traitement indiqué.

L'incision exploratrice permettant d'introduire, profondément dans l'orbite, le doigt ou un instrument explorateur quelconque : stylet boutoné, sonde cannelée, stylet de Trouvé, etc., peut rendre aussi de très grands services ; elle sera pratiquée dans le cul-de-sac conjonctival à l'endroit le plus favorable, en ayant soin cependant d'éviter deux dangers : la section de l'élévateur de la paupière et celle du tendon du grand oblique.

L'antisepsie minutieuse permet d'ouvrir la cavité orbitaire et de la refermer sans inconvénient ; on pourra ainsi en faire une exploration suffisante pour établir le diagnostic nécessaire à une thérapeutique définitive. Il sera quelquefois possible de se rendre compte de la consistance, des rapports d'un néoplasme et même de sa nature, en en excisant un fragment qui sera étudié sous le microscope.

Il ne faudra pas compter cependant sur une exploration complète et facile de la région rétro-bulbaire ; l'œil, même en le réclinant sur l'un des côtés, tient une trop grande place à la base de l'orbite pour permettre de bien étudier la cavité, de sentir et de voir ce qui s'y trouve. On ne

<sup>1</sup> *Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 432.

manquera pas, pendant cette opération préliminaire, de se servir de l'éclairage artificiel (miroir frontal), qu'utilisent les rhinologistes, pour voir le moins mal possible dans l'étroit espace qui sépare, de la paroi orbitaire, l'œil récliné.

## § 2. — Exophtalmie avec tumeur apparente.

Lorsque la tumeur apparaît, l'exophtalmie passe au second plan ; c'est particulièrement l'étude du néoplasme et de ses divers caractères qui attire l'attention ; c'est alors surtout qu'il est possible de faire vraiment le diagnostic de la nature de ce néoplasme, de son siège, de son origine, de son volume et de ses rapports.

Nous passerons successivement en revue les signes majeurs des diverses espèces de tumeurs bénignes et malignes de l'orbite, c'est-à-dire les kystes, les tumeurs vasculaires, les ostéomes, les fibromes, les sarcomes.

**Kystes.** — Ils se présentent sous des aspects différents, selon qu'il s'agit des kystes congénitaux ou des kystes acquis.

a) Parmi les *kystes congénitaux*, il faut noter particulièrement les tumeurs dermoïdes, qui ont pour caractère spécial de siéger presque toujours en dedans, quelquefois en dehors, plus rarement en bas, d'être mobiles dans les parties molles, d'augmenter de volume au moment de la puberté, et d'être reliées au squelette par un tractus fibreux plus ou moins serré qui porte au kyste ses vaisseaux nourriciers. Les kystes séreux congénitaux s'accompagnent toujours de microphthalmie ; ils occupent de préférence la paroi interne et inférieure de l'orbite, car ils se développent le plus souvent aux dépens d'un bourgeon aberrant des voies lacrymales ; cette origine est cependant loin d'être constante, nous avons observé un kyste congénital qui n'était autre chose qu'un angiome dégénéré, présentant plusieurs poches pleines d'un liquide séreux, et il existe un assez grand nombre de kystes congénitaux dus à une malformation du globe oculaire (kystes colobomateux).

Le siège de l'affection constitue un excellent signe, très précieux pour le diagnostic; sous la peau de la paupière inférieure, distendue et bleutée par cette distension même, est placée la poche kystique en arrière et au-dessus de laquelle se trouve l'œil atrophié; la planche I et la figure 108 sont des exemples de cet aspect habituel et classique dans les kystes congénitaux. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et à côté de la figure 108, concernant un malade qui nous est personnel, nous plaçons ici une



FIG. 108. — Kyste séreux congénital avec microphthalmie.

figure de Buchanan<sup>4</sup> (fig. 109) se rapportant à un cas de microphthalmos avec développement kystique. On voit combien l'aspect de ce dernier cas diffère de l'aspect ordinaire. Notre fait représente la règle; celui de Buchanan, l'exception, et l'on sait en clinique le cas qu'il faut faire des exceptions.

La méningocèle et l'encéphalocèle sont caractérisées par leur siège à l'angle interne de l'orbite, leur réductibilité et la déformation osseuse qui les accompagne.

b) Les kystes acquis simples ou à entozoaires ont des caractères

<sup>4</sup> LESLIE BUCHANAN, A Case of microphthalmos with cystic development. *The Ophthalmic Review*, Novembre 1900.

assez remarquables pour permettre le diagnostic; les kystes sans entozoaires sont d'origine lacrymale et siègent, par conséquent, du côté de la glande; ils sont fort rares dans l'orbite, car le dacryops occupe presque toujours l'épaisseur de la paupière; à titre exceptionnel, on peut signaler des collections séreuses enkystées dans l'épaisseur de certains néoplasmes et même autour d'eux, ou des épanchements dans la capsule de



FIG. 109. — Kyste congénital et microphthalmie (BUCHANAN).

