d'une muqueuse, ou mieux d'une séreuse. La surface externe adhère fréquemment à un point de la paroi orbitaire. De Wecker rapporte un cas observé chez un enfant. Le kyste occupait la paroi inférieure; le contenu avait l'apparence caséeuse et était semi-fluide, mais l'examen microscopique, fait par Cornil et Ranvier, démontra qu'il ne s'agissait pas d'un kyste sébacé.

Ces kystes sont susceptibles de prendre un grand développement et d'amener la perte de l'œil et des déformations de l'orbite. Dans un cas de Gacitua, la tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, avait des parois épaisses, comme fibreuses; le contenu était légèrement jaunâtre, renfermait beaucoup de chlorure de sodium, peu d'albumine et pas de crochets.

Valette a donné une observation de kyste séreux né dans le sinus frontal et ayant pénétré dans l'orbite. Gosselin a vu un kyste de la paroi supérieure de l'orbite dont le contenu était un liquide jaune foncé, renfermant des cristaux de cholestérine et rappelant par ces caractères les périostites albumineuses décrites par Ollier et Poncet (de Lyon).

Il règne encore beaucoup d'incertitudes sur l'étiologie et la nature des kystes séreux de l'orbite *congénitaux*, dont nous avons dit quelques mots plus haut, à propos des *tératomes*. Ces kystes coïncident, en effet, presque toujours avec des malformations du globe oculaire et ont généralement été considérés comme provenant d'un trouble dans l'évolution de la vésicule oculaire. Ils sont assez souvent bilatéraux (11 fois sur 39 cas) et forment une tumeur qui siège sous la paupière inférieure qu'elle soulève plus ou moins et dont elle détermine parfois l'ectropion.

Cette tumeur est rénitente et fluctuante; la peau qui la recouvre est d'un gris bleuâtre. La pression refoule la poche, mais ne la réduit pas. Le volume est le plus habituellement celui d'une noisette, rarement d'un œuf de pigeon. Cependant Sogliano a cité un fait dans lequel la poche remplissait la cavité de l'orbite.

Panas, qui a reproduit et analysé les résultats donnés par l'examen anatomique des observations publiées, rejette, d'une manière générale, l'idée que ces kystes se rattachent à un trouble dans le développement du globe de l'œil. Se basant sur l'étude très complète d'un cas observé par lui et publié dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1887, VII, page 5, avec examen microscopique fait par Vassaux, il arrive aux conclusions suivantes (*Traité des maladies des yeux*, II, p. 435) que nous reproduisons textuellement :

« Si l'on tient compte que les kystes de cet ordre occupent *invariablement* l'angle inféro-interne de l'orbite, en d'autres termes qu'ils sont prélacrymaux; qu'alors même qu'ils arrivent à se confondre avec les reliquats du globe embryonnaire, ils conservent une indépendance réelle dans leur évolution ultérieure; que leur contenu séreux, sanguinolent et souvent albumineux, diffère essentiellement de la constitution chimique de l'humeur aqueuse, on ne saurait les envisager, dans la majorité des cas, comme des diverticules de l'œil arrêté dans son évolution. Il est bien plus conforme à tout ce qui vient d'être exposé, d'admettre qu'un kyste dermo-muqueux venant à pénétrer dans l'orbite, au moment des premières assises du globe, entrave son évolution et finit par se confondre avec lui. Si son pédicule se fixe d'ordinaire à la gaine du nerf optique, c'est que l'occlusion de la fente qui débute par le milieu s'achève en ce point. En supposant que le kyste reste petit, ou mieux encore qu'il évolue plus tard, on s'explique les divers degrés de l'arrêt de développement du globe. Si, contrairement aux mucoïdes en question, les dermoïdes n'exercent pas la même influence, c'est que leur siège de prédilection à la queue du sourcil les empêche de se diriger vers la fente embryonnaire du globe. »

Le seul traitement à opposer aux kystes séreux congénitaux est la dissection de la poche et l'ablation lorsqu'elle est possible. Cette dissection est toujours très minutieuse et les connexions habituelles du kyste avec la gaine du nerf optique obligent à la poursuivre jusque dans les profondeurs de l'orbite pour aller sectionner le pédicule.

c. Kystes parasitaires. — Ces kystes sont, parmi ceux de l'orbite, les seuls dont la pathogénie ne laisse pas de doutes. Encore faut-il que leurs éléments caractéristiques soient constatés, sans quoi ils peuvent être confondus avec de simples kystes séreux et la confusion a certainement été faite plus d'une fois.

