Il récidive sur place après ablation, et bien que considéré comme d'un pronostic moins grave que les autres formes, donne assez souvent lieu à la généralisation. Le sarcome à cellules rondes, plus commun chez les enfants, évolue avec une grande rapidité et est d'un pronostic plus grave.

b. *Myxo-sarcome.* — Cette forme est plus rare que la précédente. Berlin en cite 9 observations, dont 3 chez des enfants de moins de dix ans. Elle est caractérisée par la mollesse plus grande du tissu, par une infiltration plus marquée de liquide et un aspect plus ou moins gélatineux. La consistance de la tumeur est souvent pseudo-fluctuante. L'accroissement est rapide et s'accompagne de douleurs violentes. Malgré un cas de Quaglino, dans lequel la tumeur enlevée n'avait pas récidivé au bout de quatre ans, c'est une tumeur essentiellement maligne (observations de Letulle, de Horner de Novatk, citées par Chauvel).

c. *Cylindrome.* — La structure du cylindrome est alvéolaire et se rapproche de celle du carcinome (Sattler). Il naît souvent du périoste ou du voisinage de la glande lacrymale, récidive surtout sur place, mais pénètre parfois dans la cavité crânienne. Cependant on cite l'exemple d'un opéré de Billroth qui est resté guéri pendant trois ans.

d. *Sarcome plexiforme.* — C'est une variété extrêmement rare dont Berlin n'a trouvé que deux observations. L'une appartient à Alexander et dans ce fait, la tumeur développée au voisinage de la glande lacrymale était bilatérale, caractère qui appartient, comme nous l'avons vu, essentiellement au lymphadénome. L'autre observation est de Czerny.

e. *Mélano-sarcome.* — C'est la plus grave des formes du sarcome. Le mélano-sarcome est le plus souvent secondaire et succède au développement du sarcome mélanique de l'œil né de la choroïde. Toutefois Berlin en a trouvé deux cas, dans lesquels le développement s'est fait en dehors de l'œil (observations de Giraldès et de Virchow). D'après de Wecker, le mélano-sarcome naîtrait alors du périoste. Lorsque le mélano-sarcome s'est développé en dehors du globe oculaire, le pigment auquel il doit sa coloration est d'origine hématique.

Il peut être confondu avec l'angiome caverneux dans l'épaisseur duquel des épanchements sanguins subissent quelquefois une altération particulière qui leur donne l'apparence mélanique.

Le mélano-sarcome récidive sur place et se généralise rapidement. Il présente tous les caractères de la malignité. L'envahissement de l'économie se traduit par la présence du pigment dans les sécrétions bronchiques, dans l'urine, dans le sang.

Étiologie. — Nous avons signalé la grande fréquence du sarcome, comparée à celle des autres tumeurs solides de l'orbite. Il se développe à tous les âges et, si l'on excepte le myxo-sarcome, est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. On signale la plus grande fréquence de ces tumeurs dans le sexe féminin, et l'on sait aujourd'hui que le traumatisme a une influence manifeste sur le développement du sarcome des autres régions. On devra donc désormais rechercher cette cause dans l'étiologie des sarcomes orbitaires.

Symptômes. — Au début, la tumeur, si elle a pris naissance dans la profondeur de l'orbite, ne se révèle que par des signes très vagues. Mais bientôt survient la protrusion directe de l'œil ou sa déviation vers un des angles de l'orbite. Enfin dans une troisième phase, la tumeur est appréciable extérieurement. Elle refoule la peau des paupières ou les culs-de-sac conjonctivaux. Elle est arrondie, lisse, souvent lobulée, donne au doigt la sensation d'une élasticité molle ou même d'une fausse fluctuation. Certaines formes présentent une consistance plus grande qui peut aller jusqu'à la dureté du fibrome. Dans quelques cas, on a vu la tumeur soulevée par les pulsations artérielles présenter des battements qu'arrêtait la compression de la carotide primitive.

