

Ici il est permis de faire intervenir les brides amniotiques (Lannelongue¹). Spring décrit ces cas sous le nom de synencéphalocèle; avec Dareste², on peut encore invoquer la compression de la vésicule encéphalique par l'amnios; enfin, on peut surtout admettre qu'à l'époque où le crâne est encore membraneux, il se produit une hydropisie ventriculaire, d'autant plus capable de porter l'encéphale en dehors de la boîte crânienne que celle-ci manque encore de résistance. Peut-être enfin y a-t-il autre chose qu'une hydropisie ventriculaire, par exemple une véritable néoplasie congénitale des centres nerveux, un encéphalome (P. Berger³), qui ne peut trouver place dans la cavité crânienne et fait hernie; mais ici nous revenons aux explications de Spring et Rippoll, et il faut reconnaître que les théories dites, assez confusément d'ailleurs, de la période fœtale et de la période embryonnaire peuvent se combiner.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces notions pathogéniques, qui concernent surtout l'encéphalocèle en général. Nous en avons dit suffisamment pour faire comprendre le mode d'évolution de l'encéphalocèle orbitaire.

2° KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX DE L'ORBITE AVEC MICROPTALMIE OU ANOPTALMIE

Ces kystes sont ceux qui ont été décrits tour à tour sous les noms de kystes séreux congénitaux (Chlapowski⁴), de kystes congénitaux sous-palpébraux (Talko⁵ et de Wecker⁶), de colobomes enkystés (Van Duyse⁷) ou de kystes colobomateux (Ewetzky⁸).

Leur pathogénie n'est pas encore définitivement établie; mais, grâce

¹ LANNELONGUE et ACHARD, *Kystes congénitaux*. Paris, 1886.

² DARESTE, in GÉRARD MARCHANT, *Traité de chirurgie*, t. III, p. 504.

³ P. BERGER, Considérations sur l'origine, le mode de traitement et le développement de certaines encéphalocèles. *Revue de chirurgie*, 10 avril 1890, p. 269.

⁴ CHLAPOWSKI, *Jahrbuch der 2^e Cong. der polnischen Aerzte und Naturf. in Lemberg*, 1876, et *Annales d'ocul.*, 1877.

⁵ TALKO (de Varsovie), *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1877, p. 137-141.

⁶ WECKER, *Société d'ophtalmologie d'Heidelberg*. Session 1879, et *Annales d'oculistique*, t. LXXVII, p. 151.

⁷ VAN DUYSSE, *Annales d'oculistique*, 1881, t. LXXXVI.

⁸ EWETZKY, *Dissertation inaugurale*. Moscou, 1886.

