

bite, cependant M. Rognetta en a observé un cas à la clinique de M. Roux.

Le mal s'offrait avec les apparences d'un squirre de l'orbite; sa nature ne fut reconnue qu'après l'extirpation de l'œil; il y avait exophtalmie et cécité complète.

Ces tumeurs se rapprochent surtout des tumeurs cancéreuses, dont elles offrent la plupart des symptômes. Elles forment des bosselures plus ou moins volumineuses qui soulèvent la conjonctive, et laissent voir une couleur noirâtre en tout semblable à celle du cancer mélané; cependant les douleurs paraissent être moins aiguës, moins lancinantes que dans cette dernière affection. Ajoutons aussi qu'elles ont moins de tendance à envahir les parties voisines, et qu'elles peuvent même rester dans un *statu quo* sans danger pour la vie du malade.

Leur *marche* est plus lente que celle du cancer, et leur *prognostic* beaucoup moins grave, comme on le voit.

DIAGNOSTIC. — Il présente d'assez grandes difficultés; cependant, en procédant par exclusion, dans un cas de ce genre, on arriverait, par les signes que nous avons indiqués, à séparer la tumeur mélanique de toutes les tumeurs liquides dans lesquelles on constate de la fluctuation, des tumeurs sanguines qui ont des phénomènes particuliers, et des tumeurs gazeuses crépitanes. La confusion ne pourrait exister qu'avec les autres tumeurs solides: parmi celles-ci, l'exostose et la périostose ont une dureté et une immobilité qu'on ne rencontre pas dans la mélanose; le lipome est mou, mobile, sans modification des téguments à sa surface. Resteraient donc les tumeurs malignes ou cancéreuses; or, entre ces deux ordres d'affections, dans l'état actuel de la science, il nous paraît difficile d'admettre qu'on puisse porter un diagnostic rigoureux.

TRAITEMENT. — Qu'il y ait simple tumeur mélanique ou tumeur maligne, le chirurgien se conduira d'après les principes que nous avons énoncés en parlant des tumeurs en général. S'il y a une exophtalmie considérable, des douleurs intenses et incessantes; en un mot, si les symptômes sont assez graves pour altérer la santé du malade, on aura recours à l'extirpation; sinon, on essaiera les moyens employés en pareil cas, tels que la compression, les pommades résolutives, les médicaments altérants à l'intérieur, etc.

## ARTICLE XII.

## TUMEURS KYSTEUSES.

Ces tumeurs sont de deux espèces, les *tumeurs enkystées* et les *kystes* proprement dits.

Les premières comprennent les tumeurs *fibro-plastiques* ou athéromateuses (Lebert), dont nous ne connaissons pas d'exemple dans l'orbite, et certains cancers que nous décrirons plus loin.

Les secondes, les kystes, vont seules nous occuper ici.

Les kystes de l'orbite sont certainement les tumeurs qu'on observe le plus fréquemment dans cette région. Les produits variés qu'ils renferment les ont fait désigner par les noms de *kystes hydatiques*, *kystes séreux*, *kystes mélancériques*, *kystes purulents* (abcès enkystés, gomme syphilitique), et *kystes stéatomateux*, etc. Il paraît prouvé que la substance qu'ils contiennent est un produit de sécrétion de la membrane d'enveloppe; membrane qui, suivant M. Gendrin (*Hist. anat. de l'inflammation*), serait un organe de nouvelle formation capable de s'enflammer à la manière des organes analogues de l'économie.

La physiologie pathologique démontre qu'il peut naître accidentellement dans leur intérieur des organes dentaires ou pileux (1). Barnes (2) (*Case of a double enkysted tumour in the orbit, containing a tooth*) a vu une tumeur congénitale située derrière la paupière inférieure, tumeur composée de deux kystes, dont l'un était garni à sa face interne et externe d'une masse calcaire inégale; l'autre, plus grand, renfermait un liquide laiteux, une substance jaune coagulée et *une dent* au collet de laquelle s'était insérée une partie du sac, et dont la racine était liée au plancher de l'orbite par un canal distinct qui sortait du kyste et renfermait des vaisseaux particuliers.

La face externe de ces tumeurs est cellulaire et généralement peu adhérente aux parties voisines, tandis que la face interne est lisse, serrée, et plus ou moins anfractueuse.

Le *siège* précis des kystes est important à connaître, car suivant les différents rapports qu'ils affecteront avec les parties environnantes, on pourra être conduit à pratiquer l'opération d'une

(1) Voy. l'observation de M. Kerst, *Annal. ocul.*, t. XII, p. 41.