Marche. — Si la tumeur est abandonnée à elle-même, au bout d'un temps variable, on voit la peau ou la conjonctive qu'elle soulève y adhérer, puis se perforer. Les paupières sont rouges, vascularisées. Bientôt, la tumeur s'ulcère, forme des bourgeons rougeâtres ou d'aspect charnu, fongueux, qui saignent facilement et donnent lieu à un suintement plus ou moins abondant. Les douleurs sont vives. Enfin l'œil, repoussé en avant et latéralement, est bientôt détruit; des hémorragies surviennent; la cachexie se prononce et la mort arrive, par épuisement ou par suite d'accidents cérébraux dus à la pénétration du néoplasme dans le crâne.

Diagnostic. — C'est avec les kystes surtout que le sarcome orbitaire peut être confondu et il faut reconnaître qu'à la période où se pose généralement la question du diagnostic, elle est très difficile à résoudre. Certains kystes, en effet, n'ont qu'une fluctuation obscure en raison de l'épaisseur de leurs parois et certains sarcomes, le myxo-sarcome surtout, présentent une mollesse presque fluctuante. L'absence d'engorgement ganglionnaire ne peut être invoquée comme preuve de la bénignité complète, car l'adénopathie se montre tardivement dans le sarcome, bien que la rareté en ait été, ainsi que le fait remarquer Chauvel, manifestement exagérée.

La distinction des différentes variétés de sarcome est presque impossible à établir avant l'ablation. Le mélano-sarcome seul se reconnaît à sa teinte noirâtre ou bleuâtre, lorsque la peau est amincie ou quand il fait saillie sous la conjonctive. A une période plus avancée, la présence dans les crachats, dans l'urine, dans le sang même, de granulations pigmentaires, signalées par Nepveu, ne laisse plus de doutes.

Pronostic. — Il est grave. Sur 22 observations réunies par Chauvel, il y a eu 18 récidives après ablation et la guérison la plus ancienne dans les quatre autres cas ne remontait qu'à deux ans.

Les récidives, il est vrai, se font le plus souvent sur place et de nouvelles ablations sont possibles. Letenneur a opéré un de ses malades sept fois en douze ans. Mais, à un moment ou à l'autre, la propagation à l'intérieur du crâne se fait par la dure-mère ou par la destruction de la voûte orbitaire. D'autres fois, des tumeurs secondaires indépendantes apparaissent dans le cerveau.

Traitement. — En présence d'un sarcome bien limité, l'intervention chirurgicale est légitime. Si la tumeur est entourée d'une atmosphère celluleuse, l'ablation en est facile et peut être complètement effectuée. Mais bien souvent on trouve des prolongements vers le sommet de l'orbite, entre les muscles de l'œil. Dans ces cas, que malheureusement on ne peut prévoir, l'ablation a bien des chances d'être suivie de récidive rapide. Il est souvent nécessaire de sacrifier l'œil. Lorsque la vision est abolie, ce sacrifice est sans importance. Dans le cas

où la vision persiste encore, le chirurgien doit tout tenter avant de se résoudre à enlever le globe oculaire.

L'exentération totale de l'orbite est le seul moyen qui permette d'espérer une guérison définitive. Elle a donné à Combalat (*Revue de chirurgie*, 1892) un succès, après repullulation, succès qui au bout de sept années s'était maintenu. C'est malheureusement un cas exceptionnel.

Le mélano-sarcome est rarement reconnu assez tôt pour que l'ablation en soit indiquée. Dès que l'infection générale, si fréquente dans cette forme est manifeste, toute intervention est contre-indiquée.

Épithélioma. — L'existence de l'épithélioma primitif de l'orbite n'est pas démontrée. Knapp, cependant, paraît en avoir observé un cas. Dans presque toutes les observations connues, le néoplasme a débuté par les paupières, par la glande lacrymale ou par les enveloppes de l'œil. Nous l'avons vu, dans un cas, consécutif à un épithélioma de la conjonctive, qui, au moment de la première ablation, n'avait pas le volume d'une lentille.