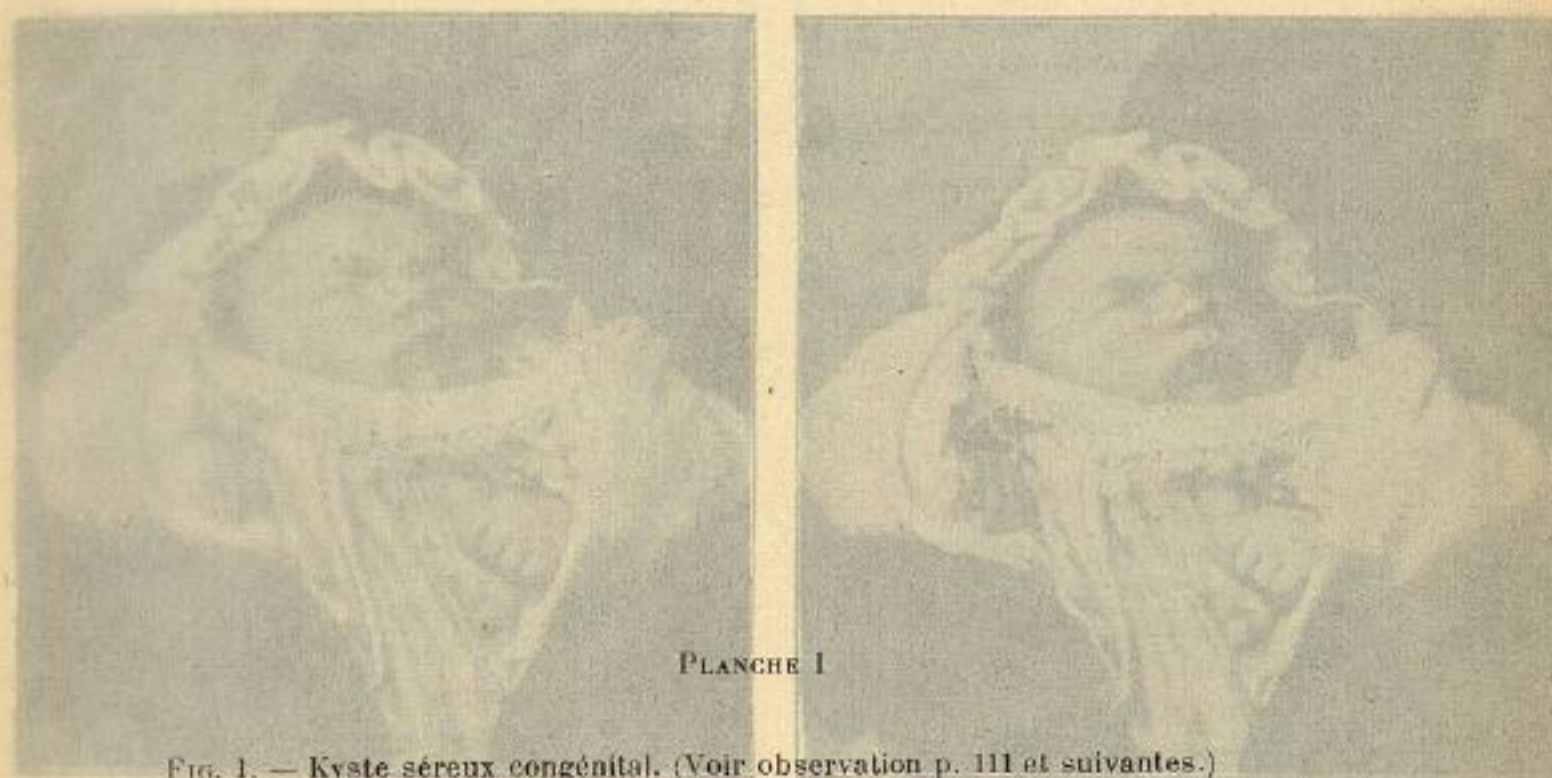


PLANCHE I

FIG. 1. — Kyste séreux congénital. (Voir observation p. 111 et suivantes.)

FIG. 2. — Kyste dermoïde de la queue du sourcil; remarquable par son volume et la saillie très accusée qu'il présente lorsqu'on regarde la malade de profil.