Tenon; mais, en clinique, il n'y a guère lieu de faire état des observations rarissimes qui ont été publiées. Le lecteur a trouvé dans cet ouvrage (p. 161 et 167) des observations personnelles concernant ce genre de collections enkystées. L'une d'entre elles consistait dans une hydropisie très accusée de la capsule de Tenon; l'œil était chassé en avant, comme dans les cas de tumeur du nerf optique, et c'est à ce dernier diagnostic que nous nous étions d'abord arrêté. L'opération montra que tous les symptômes observés, exophtalmie directe, diminution de l'acuité, immobilité relative du globe, etc., dépendaient de l'hydropisie ténonienne.

Les kystes hydatiques sont remarquables par leur volume, leur siège dans n'importe quelle partie de l'orbite, leur fluctuation manifeste, leur augmentation assez rapide.

La ponction exploratrice viendra rendre de grands services dans le diagnostic des diverses variétés de kystes ; elle peut être pratiquée hardiment, car elle ne présente aucun inconvénient, pourvu qu'on sache éviter le globe de l'œil et le nerf optique ; la présence du liquide et sa nature viendront confirmer le diagnostic ; on sait quelles particularités spéciales présente le liquide des kystes hydatiques et celui des kystes lacrymaux.

Les caractères du cysticerque peuvent le faire confondre avec le phlegmon circonscrit de l'orbite ou l'ostéo-périostite. Les commémoratifs, l'étiologie probable de l'affection mettront sur la bonne voie, d'autant plus difficile à trouver qu'en somme le cysticerque est, par sa présence, la cause d'un vrai phlegmon et même d'une périostite quand il s'est enkysté dans le voisinage du périoste. Le diagnostic en pareil cas ne se fait que pendant l'opération ou après, à l'examen direct de la pièce.

**Tumeurs vasculaires.** — Les tumeurs vasculaires *non pulsatiles* sont reconnaissables à leur couleur, à la lenteur de leur développement, à leur réductibilité ; les tumeurs veineuses de l'orbite présentent ceci de particulier qu'elles s'accompagnent d'une exophtalmie variable intermittente, faisant quelquefois place, dans certaines positions de la tête, à une véritable enophtalmie ; les veines gonflent et dégonflent, en effet, selon que l'individu incline la tête en avant ou en arrière, et que l'œil occupe dans l'orbite une position différente ; le diagnostic de varicocèle devient ainsi patent.

Les tumeurs *pulsatiles* de l'orbite sont d'un diagnostic facile. Tous leurs signes sont évidents : bruit perçu par le malade et l'observateur, pulsations isochrones au pouls, diminution de la tumeur par la compression de la carotide, etc. ; ces tumeurs sont la conséquence d'anévrysmes carotidiens développés dans le sinus caverneux ; à titre exceptionnel, il faut mentionner les anévrysmes de l'artère ophtalmique et les sarcomes pulsatiles, qui joignent aux signes des tumeurs vasculaires ceux des néoplasmes malins.

**Ostéomes.** — Ils se développent la plupart du temps dans le sinus frontal ou dans les anfractuosités ethmoïdales pour entrer secondairement dans l'orbite, après avoir quelquefois envahi la cavité crânienne elle-même. L'illumination des cavités de la face, selon la méthode des rhinologistes, la radiographie et la radioscopie permettront de préciser les rapports et l'origine de cette affection, sur la nature de laquelle il y aura, en général, peu d'hésitation.

Il faut signaler, comme pouvant conduire à une erreur de diagnostic, certaines tumeurs enkystées des cellules ethmoïdales, soulevant l'os planum, et venant ainsi faire saillie sur la face interne de l'orbite. Nous avons observé un petit malade de 12 ans qui portait ainsi, dans l'angle interne de l'œil, derrière l'os unguis, une tumeur dure comme de l'ivoire. Pendant longtemps nous la considérâmes comme un ostéome au début. Les progrès du mal démontrèrent qu'il s'agissait d'une collection kystique ethmoïdale. A côté des ostéomes à proprement parler, il faut signaler les faits d'hyperostose généralisée aboutissant à un épaissement souvent énorme des parois de l'orbite, épaissement simulant une tumeur et en produisant tous les symptômes. La ponction exploratrice sera dans ce cas une ressource précieuse.