(2) Voy. Barnes, *Medico-chir. transactions*, vol. IV, p. 318-24. London, 1819.

certaine façon et non pas d'une autre, dans le but de ménager telle ou telle partie importante aux fonctions de l'appareil de la vision. Ils naissent tantôt du périoste, tantôt du bulbe, des muscles, des nerfs ou de plusieurs parties à la fois. Delpech (*Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II, p. 505) décrit une tumeur enkystée de l'orbite qui donna lieu à la mort, et qu'on a trouvée saillante dans la cavité crânienne à travers le trou optique considérablement dilaté.

La glande lacrymale et la caroncule peuvent aussi être le siège de kystes; on trouvera leur description aux maladies de ces organes.

Quoique situées dans l'orbite, ces tumeurs peuvent avoir quelquefois une origine assez éloignée, telle que les sinus frontaux sous-maxillaires, la cavité nasale, la boîte crânienne, etc. Dans ces cas, on en soupçonnera le point de départ par les symptômes qui sont propres aux maladies de ces régions.

Voici quelques exemples de ces origines éloignées :

La *Gazette médicale* (année 1838, p. 775) publie l'observation suivante de M. Riberi, où l'on décrit une tumeur enkystée de l'orbite ayant son origine au sinus frontal.

*Tumeur enkystée de l'orbite ayant son origine au sinus frontal.*

« Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans, douée d'une bonne constitution, qui s'était toujours bien portée jusqu'à quarante-deux ans. Depuis cette époque, bronchite grave, suppression des menstrues, palpitations et dyspnée, inflammation et suppuration du sinus frontal gauche. Trois mois après, une tumeur fluctuante du volume d'une noisette se manifesta à la partie interne de l'orbite, et au bout d'une année occupa la moitié de cette cavité. La communication du sinus et de la narine est libre.

« Le chirurgien pratique une incision semi-circulaire s'étendant de l'angle interne de la paupière inférieure au milieu de ce voile membraneux. Le doigt, introduit dans le foyer, a reconnu ses limites et le trou de communication avec le sinus; ce trou était profondément situé à la partie interne de la paroi supérieure de l'orbite, derrière l'apophyse orbitaire interne de l'os frontal. Aucune trace de carie autour de cette ouverture, qui se convertit bientôt en fistule.

« Un mois et demi après, cette fistule persistait encore malgré

divers moyens employés. M. Riberi, pensant qu'il y a stagnation du pus à cause du manque de déclivité du foyer, lui ouvre une nouvelle voie en enfonçant la lame carrée de l'ethmoïde avec la gouge et le marteau. La brèche est assez large pour y laisser passer le doigt annulaire. Le canal lacrymal osseux a été respecté. Dès lors le pus coule librement, les parois de l'abcès se rapprochent, et l'ouverture extérieure se ferme vingt-quatre jours après. L'air passait de la narine dans le fond de l'orbite et y produisait une sorte d'écho. La compression et le temps ont complété la cure; l'œil et les voies lacrymales sont restés intacts. »

Mackenzie (*loc. cit.*, p. 48) cite, d'après le professeur Langenbeck, deux cas de kystes du sinus frontal qui, comprimant l'orbite, pouvaient faire croire à une tumeur de cette cavité.

Dans le premier, il s'agit d'une fille de dix-sept ans qui, ayant fait une chute dans laquelle la région temporale droite porta sur l'angle d'une table, vit une tumeur se développer dans la région du sinus frontal. Quand la malade fut présentée à l'hôpital de Göttingue, les symptômes étaient les suivants : « Le bord orbitaire de l'os frontal, le globe et l'orbite étaient comprimés de haut en bas, l'œil était couvert par les paupières et n'était pas chassé hors de l'orbite, de sorte qu'il n'y avait pas, à proprement parler, exophthalmos; mais plutôt l'orbite, conjointement avec l'œil, était poussé en avant, en dehors et en bas, de telle sorte que l'œil était au niveau de la pointe du nez. Le globe oculaire jouissait à peine d'un léger mouvement vers le nez; il n'était pas atrophié, mais amaurotique. » La tumeur fut ouverte par une perforation du sinus; on trouva un kyste contenant un liquide clair et visqueux.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de charrue âgé de vingt ans qui reçut à neuf ans un coup de raquette sur le nez et l'œil du côté gauche. « Lorsque le malade vint à l'hôpital, Langenbeck trouva le globe de l'œil de forme naturelle, la vision intacte et la pupille très mobile. Cependant l'œil était poussé en dehors et en bas par une tumeur considérable de l'angle interne. Comme aucune couche osseuse ne recouvrait la tumeur, qui était molle et fluctuante, il n'était pas aisé de porter un jugement exact sur son siège. Cependant comme elle s'étendait de bas en haut vers le sinus frontal, Langenbeck en conclut que cette cavité était le siège de la maladie. La tumeur ayant été ouverte largement, il fut constaté qu'il existait un kyste qui avait débuté par le sinus et était des-

cendu le long du côté de la narine. Un sac fermé, distinct de la membrane du sinus, contenait une matière tenace d'un blanc grisâtre. »

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Nous pouvons résumer ainsi ces symptômes : Exorbitisme et ses conséquences (c'est-à-dire diplopie ou ambliopie, photophobie, ectropion, épiphora, ulcération, douleur), présence d'une tumeur préoculaire, saillante sous la paupière, appréciable à la vue et au toucher, rénitente, fluctuante, quelquefois accompagnée d'un sentiment de distension plus ou moins incommode et de trouble de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité.