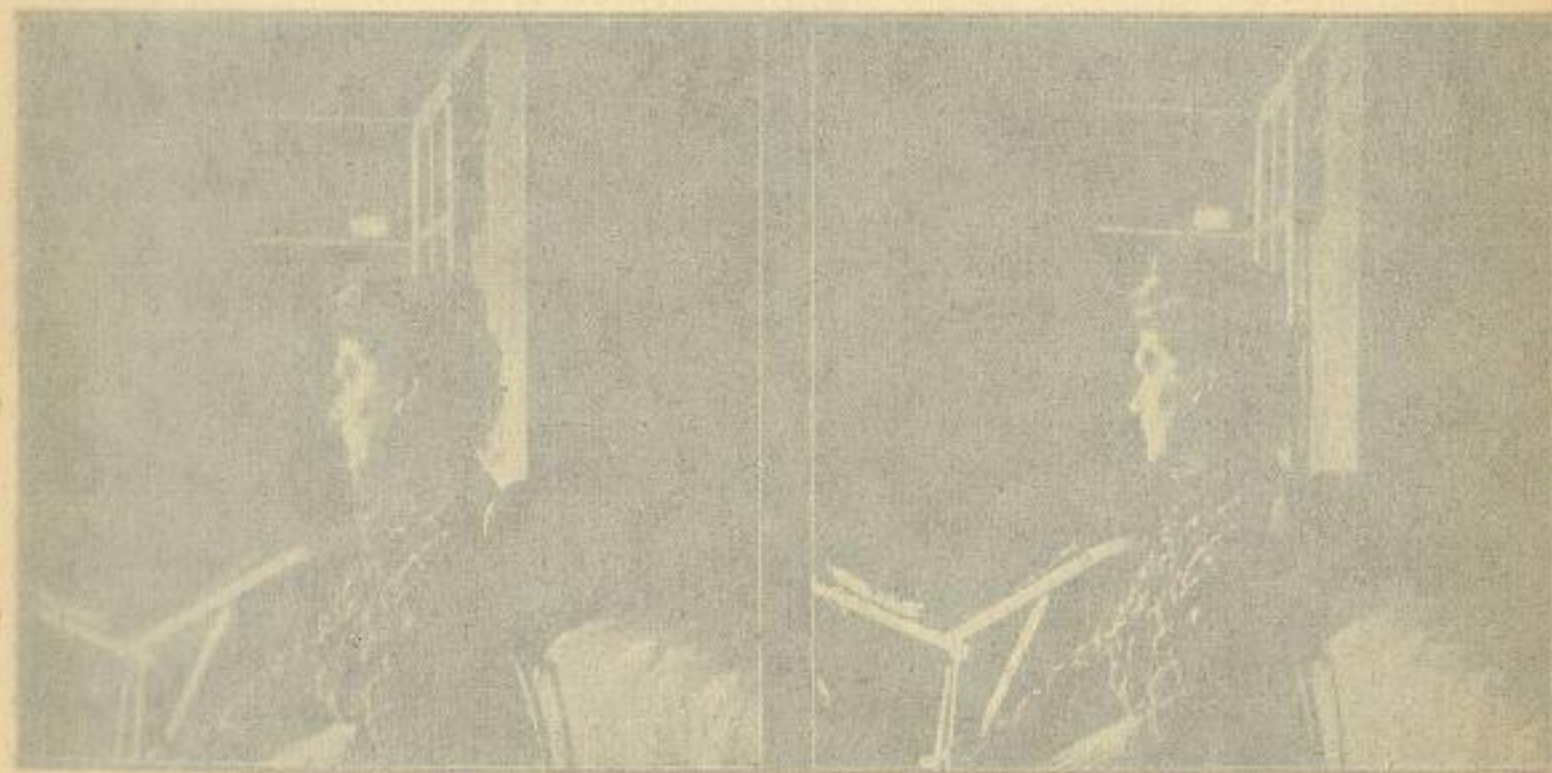


FIG. 2.

Ici il est permis de faire intervenir les brides amniotiques (Lannelongue¹). Spring décrit ces cas sous le nom de synencéphalocèle; avec Daroste², on peut encore invoquer la compression de la vésicule encéphalique par l'amnios; enfin, on peut surtout admettre qu'à l'époque où le crâne est encore membraneux, il se produit une hydropisie ventriculaire, l'œdème plus capable de porter l'encéphale en dehors de la boîte crânienne que celle-ci manque encore de résistance. Peut-être enfin y a-t-il cette chose qu'une hydropisie ventriculaire, par exemple une véritable néoplasie congénitale des centres nerveux, un encéphalome (P. Berger³), qui se peut trouver placée dans la cavité crânienne et fait hernie; mais ici nous revenons aux explications de Spring et Rippoll, et il faut reconnaître que les théories dites, assez confusément d'ailleurs, de la période fœtale et de la période embryonnaire peuvent se combiner.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces notions pathogéniques, qui concernent surtout l'encéphalocèle⁴ général. Nous en avons dit suffisamment pour faire comprendre le mode d'évolution de l'encéphalocèle orbitaire.

Fig. 1. — Kyste dermoïde de la fente de la cornée; hernie de la cornée et de l'iris; kyste très adhérent du présent; on remarque la hernie de l'iris.

2° KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX DE L'ORBITÉ AVEC MICROPHALMIE
OU ANOPHTALMIE

Ces kystes sont ceux qui ont été décrits tour à tour sous les noms de kystes séreux congénitaux (Chlapowski⁵), de kystes congénitaux sous-palpébraux (Talko⁶ et de Wecker⁷), de colobomes enkystés (Van Duyse⁸) ou de kystes colobomateux (Ewetzky⁹).

Leur pathogénie n'est pas encore définitivement établie; mais, grâce

¹ LANNELONGUE et RICHARD, *Kystes congénitaux*. Paris, 1886.

² DAROSTE, in GÉRARD MARCHANT, *Traité de chirurgie*, t. III, p. 594.