Demarquay admet comme possible la dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'orbite.

Chauvel rapproche de l'épithélioma un cas de tumeur orbitaire avec prolongements dans l'intérieur du crâne, enlevée en 1854 par Nélaton, et considérée par Ch. Robin comme une tumeur hétéradénique.

Carcinome. — De même que l'épithélioma, le carcinome de l'orbite est presque toujours secondaire, et Berlin nie l'existence du carcinome primitif. Mackenzie décrivait le chloroma, le squirrhe, le fongus hématode et la mélanose. Demarquay admet encore le squirrhe, l'encéphaloïde et la mélanose. Suivant Follin (Follin et Duplay, *Traité de pathologie externe*, IV, p. 602), le carcinome primitif ne serait pas très rare et il aurait trouvé le globe oculaire intact au milieu de tumeurs auxquelles il semblait avoir donné naissance.

Quelques observations ont été publiées comme des exemples de carcinome de l'orbite par Dolbeau et Robin (1855), Guersant (1855), Spencer Watson (1869), Schwartz (1874), Robertson, Nettleship (1878), Samelsohn (1879). On ne peut donc nier le carcinome de l'orbite.

On a noté dans quelques cas l'influence d'un traumatisme antérieur. Le jeune âge est considéré aussi comme une cause prédisposante. En dehors de cela, on ne sait rien sur l'étiologie du carcinome orbitaire.

Les douleurs profondes et irradiées, les troubles visuels au début, plus tard l'apparition d'une tumeur plus ou moins bosselée et dure, rapidement envahissante, tels sont les signes les plus caractéristiques du cancer de l'orbite. Ils sont loin, comme on voit, d'être pathognomoniques. L'adénopathie est plus précoce que dans le sarcome, auquel le carcinome ressemble beaucoup.

Il est difficile de s'expliquer les intermittences signalées par Sichel, Dupuytren et Maisonneuve dans la marche des cancers observés par eux.

Les pulsations, le souffle entendu à l'auscultation par Lenoir (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, II, p. 61 et 84) et par Nunneley (*Medico-chir. Trans.*, XLVIII, p. 15), dans leurs observations, montrent que le cancer orbitaire peut présenter les signes des tumeurs pulsatiles et, de fait, la confusion entre les deux sortes de tumeurs a été plus d'une fois commise.

D'après Lebert, la durée du cancer de l'orbite ne dépasse pas un an et demi ou deux ans.

Le *pronostic* est des plus graves. Les récidives ont lieu presque fatalement après l'ablation, soit par reproduction du néoplasme au fond de l'orbite et envahissement des os et des cavités voisines, soit par apparition de tumeurs secondaires dans d'autres régions. La mort survient par les progrès de la cachexie, par hémorragie ou par accidents du côté des méninges. Ces derniers cependant sont, dans certains cas, plus lents à se développer qu'on ne pourrait croire, et le cerveau est parfois mis à nu sur une large étendue avant qu'ils éclatent.

Ce qui a été dit pour le *traitement* du sarcome s'applique à celui du carcinome, avec cette restriction que l'intervention chirurgicale a moins de chance encore d'arrêter le mal.

b. — *TUMEURS KYSTIQUES DE L'ORBITE*

Parmi les tumeurs de l'orbite, les kystes forment un groupe extrêmement variable comme nature et comme origine, mais qu'il est néanmoins nécessaire de conserver, bien qu'une bonne classification n'en puisse encore être donnée.

Nous admettons la division des kystes orbitaires en *kystes congénitaux* ou par malformation, et en kystes acquis ou *accidentels*.