D'après Schwartz, cité par Himly, dans certains cas, les kystes de l'orbite pourraient se rompre d'eux-mêmes ou par une violence intérieure, puis passer à la suppuration et s'éliminer. D'autres fois, le kyste peut contracter des adhérences solides avec les surfaces osseuses voisines, les parties molles peuvent être refoulées et atrophiées. Il arrive que l'œil, refoulé par le kyste, glisse sur lui sans lui imprimer le moindre déplacement; ou bien la tumeur contracte des adhérences avec la sclérotique, suit les mouvements du globe oculaire, et simule une tumeur de l'organe oculaire.

Les désordres causés par les kystes ne s'arrêtent pas toujours là; s'ils atteignent un volume considérable, ils peuvent élargir l'orbite et en déplacer les parois. On a vu un kyste de l'orbite pénétrer dans le crâne par le trou optique et venir couvrir la face inférieure du lobe cérébral dans l'étendue de trois pouces, comme dans le fait de Delpech, cité précédemment. Enfin, Auguste Bérard (1) a rencontré la paroi orbitaire supérieure altérée et en partie détruite par la pression d'une tumeur semblable, de telle sorte qu'à la longue une communication pouvait s'établir entre le crâne et l'orbite.

Voici plusieurs variétés de kystes de l'orbite rapportées par Mackenzie (*loc. cit.*, p. 247).

1° *Tumeur enkystée offrant trois cavités.* — « Une jeune fille de douze ans portait au-dessous du globe de l'œil une tumeur qui tournait la pupille en haut et faisait faire à la paupière inférieure une saillie de plus d'un demi-pouce. La tumeur s'étendait vers la joue dans l'étendue d'un pouce. Saint-Yves divisa la peau et le muscle orbiculaire par une incision semi-lunaire qui s'étendait dans toute la longueur de la tumeur; ensuite, il la saisit avec une

(1) *Recherches pratiques sur les tumeurs enkystées de l'orbite.* — *Annal. d'ocul.*, t. XII, p. 238.

érigne, la sépara de ses attaches avec un bistouri et l'enleva. Après treize jours la plaie était cicatrisée. L'œil rentra dans sa place et recouvra la vision. La tumeur présentait trois cavités : celle qui était voisine de la peau contenait un liquide purulent; la seconde était remplie par une matière plus épaisse, en partie calcaire, et la troisième renfermait une matière semblable à du blanc d'œuf. »

2° *Kyste de l'orbite compliqué de symblépharon.* — « L'œil d'un homme de vingt-neuf ans était refoulé en bas et en dedans par une tumeur qui occupait le côté supérieur et externe de l'orbite. La tumeur offrait de la fluctuation et formait une grande saillie. Consécutivement à une inflammation antérieure, la cornée était opaque et les paupières étaient unies au globe de l'œil. Le professeur Langenbeck divisa la paupière supérieure sur la tumeur qui, mise à découvert, se présenta aussitôt sous la forme d'un kyste luisant et transparent qu'il retira parfaitement entier. Ce kyste avait environ le volume d'un œuf de pigeon et était rempli d'un liquide. Les bords de la plaie furent réunis, et après la cicatrisation on divisa les adhérences morbides des paupières avec le globe de l'œil, de sorte que cet organe recouvra sa position naturelle et ses fonctions. »

3° *Kyste stéatomateux de l'œil gauche.* — « Une femme de quarante ans environ fut admise à l'hôpital de Gottingue pour une procidence de l'œil gauche, qui en même temps était comprimé en haut et en dedans. Le pli inférieur de la conjonctive était soulevé par une tumeur dure qui refoulait en bas la paupière inférieure et entourait le globe de l'œil de l'angle interne à l'angle externe, et de ce point au bord supérieur de l'orbite. Cette tumeur était un peu mobile et pouvait être entourée par les doigts. L'œil proéminent avait un aspect normal, la pupille était régulière, et l'iris se dilatait et se contractait; mais la vision était nulle. Après l'opération, on reconnut que c'était une tumeur stéatomateuse. L'œil rentra graduellement, la faculté de voir se rétablit complètement, et la difformité fut dissipée. »

Enfin, je terminerai ces citations par l'observation suivante des *Annales d'oculistique* (t. XII, p. 41) :

*Tumeur enkystée de l'orbite renfermant des poils.* — Cette tumeur, située à côté de la glande lacrymale, au côté externe de la paupière supérieure droite, prenait sa racine assez profondément

dans l'orbite. Elle était sphérique, du volume d'un marron, et contenait de la matière ressemblant à du pus coagulé, ainsi qu'une infinité de petits poils ayant beaucoup de ressemblance avec les cils. Elle fut enlevée en totalité.