³ P. BERGER, *Considérations sur l'origine, le mode de traitement et le développement de certaines encéphalocèles*. *Revue de chirurgie*, 10 avril 1890, p. 269.

⁴ CHLAPOWSKI, *Jahrbuch der 9^e Cong. der polnischen Ärzte und Naturf. in Lemberg*, 1876, et *Annales d'ocul.*, 1877.

⁵ TALKO (de Varsovie), *Ann. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1877, p. 127-141.

⁶ WEACKER, *Société d'ophthalmologie d'Heidelberg*. Session 1879, et *Annales d'oculistique*, t. LXXV, p. 151.

⁷ VAN DUYSE, *Annales d'oculistique*, 1880, t. LXXXVI.

⁸ EWETZKY, *Dissertation inaugurale*. Moscou, 1886.



FIG. 1.

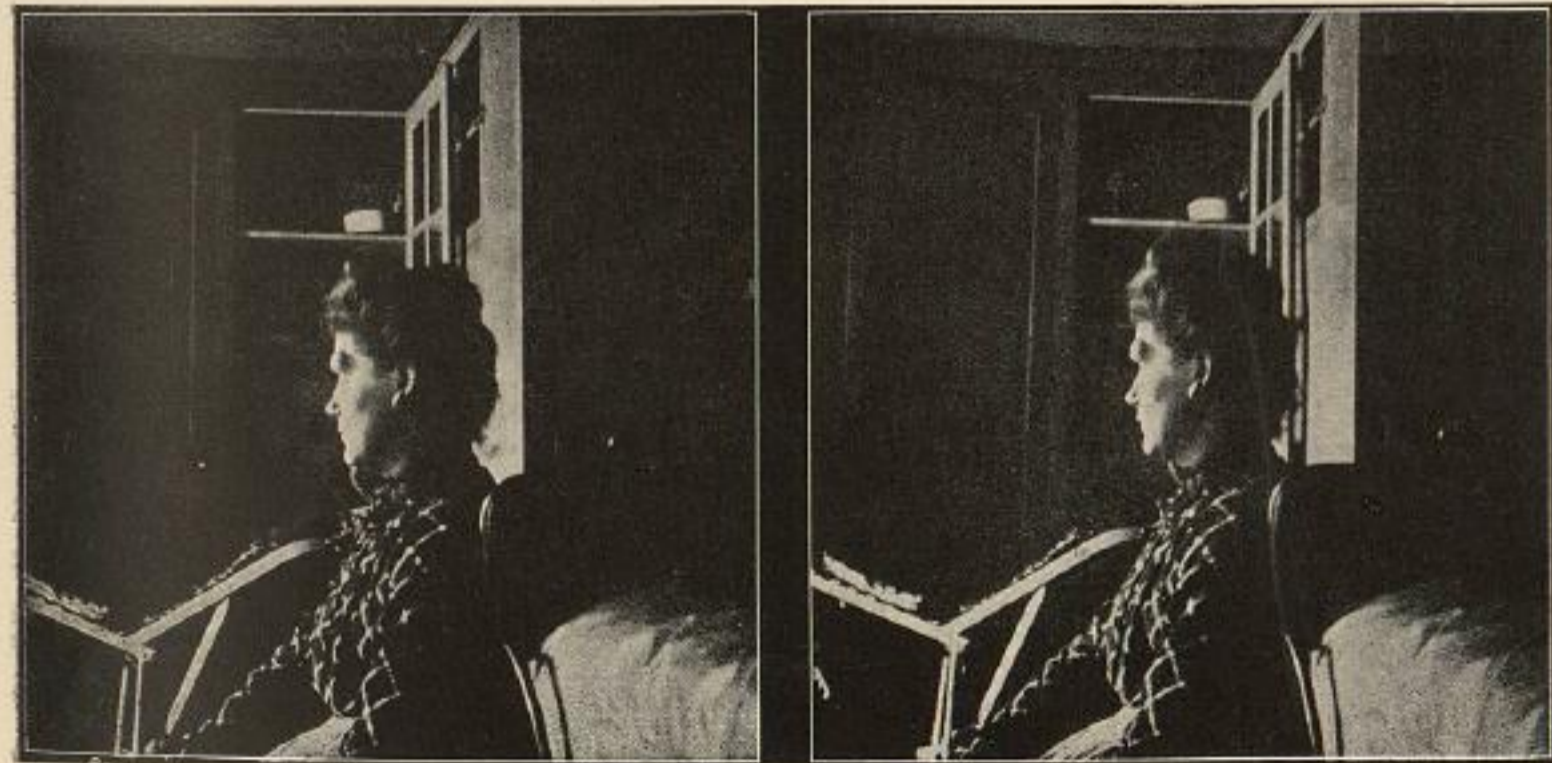


FIG. 2.