1° KYSTES CONGÉNITAUX

Des tumeurs kystiques de l'orbite de nature variée se voient au moment de la naissance et attirent immédiatement l'attention par la difformité qu'elles déterminent. Mais un certain nombre d'entre elles, bien qu'ayant une origine congénitale, restent longtemps latentes, et ne se révèlent que plus tard, spécialement vers l'époque de la puberté. D'après Berlin, sur 100 tumeurs de ce genre, 82 sont observées avant la vingtième année.

Panas a communiqué à l'Académie de médecine en 1886 une observation de kyste congénital de l'orbite, et, analysant ce fait, a cherché à établir l'origine des tumeurs kystiques congénitales de cette cavité. D'après lui, toutes ces tumeurs doivent être rangées en deux classes : les kystes *dermoïdes* résultant d'un enclavement du tégument externe, et les kystes *mucoïdes* produits par l'enclavement de la pituitaire.

Nous décrivons comme kystes congénitaux : 1° les tératomes ; 2° les méningo-encéphalocèles ; 3° les kystes dermoïdes.

Tératomes. — Ce sont les kystes que de Wecker décrit sous le nom de kystes *congénitaux avec microphtalmie ou anophtalmie*. Talko en a réuni six cas, mais ce sont en réalité des tumeurs d'une extrême rareté.

Elles coïncident avec des malformations considérables de l'œil et du contenu de la cavité orbitaire ou de ses parois. La tumeur kystique fait habituellement saillie sous la paupière inférieure sous forme de vésicules bleuâtres et s'enfonce plus ou moins dans l'orbite. Elle participe aux mouvements de l'œil, quand celui-ci existe, et son contenu ne présente pas la composition du liquide céphalo-rachidien, mais est analogue à l'humeur aqueuse.

Les auteurs qui ont observé ces kystes congénitaux ont émis des hypothèses très diverses sur leur mode de formation. Talko pense que ce sont des kystes dermoïdes, développés indépendamment de l'œil. Manz leur attribue pour ori-

gine la sclérotique, entre les couches dissociées de laquelle ils prendraient naissance. Hoyer (de Varsovie) avait cru pouvoir expliquer leur formation par l'enclavement de la partie supérieure du sac lacrymal dans la fourche lacrymale en voie de soudure; nous verrons plus loin, au chapitre des *kystes séreux* de l'orbite, que cette hypothèse a été développée de nouveau par Panas, avec preuves anatomiques à l'appui.

De ces kystes congénitaux il faut rapprocher le cas jusqu'ici unique, publié par Broër et Weigert dans les *Archives de Virchow*, 1876, LXVIII, p. 518. La tumeur kystique à loges multiples renfermait des masses épidermiques, des os, des cartilages et une anse intestinale. C'était un exemple très net d'inclusion fœtale analogue à celle que l'on observe dans le testicule.

Encéphalocèles. — Méningocèles. — Bien que nées en dehors de l'orbite, les tumeurs formées par une hernie des méninges et de l'écorce cérébrale simulent parfois les tumeurs nées dans la cavité elle-même.

L'absence de l'oblitération de la première fente branchiale explique leur fréquence à l'angle supéro-interne de l'orbite et dans la région du canal lacrymo-nasal. Le canal osseux qui livre passage à la tumeur est de dimension extrêmement variable. Il est situé entre le frontal, l'apophyse montante du maxillaire et l'os planum. L'absence de l'os unguis n'est pas rare (Ripoll). Masgana a vu la perforation osseuse siéger à la voûte de l'orbite. Œttingen a rapporté un cas semblable. Heinecke a observé la pénétration de l'encéphalocèle dans l'orbite par la fente sphénoïdale. Enfin l'on cite le cas autrefois rapporté par Delpech, dans lequel la pénétration avait lieu par le trou optique élargi. Mais souvent la perforation est en grande partie comblée et l'examen cadavérique même peut laisser des doutes sur l'origine intra-crânienne.