**Fibromes.** — Les fibromes purs et les tumeurs fibro-plastiques sont lents dans leur développement, ce sont des néoplasmes durs ; quelques-uns même peuvent en imposer, par leur consistance, au point de faire croire à un ostéome ; ils tiennent le milieu entre les tumeurs bénignes et malignes de l'orbite, qui comprennent toutes les variétés de sarcomes et de carcinomes orbitaires.

**Lymphomes. — Carcinomes. — Sarcomes.** — Le *lymphadénome* ou *lymphome* de l'orbite a pour caractères principaux d'intéresser les deux côtés et de constituer ce qu'on a appelé les tumeurs symétriques de l'orbite ; elles coïncident la plupart du temps avec un état leucémique très prononcé, mais il faut bien savoir cependant que cette affection peut exister sans qu'il y ait augmentation de globules blancs dans le sang. On a alors affaire à la pseudo-leucémie ou adénie. Le lymphadénome

peut exceptionnellement être unilatéral. Rollet<sup>1</sup> a récemment publié une observation dans laquelle on remarquait cette particularité.

L'examen attentif du système ganglionnaire, de l'état général et du sang permettent presque toujours de préciser le diagnostic.

Le *carcinome* de l'orbite peut être la conséquence de l'infiltration, dans les parties profondes, d'un épithélioma conjonctival, ou se développer primitivement dans l'épithélium de la glande lacrymale principale. Ces deux variétés sont très rares. Il n'y a dans la science qu'un nombre infime de tumeurs de ce genre dans lesquelles l'examen histologique soit démonstratif. Il suffira donc ici d'en signaler l'existence.

Les *sarcomes* de l'orbite sont, au contraire, très communs et doivent nous arrêter assez longuement. Ils se développent, tantôt dans le périoste, tantôt dans les parties molles de l'orbite, tantôt primitivement dans l'œil, d'où ils sont sortis en détruisant les enveloppes. Ces derniers cas sont les plus communs. Ils sont reconnaissables à ce fait que l'œil a, depuis longtemps, présenté les signes d'une tumeur intra-oculaire; ce sont la plupart du temps des tumeurs mélaniques, remarquables par leur malignité. Ce sont aussi quelquefois des leuco-sarcomes choroïdiens ou des tumeurs de la rétine entraînant dans l'orbite la prolifération morbide qu'on désigne sous le nom d'exophtalmie fongueuse.

Les sarcomes développés dans le périoste orbitaire sont fréquents, notamment à la voûte de l'orbite; ils revêtent alors les caractères de l'ostéo-sarcome: l'os est douloureux et tuméfié, la région morbide est, tout autour de la tumeur, le siège d'un gonflement diffus, d'un empatement, à la surface duquel les vaisseaux sont augmentés de volume. Ces ostéo-sarcomes ont une marche très maligne, surtout chez les enfants; ils sont constitués par des cellules embryonnaires à développement rapide; à leur niveau la température locale est plus élevée que sur le côté opposé, pris comme point de comparaison; l'œil est de bonne heure entouré par les masses morbides et comme immobilisé au milieu d'elles; les muscles sont annexés et détruits par le néoplasme; les nerfs sont également détruits et avant de disparaître entraînent des douleurs qui sont

<sup>1</sup> ROLLET, *Revue générale d'ophtalmologie*, février 1903.

un bon signe de malignité dans la formation des tumeurs orbitaires.

Le sarcome qui se développe primitivement dans les parties molles prend sa source dans la gaine des muscles, dans celle du nerf optique, ou dans le tissu conjonctif du nerf lui-même. Parmi ces tumeurs, il n'y a que celles du nerf optique qui présentent des caractères spéciaux, exophtalmie directe, lésions de la papille, troubles visuels, apparition du néoplasme en haut et en dehors de l'œil.

Quand il n'est pas évident que la tumeur est née dans le nerf optique d'une part, et que d'autre part les parois orbitaires paraissent indemnes, il est bien difficile de reconnaître dans quelle partie molle elle s'est développée; la direction de l'exophtalmie, la paralysie de tel ou tel muscle peuvent seules, sur les rapports du néoplasme et son lieu d'origine, donner quelques renseignements précis.

On peut tirer une bonne indication, au sujet du siège de la tumeur, de l'état de la réfraction de l'œil; quand l'œil est aplati d'arrière en avant, il devient hypermétrope; latéralement, au contraire, il devient myope, et ce peut être là une donnée précieuse pour savoir de quel côté le globe a été le plus fortement comprimé.