aux excellents travaux qui ont été publiés dans ces dernières années, les grandes lignes en sont nettement tracées, et la plupart des kystes séreux congénitaux avec microphthalmie sont maintenant bien expliqués. Nous nous appliquerons à faire ressortir successivement ce que cette pathogénie a de clair et ce qu'elle a encore d'obscur.

Avant d'entreprendre cette étude, arrêtons-nous sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Symptomatologie. — Ces kystes ont pour caractère principal de siéger à l'angle inféro-interne de l'œil et de faire saillie sous la paupière inférieure.

Ils siègent plus souvent à droite qu'à gauche; situés d'une part entre ce qui représente l'œil ou l'œil complet, lorsqu'il existe, et la paroi inféro-interne de l'orbite, ils forment sous la peau une tumeur arrondie, légèrement bleuâtre (fig. 13). A cause de cette coloration, ils peuvent en imposer pour un angiome orbitaire, mais le diagnostic différentiel de ces deux affections est facile, parce que l'angiome orbitaire est réductible par la pression continue, tandis que le kyste séreux cède sous le doigt, s'enfonce dans l'orbite, mais ne diminue pas de volume. D'ailleurs, le kyste séreux avec microphthalmie peut n'être qu'un angiome kystique congénital, ainsi que le démontre la curieuse observation personnelle que nous rapportons plus loin. Le sujet concernant cette observation est représenté sur la figure 1 de la planche I.

La paupière soulevée est souvent ectropionnée; quelquefois la fente palpébrale est rétrécie, parce que le bord palpébral inférieur, incurvé, présente une convexité tournée en haut.

Cette variété de kyste séreux peut exister à côté d'un globe oculaire bien développé; mais, dans l'immense majorité des cas, le kyste est associé à la microphthalmie. L'anophtalmie, que beaucoup d'auteurs signalent en cette circonstance, est très rare, et plus loin nous ferons voir pourquoi.

L'œil rudimentaire est d'ailleurs le siège de multiples vices de conformation qui devront être expliqués.

Le kyste séreux tient dans l'orbite une place variable; d'habitude, son volume va de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. A titre

exceptionnel, on peut citer l'observation de Sogliano dans laquelle, chez un enfant de 4 jours, à la place de l'œil droit se trouvait un vaste kyste remplissant tout l'orbite et débordant, sur la joue, de l'étendue d'un pouce. On évacua par la ponction 30 grammes d'un liquide séro-sanguinolent ressemblant à de l'humour aqueuse. Jones a observé une tumeur



FIG. 13. — Kyste séreux congénital avec microphthalmie (FROMAGET).

presque aussi volumineuse. Dans une observation de Mitvalsky la tumeur était assez grosse pour déprimer le rebord orbitaire inférieur.

Quand l'œil présente une conformation normale, ce qui est l'exception, le kyste se meut en même temps que le globe oculaire auquel il adhère, mais il est presque toujours impossible de se rendre compte des mouvements de l'œil cryptophtalme, tant il est rudimentaire.

En pareil cas, on remarque quelque mobilité dans la tumeur kystique

pendant les mouvements de l'œil opposé, et ce signe pourra servir au diagnostic.

Ce diagnostic n'est d'ailleurs généralement pas difficile lorsque le kyste est assez volumineux pour être sensible à la palpation; la coexistence de la microphthalmie, le siège inféro-interne de la tumeur, la ponction exploratrice, toujours simple à pratiquer, ne laisseront aucun doute au clinicien.

Les kystes méconnus sont ceux qui, par leur petit volume, ne font aucune saillie à côté de l'œil rudimentaire; ceux-là ne sont reconnaissables qu'à la dissection (Walmann et Sæmisch).

Anatomie pathologique. — Les recherches qui ont été faites à ce sujet méritent une attention particulière, car c'est sur elles que viendra s'appuyer la théorie pathogénique capable d'expliquer le développement de l'affection, et tout d'abord nous allons faire passer sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès, c'est-à-dire le résumé des principales observations connues.