La tumeur est formée extérieurement par la dure-mère et les méninges. Dans bien des cas toute trace de substance cérébrale a disparu. La cavité, de grandeur très variable, est remplie par un liquide en communication avec le liquide sous-arachnoïdien. Parfois la communication est oblitérée et l'épaisseur des parois assez grande pour que la tumeur semble presque solide.

Le volume de l'encéphalocèle est extrêmement variable, depuis celui d'un pois à celui d'un œuf. Elle est souvent pédiculée, parfois sessile, de forme arrondie, mais non toujours exempte de bosselures. La pression y est indolente et ne réduit qu'exceptionnellement la tumeur. Rarement pour les encéphalocèles orbitaires cette réduction s'accompagne de troubles cérébraux réflexes; rarement aussi on constate l'influence des mouvements de la respiration sur le volume de la tumeur.

Lorsque la tumeur est volumineuse, la peau est amincie; la fluctuation et la transparence peuvent y être constatées. Si la tumeur est petite et située dans la région lacrymo-nasale, elle se présente sous l'apparence d'une hydropisie du sac lacrymal. De Wecker insiste sur cette apparence et cite un fait de Raab (*Wiener med. Wochenschrift*, 1876, nos 11, 12, 13), dans lequel la ressemblance était frappante.

La peau qui recouvre la tumeur est souvent anormalement vascularisée et on y a observé le développement d'un angiome superficiel.

Dans quelques cas on a constaté une double tumeur à l'angle interne de chaque orbite et la fluctuation a pu quelquefois, dit-on, être renvoyée de l'une à l'autre (de Wecker).

La coexistence d'encéphalocèles dans d'autres régions du crâne est tout à fait exceptionnelle.

L'encéphalocèle ne détermine de troubles du côté de l'appareil oculaire que si elle atteint un volume suffisant pour refouler l'œil latéralement.

Le *diagnostic* de l'encéphalocèle est toujours des plus délicats. Si la tumeur située à la partie interne de l'orbite est observée chez un jeune sujet, si elle est congénitale, fluctuante, réductible, si elle présente des mouvements synchrones avec les mouvements respiratoires, si la compression détermine des troubles cérébraux, il ne saurait y avoir de doutes. Mais ces signes ne sont presque jamais réunis; ils peuvent même faire pour la plupart complètement défaut. Ceux qui ont le plus de valeur sont la congénitalité de la tumeur et l'existence de déformations osseuses au pourtour de la base ou du pédicule. Ces déformations devront toujours être recherchées avec soin.

L'encéphalocèle peut être confondue surtout avec une tumeur lacrymale, un kyste, un abcès périostique et même avec une tumeur solide telle qu'un sarcome.

Les altérations vasculaires de la peau peuvent aussi induire en erreur et faire diagnostiquer un simple angiome.

De Wecker propose comme moyen de diagnostic la ponction aspiratrice et l'analyse du liquide. Ce moyen doit être considéré comme dangereux, alors même que les précautions antiseptiques ont été observées.

Le *pronostic* de l'encéphalocèle est grave. La mort survient parfois spontanément et d'une manière rapide, mais plus souvent peut-être à la suite d'une intervention intempestive. Cependant quelques sujets ont atteint l'âge adulte, comme on le voit par les observations de Delpech, de Masgana et de Heymann.

Traitement. — Malgré quelques résultats favorables à la suite d'interventions chirurgicales, la règle est de s'abstenir de toute opération lorsque le diagnostic d'encéphalocèle est établi. Sans doute, comme le fait remarquer Chauvel, le danger n'existe pas théoriquement, si la communication est interrompue entre la cavité de la tumeur et l'intérieur du crâne, mais comment être certain d'avance de l'oblitération complète du canal de communication? Jusqu'à nouvel ordre, malgré la sécurité que donne habituellement la pratique d'une antisepsie rigoureuse, les encéphalocèles doivent donc être protégées, légèrement comprimées au besoin, mais ne doivent être opérées qu'exceptionnellement.