La question des rapports du sarcome de l'orbite avec la paroi orbitaire est d'une importance capitale au point de vue du pronostic et du traitement. Il faut que le chirurgien fasse tous ses efforts pour reconnaître si les parois orbitaires sont intéressées par le néoplasme, soit que celui-ci y ait pris naissance, soit qu'il ait secondairement envahi le périoste et les os.

Le diagnostic de l'ostéo-sarcome orbitaire avec le sarcome des parties molles mérite donc une attention toute spéciale; il s'appuiera sur les données suivantes: la tumeur est d'un développement plus rapide dans le cas d'ostéo-sarcome; elle est visible aussitôt ou presque aussitôt que l'exophtalmie; en outre, tandis que dans les sarcomes des parties molles il se produit très rapidement des troubles de compression du côté des muscles, des nerfs sensitifs, moteurs et du nerf optique, dans l'ostéo-sarcome les phénomènes de compression sont tardifs et peuvent longtemps manquer.

En troisième lieu, le sarcome de l'orbite entraîne une exophtalmie plus



directe que latérale, tandis que l'ostéo-sarcome provoque surtout une déviation latérale, dans une direction variable selon le siège du mal; et cet exorbitisme latéral doit être pris, dans l'espèce, en très haute considération.



FIG. 110. — Ostéome de la paroi externe de l'orbite vu de face.

Mais il faut reconnaître que cette partie du diagnostic est malheureusement très difficile dans bon nombre de cas; la marche de l'affection, l'importance et la direction de l'exophtalmie, l'exploration directe du rebord orbitaire, avec les doigts introduits aussi profondément que possible, donneront souvent des renseignements insuffisants au point de vue de l'envahissement du squelette. La pénétration même dans la cavité crânienne n'est pas toujours facile à reconnaître; nous avons observé un malade dont la voûte orbitaire était défoncée depuis longtemps et qui ne présentait pas le moindre symptôme encéphalique.

et assez souvent, dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique, on a constaté que le nerf était dégénéré, jusqu'au delà du trou optique, sans avoir pu le reconnaître du vivant du malade.

La radiographie et la radioscopie sont susceptibles de rendre des services dans l'étude des rapports des néoplasmes orbitaires avec les cavités voisines, et sur ce point il y aura lieu de poursuivre les obser-

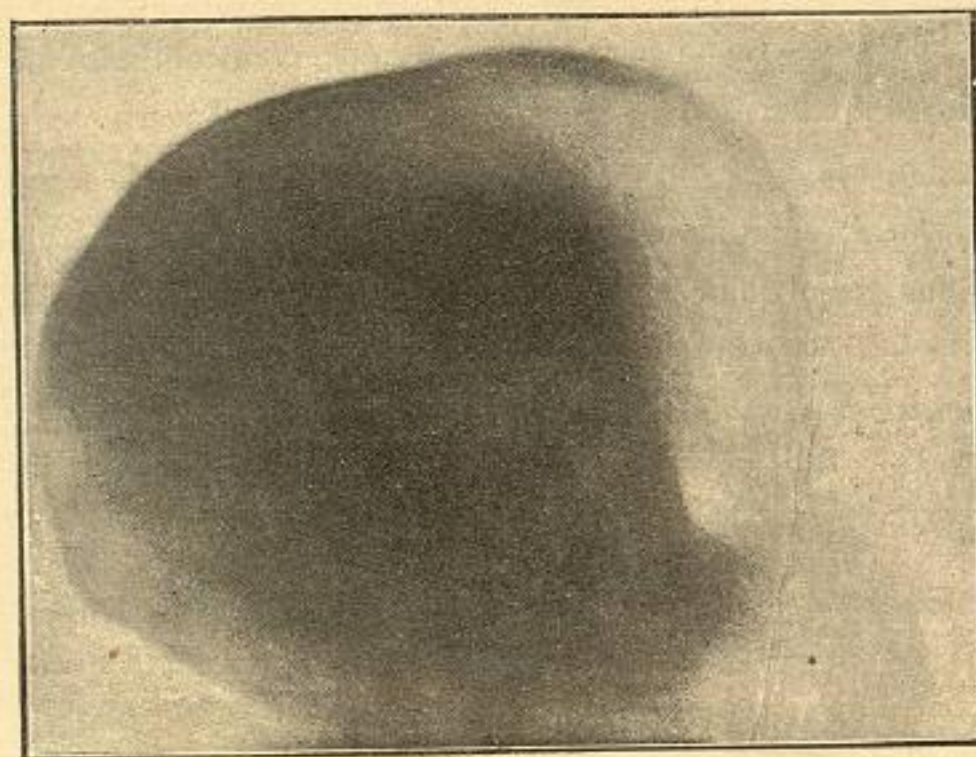


FIG. 111. — Ostéome de la paroi externe de l'orbite vu de profil.