NUMÉROS D'ORDRE	AUTEUR ET SOURCE	AGE ET SEXE	EXAMEN DU MALADE
1.	Sogliano. <i>Bollet. delle sc. mediche di Bologna.</i> Octobre 1874.	4 jours. H.	Vaste kyste remplissant tout l'orbite D. et occupant la place de l'œil.
2.	Chlapowski. <i>Jahresbericht des 2^{tes} Congr. der polnischen Aerzte u. Naturf. in Lemberg,</i> p. 354-63. 1876.	16 ans. H.	Kyste fluctuant intraorbitaire dont les mouvements correspondaient à ceux de l'œil congénère. En avant, renflement correspondant à la cornée. En arrière, pédicule (N. optique) gros comme un tuyau de plume.
3.	Imre. <i>Semesret, n° 3. Nagel's Jahrbuch.</i> H. p. 196. 1878.
4.	Talko. <i>Comptes rendus de la Société ophth. d'Heidelberg.</i> 1874.	18 semaines. F.	Ectropion des paupières inférieures sous lesquelles il y a un kyste fluctuant gris bleuâtre. Petits globes rudimentaires au fond des orbites avec cornée ronde et transparente. Le bulbe droit semblait être en rapport avec le kyste : ce dernier siégeait dans l'orbite, entre l'orbite et la paupière inférieure ; il était recouvert par la conjonctive. Une sonde introduite dans l'intérieur du kyste a permis à Talko de se convaincre que la vésicule excisée n'était pas en communication avec le globe oculaire.
5.	Le même. <i>Loco citato.</i>	Enfant à la mamelle. Sexe ?	Œil D. du volume d'une noisette. Kyste volumineux, élastique, derrière la paupière inférieure, visible par transparence à travers la peau ; recouvert dans l'orbite par la conjonctive. (Cracovie, clinique du professeur Rydel.)
6.	Le même. <i>Loco citato.</i>	10 ans. H.	Ectropion de la paupière inférieure D. Petit bulbe dans la profondeur de l'orbite du même côté, relié à un kyste localisé dans l'angle inféro-interne de la cavité et repoussant la paupière en dehors. Cécité absolue. Bulbe G. du volume d'une noix, amblyope et nystagmique.
7.	Le même. <i>Loco citato.</i>	1 an. F.	Les deux bulbes sont très petits. A droite, kyste bleuâtre recouvert par la conjonctive, dans l'angle interne de l'orbite, sous la caroncule lacrymale et la paupière inférieure.
8.	Le même. <i>Loco citato.</i>	10 ans. F.	Anophtalmie congénitale double, paupière inférieure droite fortement tendue ; sous elle il y a un kyste élastique du volume d'une noix.
9.	Le même. <i>Loco citato.</i>	9 mois. ?	O. G. normal. A droite, paupière supérieure déprimée. En arrière, ectropion considérable de la paupière inférieure ; sous cette dernière, tumeur bleuâtre, élastique, fluctuante. Derrière la tumeur, petit bulbe oculaire de la grosseur d'une lentille.
10.	Le même. <i>Loco citato.</i>	9 mois. ?	A gauche, microphthalmie et colobome de l'iris. A droite, un kyste congénital de couleur bleuâtre sous la paupière inférieure. Le contenu du kyste était fortement coloré par le sang. En arrière, sous l'orbite, était un tout petit œil rudimentaire.

OPÉRATION ET RÉSULTAT	EXAMEN ANATOMO-HISTOLOGIQUE
Ponction donnant issue à 30 grammes de liquide séro-sanguinolent, ressemblant à de l'humeur aqueuse, puis extirpation.	Les parois du kyste ont deux lignes d'épaisseur et ont une surface plutôt fibreuse en dehors. Au milieu, les parois sont un peu plus transparentes et renferment les traces d'une cornée normale. A l'intérieur, cellules pigmentaires choroidiennes, mais pas de traces de rétine ni de N. optique.
Extirpation.	Le kyste a des fibres musculaires qui lui adhèrent. Au fond de l'orbite il y a un corps blanc représentant l'œil rudimentaire. Pas d'examen du liquide. La paroi du kyste (extirpé par Talko) est du tissu réticulé revêtu à sa face interne d'épithélium analogue à celui de la muqueuse du sac lacrymal.
.....	Observation semblable à celle de de Wecker. (Voir obs. n° 16.).
Excision du kyste.	La paroi du kyste est une fine membrane, de couleur cendrée, rappelant la pellicule interne d'un œuf d'oiseau. Le liquide était transparent et contenait beaucoup d'albumine. La paroi postérieure du kyste est plus épaisse, vasculaire, adjacente au bulbe et n'a pas été excisée.
On ouvre le kyste ; il s'écoule un liquide jaunâtre.	
Excision du kyste. Il sort environ 12 grammes d'un liquide clair et séreux.	Le rudiment du globe oculaire enlevé, renfermait toutes les parties constituantes d'un œil normal.