Kystes dermoïdes. — Ces kystes, d'après la théorie de Verneuil, résultent de l'enclavement d'une partie du feuillet externe du blastoderme dans la fente branchiale. Broca, en 1869, a développé de nouveau cette théorie.

Ces kystes sont ceux que l'on observe le plus fréquemment dans l'orbite.

Berlin, en 1879, comptait déjà 75 observations et depuis de nouveaux faits ont été publiés. Le siège habituel est aux angles externe ou interne de la partie antérieure de l'orbite. Cusset le croit plus fréquent en dehors. D'après la statistique de Berlin, il occuperait plus souvent l'angle interne.

La poche arrondie, celluleuse, est quelquefois épaisse; elle forme une seule cavité, le plus ordinairement. L'examen microscopique de la paroi fait constater l'existence dans son épaisseur de glandes sébacées et sudoripares et des autres éléments de la peau, lorsque cette paroi n'a pas subi l'atrophie qui se produit à la longue. Elle adhère rarement à la peau, mais se relie au périoste par un

pédicule. Le contenu est très variable; il consiste en débris d'épithélium, matières grasses, cholestérine, poils, quelquefois matières calcaires. Barnes (*Med. Chirurg. Transactions*, 1813) y a trouvé une dent. On peut supposer que, dans ce cas, il s'agissait de l'ectopie d'un follicule dentaire plutôt que d'une inclusion fœtale, comme l'idée en a été émise.

D'autres fois, le contenu est plus liquide, d'apparence jaunâtre, muqueuse. On comprend, d'après la variabilité d'aspect et de consistance du contenu, que ces kystes aient été décrits par les anciens chirurgiens sous les noms d'athéromes, de stéatomes, de mélicéris.

Ces kystes perforent quelquefois les parois de l'orbite pour envahir les régions voisines. Dans les cas, il est vrai, où la communication avec le sinus frontal ou la cavité crânienne a été constatée, on a pu se demander si ces kystes n'avaient pas pris naissance en dehors de l'orbite.

D'ordinaire, superficiels au début, ils gagnent la profondeur de l'orbite, repoussent l'œil en avant et vers l'un des côtés et peuvent comprimer le nerf optique et l'atrophier. Ils constituent des tumeurs arrondies, d'abord mobiles, plus ou moins fluctuantes et rénitentes; plus tard adhérentes. Leur accroissement est parfois considérable.

C'est au moment ou aux approches de la puberté qu'ils subissent généralement une poussée dans leur développement ou se révèlent même pour la première fois.

Dans un cas de Middlemore, le développement du kyste fut assez considérable pour amener la rupture de la poche. Dans une observation de Schmidt, les douleurs causées par l'accroissement de la tumeur auraient été suffisantes pour déterminer la mort (?).

Le plus souvent le développement est progressif, mais, à la longue, les parois de l'orbite sont repoussées, déformées et le globe oculaire plus ou moins compromis.

Aux kystes dermoïdes se rattachent très vraisemblablement les kystes décrits par de Wecker sous le nom de *kystes folliculaires*. Ces kystes, d'après cet ophtalmologiste, se développeraient aux dépens des follicules glandulaires de la peau des paupières, et il aurait constaté deux fois l'existence de cordons de tissu connectif reliant le kyste à la peau de l'une ou l'autre commissure des paupières.

Des kystes dermoïdes, il faut rapprocher les *kystes huileux prélacrymaux*, dont un certain nombre d'exemples ont été rapportés à la Société de chirurgie, en 1877, par Verneuil, Perrin, Albert (de Vienne), Ledentu, Berger, Desprès. Un autre fait a été publié par Hirschberg. Mais ces kystes sont de petit volume, situés au grand angle de l'œil, en avant ou au voisinage du sac lacrymal, et ne s'enfoncent pas ordinairement dans la cavité orbitaire. Leur contenu huileux est caractéristique.