Les parasites donnant lieu à des kystes orbitaires sont les échinocoques et les cysticerques. (Voy. J. Mandour, *Étude sur les kystes hydatiques de l'orbite*. Thèse de Paris, 1894-1895.)

Les *kystes à cysticerques* sont beaucoup plus rares que les kystes à échinocoques. Berlin n'a pu en trouver que 5 observations. La tumeur ne dépasse pas ordinairement le volume d'une grosse fève. L'épaisseur de ses parois est considérable. Le cysticerque y est reconnaissable à ses caractères habituels. Autour de la poche, on constate une réaction inflammatoire plus ou moins marquée, et la peau est souvent rouge et sensible. Une observation publiée par de Graefe présente tous ces caractères réunis.

Les *kystes à échinocoques* ou hydatiques ont un volume plus considérable; il peut atteindre celui d'un œuf. Le kyste adventif est blanchâtre, plus ou moins épais; il renferme un liquide clair et souvent des vésicules secondaires de volume et de nombre variables. Les kystes hydatiques siègent dans tous les points de l'orbite, sauf peut-être au-dessous du périoste. Ils peuvent cependant dépasser les limites de l'orbite pour envahir les régions voisines (Westphal). Plus souvent, ils pénètrent secondairement dans l'orbite (Verdalle, Petit, Westphal). Ils déterminent tous les signes habituels des tumeurs de l'orbite et paraissent plus que d'autres tumeurs être la cause de douleurs vives et de névralgies sus-orbitaires ou ciliaires.

Berlin, sur 39 observations, a trouvé que la proportion des kystes développés chez des sujets du sexe masculin atteignait 77 pour 100. La plupart des sujets étaient des jeunes gens.

L'extirpation totale des kystes hydatiques est rarement possible et paraît souvent dangereuse. On doit se borner le plus ordinairement à une excision partielle des parois et l'on maintient l'incision ouverte jusqu'à ce que la suppuration ait éliminé le kyste adventif.

b. — Tumeurs vasculaires de l'orbite.

Les tumeurs vasculaires de l'orbite se divisent en tumeurs *non pulsatiles* et en tumeurs *pulsatiles*. Cette division toute symptomatique est celle qui répond le mieux aux besoins de la clinique et la seule qui permette de rapprocher et d'étudier dans leur ensemble des faits sur lesquels l'anatomie pathologique n'a pas encore porté toute la lumière désirable.

[*E. DELENS.*]

1° *TUMEURS NON PULSATILES*

Elles présentent à étudier deux groupes distincts de tumeurs : 1° les *angiomes;* 2° les *varices* de la veine ophtalmique.

I. — ANGIOMES

Les angiomes dont Berlin avait réuni 54 observations en 1880, dépassent aujourd'hui le nombre de 75 cas. Ils se divisent en *angiomes simples* ou tumeurs érectiles et en *angiomes caverneux*.

Angiome simple. — Les tumeurs érectiles que l'on étudie sous ce nom ont presque toujours pour origine un nævus des paupières qui, en se développant, a pénétré dans l'orbite. Elles sont donc congénitales et observées ordinairement chez les enfants ou chez de jeunes sujets.

Dans quelques cas, on a noté l'influence du traumatisme sur leur développement.

Elles s'observent surtout à la partie supérieure de l'orbite. Elles forment des masses mal limitées, sans enveloppe distincte, présentant une mollesse marquée. La peau à leur niveau a une coloration sombre violacée et l'on y voit souvent la trace du nævus primitif. Rarement la tumeur pénètre profondément dans l'orbite et l'œil est habituellement peu déplacé par la tumeur. Celle-ci ne présente ni pulsations, ni souffle, mais elle augmente de volume sous l'influence de l'effort, des cris et lorsque la respiration se suspend.

Le développement de l'angiome simple est parfois assez rapide et l'on a vu la tumeur se rompre et donner lieu à des hémorragies (Martin, Lawson).

Le traitement de l'angiome simple présente de sérieuses difficultés. On ne tente guère l'extirpation de la tumeur en raison de ses limites peu précises. On a eu recours à la ligature sous-cutanée ou sous-conjonctivale, aux injections coagulantes, à la cautérisation par le fer rouge et enfin à l'électrolyse. Les injections coagulantes ont donné des succès, mais ne sont pas sans danger. La cautérisation avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère, à défaut de l'emploi des procédés électrolytiques, mériterait la préférence.