NUMÉROS d'ordre	AUTEUR ET SOURCE	AGE ET SEXE	EXAMEN DU MALADE
11.	Arlt. <i>Handbuch. v. Graefe-Sæmisch, II, p. 69.</i>	9 mois. ?	Dans chaque orbite il y avait un kyste qui repoussait, en avant, les paupières grosses comme des noix. Un N. optique (?) s'insérait sur la vésicule remplie d'un liquide albumineux. Près du point du N. optique, était fixé un cristallin rudimentaire, et à côté de lui des éléments de choroïde et de rétine.
12.	Vickerkiewicz. <i>Klin. Monatsbl. für Augenh. Octobre 1880.</i>	8 semaines. ?	Les paupières, très saillantes, contiennent un kyste fluctuant, semblant inséré entre la conjonctive et les couches externes des tissus palpébraux. Annexes de l'œil normaux. Absence des deux yeux. Le liquide du kyste n'a pas été recueilli.
13.	Bayer. <i>Aertlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Prag. 1880.</i>	? F.	Kyste avec microphthalmie. La tumeur avait le volume d'une châtaigne, fluctuante, de couleur gris bleuâtre.
14.	Van Duyse. <i>Annales d'oculistique, 1881, p. 144.</i>	22 ans. H.	A droite, la paupière supérieure est refoulée de bas en haut par le kyste situé derrière la paupière inférieure. Ce kyste, blanc jaunâtre, n'est pas beaucoup écarté de l'orbite; il le touche même à sa partie médiane. La paroi supérieure du kyste fait corps avec le bulbe; elle n'en est séparée que par une rainure recouverte par la conjonctive.
15.	V. Schaumberg. Thèse de Marbourg. 1882.	6 semaines. ?	Anophtalmie bilatérale avec tumeur kystique d'un côté. La tumeur était élastique, de couleur bleuâtre, située derrière la paupière inférieure et se prolongeait dans l'orbite. L'orbite et les paupières semblaient un peu diminués.
16.	De Wecker. <i>Traité d'ophtalmologie.</i>	Les paupières de l'enfant sont le siège d'une tumeur bleuâtre, et la conjonctive en ces points se montre un peu renversée. Elles sont fluctuantes, à parois minces. Absence des deux yeux.
17.	Dor. <i>Revue générale d'ophtalmologie, n° 2, 1882, p. 81.</i>	6 mois.	A gauche, microphthalmie avec colobome irien et choroïdien. A droite, sous la partie inférieure de l'orbite, il y a une tumeur fluctuante, de couleur bleuâtre, et en arrière, un œil microphthalmie avec colobome de l'iris. La paupière inférieure était en ectropion. Après l'opération, on voit que le kyste s'était développé en même temps que l'œil.
18.	Sæmisch. Cité par Manz: <i>Archiv für Ophthalmologie, 1881, p. 154.</i>	Bulbe réduit dans tous ses diamètres avec corps ciliaire et rétine très rudimentaires. A la partie inférieure, il y avait un kyste allant jusqu'au N. optique. Le développement du kyste avait entraîné l'atrophie des parties constituantes du bulbe.
19.	Wallmann.	4 ans. H.	Œil microphthalmie dont l'iris présentait un colobome. Le globe oculaire était petit, mais peu désorganisé. Le petit œil n'était séparé d'un kyste sous-jacent que par un cordon solide. Cette vésicule était tapissée d'une portion de rétine et de choroïde.
20.	Le même.	Vésicule communiquant avec l'œil microphthalmie et contenant aussi une portion de rétine et de choroïde.