Traitement. — L'accroissement continu des kystes dermoïdes et les désordres qu'ils produisent du côté des parois de l'orbite ou du globe oculaire, lorsqu'ils ont acquis un volume notable, obligent à intervenir. La simple évacuation du contenu par incision de la poche ne peut suffire. La ponction avec injection iodée a quelquefois réussi, mais la réaction inflammatoire provoquée par l'injection peut être dangereuse. D'autre part, l'extirpation complète de la poche, qui représente le traitement curatif parfait, est souvent impossible.

On devra, en général, disséquer la tumeur, en évacuer le contenu et réséquer la plus grande partie des parois. Un drain assurera l'écoulement ultérieur des liquides et l'on tâchera d'assurer l'antisepsie de la plaie.

A ces ablations incomplètes succède souvent un trajet fistuleux de longue durée et la rétraction cicatricielle détermine quelquefois des adhérences fâcheuses pour le globe de l'œil.

2° KYSTES ACCIDENTELS

Ces kystes sont, les uns le résultat d'extravasations sanguines dans l'orbite, les autres, de simples kystes séreux, d'autres enfin sont d'origine parasitaire.

a. Kystes hématiques. — Ces kystes sont rares, d'après Berlin. Les faits dans lesquels on a admis l'existence d'épanchements sanguins spontanés dans la loge orbitaire postérieure n'ont pas été vérifiés par l'anatomie pathologique. Ces hématomes spontanés détermineraient une exophtalmie subite, avec paralysies des muscles de l'œil et sensation de pesanteur ou de tension dans la profondeur de l'orbite. Ils surviendraient chez des sujets anémiés, hémophiles et tendraient à se résorber spontanément.

Mais la transformation de ces épanchements sanguins en kystes hématiques n'est pas démontrée. Le plus souvent, lorsque l'on a cru observer des kystes hématiques, il n'y avait qu'un kyste dermoïde dans lequel une ponction avait déterminé une hémorragie. Dans d'autres cas, il s'agissait d'angiomes caverneux. Un fait de Tavignot et surtout une observation de Fischer, dans laquelle l'examen a été fait par Rokitansky, semblent cependant établir l'enkystement possible d'épanchements sanguins dans l'orbite.

C'est peut-être à des tumeurs de ce genre transformées que se rapportent les faits de Pamard père (*Annales d'oculistique*, t. XXIX, p. 26) et de Mooren. Ces deux chirurgiens ont enlevé des tumeurs de l'orbite contenant une matière noire. Ces deux faits isolés ne suffisent pas à établir l'existence de kystes mélaniques ou pigmentaires.

b. Kystes séreux. — En avant de l'aponévrose de Tenon dans la cavité virtuelle qui la sépare du globe oculaire, peut se faire un épanchement séreux décrit sous le nom de tenonite ou d'hydropisie de la capsule de Tenon. Mais cet épanchement ne rentre pas dans la classe des kystes.

Les kystes séreux observés dans l'orbite sont situés en arrière de l'aponévrose orbitaire, dans la loge postérieure. Leur pathogénie est encore mal connue. Un certain nombre des kystes dits séreux n'étaient sans doute que des kystes dermoïdes, dont le contenu était particulièrement clair et dont la congénitalité n'a pu être démontrée.

Il existe cependant des kystes séreux qu'on peut comparer aux hygromas des autres régions. On leur attribue pour siège les bourses séreuses rudimentaires des muscles de l'œil, admises par Demarquay, Tillaux, de Wecker. C'est surtout au niveau du muscle élévateur de la paupière que ces bourses séreuses ont été signalées. Hyrtl en a décrit une autour du tendon du grand oblique, au point où il se réfléchit.

Enfin des kystes séreux paraissent prendre quelquefois naissance dans le tissu cellulaire de la loge rétro-orbitaire, en dehors du cône musculaire. Le plus souvent, la paroi est mince et transparente; la surface interne a l'apparence