Angiome caverneux. — Ces tumeurs se distinguent de l'angiome simple par l'existence d'une capsule fibreuse périphérique, ou au moins d'une enveloppe celluleuse qui en fait des tumeurs bien limitées. A la coupe elles présentent une grande analogie avec le bulbe de l'urèthre. Broca, en 1856, à propos d'une tumeur de ce genre enlevée par Parise (de Lille), a signalé ce fait à la Société anatomique et cette apparence a été notée dans les observations ultérieures, entre autres dans celle de de Graefe (1861). De Wecker a retrouvé ce caractère dans les trois cas qui lui sont personnels.

L'angiome caverneux siège généralement dans la profondeur de l'orbite et dans l'intérieur du cône des muscles de l'œil; son volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite noix. On observe à tout âge l'angiome caverneux et souvent dans la seconde moitié de la vie (cinquante et cinquante-huit ans chez deux des malades de de Wecker).

Le tissu de l'angiome caverneux est constitué par des vacuoles remplies de sang. Sur la face interne des parois de ces vacuoles, existe le plus souvent une

couche d'endothélium qui les tapisse. Les cloisons séparant les vacuoles sont formées d'une trame conjonctive avec fibres élastiques et quelquefois des fibres musculaires lisses. L'altération du sang contenu dans les vacuoles est fréquente; il y existe parfois des phlébolites, des cristaux d'hématoïdine, ou simplement du pigment ou de la graisse.

Dans une observation rapportée par Panas (*Archives d'ophtalmologie*, 1883), lors de l'ablation de la tumeur, on ne trouva aucune trace de l'œil et Poncet, après examen histologique de la pièce, crut pouvoir conclure à l'origine choroïdienne de la tumeur, qui se serait substituée complètement au globe oculaire. Mais ultérieurement, Panas, obligé d'intervenir pour des phénomènes sympathiques développés sur l'autre œil, trouva, du côté où l'angiome avait été enlevé, une plaque fibreuse irrégulière qui représentait le globe de l'œil refoulé et atrophié.

Le développement de l'angiome caverneux est extrêmement lent; on l'a vu durer plus de vingt ans. Il donne lieu à une exophtalmie graduelle le plus souvent directe, mais la mobilité de l'œil est généralement assez bien conservée. Lorsque la tumeur est devenue appréciable, elle offre au toucher une élasticité molle; elle est compressible sous le doigt et en partie réductible. Les cris, les efforts ont une action des plus manifestes sur son volume, mais elle ne présente ni pulsations, ni souffle. Du moins les quelques cas dans lesquels on a noté ces signes sont-ils douteux.

Le développement de l'angiome caverneux est habituellement indolore. La tumeur peut être considérée comme bénigne, quoiqu'on observe parfois des complications oculaires, la diminution de l'acuité visuelle, le rétrécissement du champ visuel et même les signes d'une névrite optique avec stase veineuse ou d'une atrophie de la papille (de Wecker).

L'angiome caverneux peut être confondu avec les kystes dermoïdes, les sarcomes et la plupart des tumeurs de l'orbite. La marche très lente, l'absence de douleurs, la dépressibilité de la tumeur, l'augmentation de volume sous l'influence de l'effort, sont les caractères qui permettront en général de le reconnaître.

Le traitement de l'angiome caverneux de l'orbite est l'extirpation que rend possible la limitation de la tumeur. Cette extirpation toutefois nécessite une dissection attentive et présente souvent des difficultés. Ces difficultés sont d'autant plus considérables que la tumeur est plus profondément située et que l'opérateur doit chercher à conserver le globe de l'œil tant que la vue n'est pas abolie par le développement de la tumeur.

II. — VARICES DE L'ORBITE

Aucune autopsie n'a jusqu'ici démontré la réalité des dilatations variqueuses de la veine ophtalmique. Quelques observations bien nettes permettent cependant d'affirmer l'existence des varices de cette veine. Le premier travail publié sur ce sujet est la thèse de Dupont (1865). En 1881, le docteur Yvert a fait connaître une nouvelle observation et repris l'étude de cette intéressante question.

Les varices de la veine ophtalmique se présentent sous deux formes : 1° la dilatation *avec tumeur* variqueuse ; 2° la dilatation *sans tumeur* avec exophtalmie intermittente.

1° Tumeurs variqueuses. — La tumeur formée aux dépens de la veine ophtal-