vations; en ce qui concerne l'ostéome, on ne manquera pas d'avoir recours à ce mode d'investigation, qui, en pareil cas, donnera toujours des renseignements très précieux. Nous donnons ici deux radiographies assez démonstratives relatives à un ostéome de l'orbite (fig. 110 et 111).

Dans les autres néoplasmes orbitaires, les rayons Röntgen nous paraissent peu utilisables; cependant Franke<sup>1</sup> a dernièrement insisté sur ce moyen de diagnostic; il a montré à Heidelberg (août 1902) des radiographies de tumeurs orbitaires rétro-bulbaires. Mais nous pensons qu'en dehors des ostéomes les résultats fournis par la radiographie et la radioscopie sont encore peu encourageants.

<sup>1</sup> FRANKE, Sur le diagnostic et le traitement des affections rétro-bulbaires. *Société d'ophtalmologie d'Heidelberg*, août 1902.

Enfin, l'examen des fosses nasales, du pharynx, par tous les moyens ordinairement employés, y compris, et surtout, *l'illumination des cavités de la face*, devra être pratiqué attentivement, afin de faire connaître, autant que possible, les rapports de ces cavités avec le néoplasme orbitaire.

Malgré tout, dans bien des cas, le diagnostic restera incertain; Morax<sup>1</sup> a judicieusement insisté sur son extrême difficulté et il a, comme nous pourrions tous le faire, cité des observations où le diagnostic était presque impossible. Le chirurgien sera donc souvent obligé d'intervenir avec des renseignements très incomplets; en ce qui concerne les tumeurs bénignes, l'insuffisance du diagnostic n'a pas une grande importance, car l'intervention est toujours utile et généralement simple; l'inconvénient est plus grand pour les tumeurs malignes; dans ce dernier cas il est bien nécessaire de savoir avant d'intervenir si lesquelette est envahi, si la tumeur s'est propagée dans les cavités voisines, si en un mot le cas est vraiment opérable.

Quelquefois on a opéré des néoplasmes qui ne méritaient pas ce nom et relevaient simplement du traitement général. Une intéressante observation d'Hartridge<sup>2</sup> sera consultée utilement à ce sujet. Plus souvent on a tenté des opérations parfaitement inutiles, parce qu'on connaissait mal les limites des néoplasmes; il faudra, par tous les moyens, s'appliquer à les pénétrer, afin de ne soumettre au traitement chirurgical que les tumeurs malignes orbitaires qui peuvent être enlevées très complètement.

<sup>1</sup> MORAX, *Société française d'ophtalmologie*, 1903.

<sup>2</sup> HARTRIDGE, *Orbital tumours*. *The ophthalmic Review*, décembre 1899.

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT DES TUMEURS DE L'ORBITE

Le traitement médical des vraies tumeurs de l'orbite n'existe pas; il n'est applicable qu'aux pseudo-tumeurs, et c'est seulement dans les cas de diagnostic douteux qu'il sera permis de s'arrêter à la thérapeutique interne ou aux médicaments topiques. Nous avons donc à parler ici seulement du traitement chirurgical; celui-ci comprend un grand nombre d'opérations distinctes; nous les décrirons tout d'abord et nous dirons ensuite dans quels cas elles sont applicables. Le chapitre VI sera donc divisé en deux paragraphes :

- A. — Opérations applicables aux diverses tumeurs de l'orbite.
- B. — Indications particulières de chacune de ces opérations.

#### A. — OPÉRATIONS APPLICABLES AUX DIVERSES TUMEURS DE L'ORBITE

On peut intervenir pour une tumeur orbitaire dans trois conditions différentes : on peut enlever le néoplasme et conserver l'œil, enlever l'œil et une partie seulement de l'orbite, enfin exentérer complètement l'orbite. Ces diverses opérations présentent elles-mêmes des particularités que nous résumerons ainsi :

- 1<sup>o</sup> Ablation du néoplasme avec conservation de l'œil :
  - A. — A travers les parties molles.
  - B. — A travers une brèche osseuse.
- 2<sup>o</sup> Ablation du néoplasme avec l'œil et une partie de l'orbite.