DIAGNOSTIC. — Les kystes se distinguent des tumeurs inflammatoires par l'absence totale de phénomènes généraux ainsi que par leur marche extrêmement lente et leur longue durée. Cependant, certains abcès à marche chronique, comme ceux qui sont symptomatiques de périostite ou d'affections du tissu osseux, pourraient aisément simuler la présence d'un kyste. La forme de la tumeur, sa fluctuation et les phénomènes physiologiques exercés sur l'œil sont identiques dans les deux cas; cependant, s'il s'agit d'un kyste, la tumeur restera stationnaire ou bien son développement sera extrêmement lent, et si c'est un abcès, après un temps moins long, on verra les téguments s'altérer, s'amincir, et le pus se faire jour spontanément.

L'*exostose* et la *périostose* constituant des tumeurs dures, ne seront pas confondues avec les kystes, à moins qu'elles ne siègent dans un point de l'orbite incapable d'être exploré par les sens du chirurgien.

Le *lipome* est une affection rare; néanmoins il peut s'en rencontrer dans cette région. Quoique solide, cette tumeur peut simuler la fluctuation du kyste; dans certains cas, la ponction exploratrice pourra seule résoudre la difficulté.

Les *tumeurs érectiles* seront facilement reconnues, puisqu'elles envoient le plus souvent des prolongements jusqu'aux paupières, et qu'il est de leur nature d'éprouver des phénomènes intimement liés à la circulation.

Enfin, les tumeurs cancéreuses elles-mêmes peuvent, dans certains cas, être difficilement différenciées des kystes, soit à cause de leur ramollissement, soit à cause de leur forme et de leur développement. Mais l'altération profonde des organes de l'orbite qui se rencontre lorsque ces tumeurs ont fait assez de progrès pour devenir superficielles, les douleurs caractéristiques qui les accompagnent, et l'état cachectique général concomitant, sont autant de signes différentiels.

TRAITEMENT. — Quelle que soit la méthode qu'on emploie pour la guérison des kystes, à part l'ablation, il sera bon de débiter

par une ponction exploratrice. On s'assurera ainsi de la nature de la tumeur; cependant, si le kyste est multiloculaire, il pourra se faire que le liquide d'une cellule soit seul évacué et qu'une partie de la tumeur persiste après; dans un autre cas, il pourra arriver que le kyste précède une tumeur cancéreuse. (Observation de Told et d'A. Bérard, *loc. cit.*, t. XIII, p. 257.) Enfin, une petite tumeur lipomateuse peut être située en avant d'un kyste; la ponction la divisera sans faire sortir du liquide, et celui-ci ne sera reconnu qu'après l'ablation de cette tumeur. La ponction exploratrice, comme on vient de le voir, ne lève donc pas toutes les difficultés.

Je suppose que le siège et la nature de la tumeur soient parfaitement établis, à quel procédé opératoire aura-t-on recours? Si elle est d'un petit volume et peu adhérente aux parties environnantes, on pourra en faire l'ablation, soit en l'énucléant, soit en la disséquant. Dans ce cas, on aura soin de faire l'incision assez éloignée des paupières, comme nous l'avons indiqué précédemment pour l'ouverture des abcès de cette région, afin d'éviter les déformations cicatricielles.

Si, au contraire, la tumeur est volumineuse, après avoir vidé le kyste par une ponction préalable, on pourra provoquer l'inflammation de sa membrane interne, soit en laissant dans son intérieur une canule à demeure, comme l'a fait avec succès A. Bérard, soit en injectant des liquides irritants, tels que du vin, de la teinture iodée, etc., ou bien encore en introduisant une mèche de charpie.

Cependant, si le kyste était multiloculaire, s'il contenait des hydatides, ou si l'on craignait de trouver derrière lui des productions cancéreuses, il faudrait avoir recours à d'autres méthodes, telles que l'*incision* et l'*excision*. La première consiste à ouvrir largement le kyste, faire écouler le liquide, puis mettre de la charpie dans le fond de la cavité pour la faire suppurer. Dans la seconde, après avoir pratiqué l'incision, on prend des parois du kyste tout ce que l'on peut saisir, et à l'aide de ciseaux, on en pratique l'excision.