OPÉRATION ET RÉSULTAT	EXAMEN ANATOMO-HISTOLOGIQUE
.....	Le contenu du kyste avait une couleur brune.
Il y eut trois ponctions; la première fois il sortit 4 centimètres cubes d'un liquide semblable à celui de l'ascite.	L'examen microscopique du liquide a été négatif. Il est riche en chlorure, fortement albumineux; ce n'est donc pas du liquide céphalo-rachidien.
Ponction qui fournit un liquide jaunâtre et très limpide, qui se reproduisit.	Pas d'éléments histologiques dans le liquide. A l'analyse chimique, sa composition se rapproche de celle de l'humour aqueux.
Opération.	Le contenu du kyste était un liquide séreux, légèrement brunâtre, probablement à la suite de petites hémorragies internes.

NUMÉROS D'ORDRE	AUTEUR ET SOURCE	AGE ET SEXE	EXAMEN DU MALADE
21.	Berlin. <i>Encyclopédie de Graefe-Sæmisch</i> , IV, p. 685.	8 semaines. F.	Paupières inférieures très saillantes, contenant un kyste fluctuant, de couleur bleu intense, lequel semble inséré entre la conjonctive et les couches externes des tissus palpébraux. Le bord des paupières inférieures est tourné en dedans; les paupières supérieures et les points lacrymaux sont normaux. La conjonctive existe et est quelque peu injectée. Pas de malformations de l'orbite. Absence complète des yeux.
22.	Sorebitzk. <i>Klin. Monatsbl. für Augenh.</i> , XIX, p. 423.	6 mois. F.	Ectropion des paupières supérieures. Ectropion des paupières inférieures. Glande lacrymale des deux côtés. Anophtalmie complète. Mais les conjonctives des paupières inférieures sont soulevées par des tumeurs du volume d'yeux normaux. La tumeur était bleuâtre, un peu mobile.
23.	Arlt. <i>Wiener med. Presse</i> , 1885, n° 8.	1 an. ?	Des deux côtés, des tumeurs du volume d'œufs de pigeon et paraissant bleues à travers les paupières. Le père (qui après cet enfant avait eu une fille bien conformée) présentait une microphthalmie avec colobome de l'iris à gauche; et à droite une forte myopie avec colobome de la choroïde.
24.	V. Reuss. <i>K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien</i> , 23 janvier 1885.	?	La fente palpébrale de l'enfant est close; si on relève la paupière on voit un petit nodule, qui est le moignon du bulbe arrêté dans son développement. Au niveau de la paupière inférieure, il y a un kyste transparent du volume d'une prune; la peau qui le recouvre n'est pas adhérente, mais on sent une bride qui va du kyste à la peau.
25.	Simon Snell. <i>Transact. of the ophthalm. Soc. of the U. K.</i> , t. IV, XII, p. 333-332.	?	L'enfant présentait des kystes des paupières inférieures; le kyste de gauche était le plus développé; pas de traces d'yeux. A l'opération, on voit un petit corps arrondi (œil rudimentaire ?).
26.	Macberg Jones. <i>Eodem loco.</i>	6 semaines. ?	A la paupière inférieure une tumeur à fluctuation indistincte; la tumeur remplit tout l'orbite. La conjonctive, au niveau de la tumeur, présente par endroits des protubérances bleuâtres. La tumeur allait très loin dans l'orbite. On put découvrir dans la profondeur de l'orbite un tout petit œil ayant un colobome inférieur de l'iris.
27.	Ewetzky. Thèse de Dorpat, 1886.	1 an 1/2. F.	A gauche, paupière supérieure normale. Inférieure en ectropion, sans cils; elle est repoussée en avant par une tumeur congénitale molle, élastique, de couleur bleue, fluctuante. Du côté de la conjonctive, le kyste proémine jusqu'à toucher le toit de l'orbite. Le doigt sent que le kyste va assez profondément dans l'orbite. En arrière, on sent un cordon solide, pourvu à sa partie antérieure d'un renflement, qui correspond incidemment à l'œil rudimentaire (?).
28.	Panas. <i>Archives d'ophthalm.</i> , 1887, p. 1-14.	12 ans. F.	Tumeur soulevant la paupière inférieure gauche, de couleur bleuâtre. Le kyste a le volume d'une cerise.

OPÉRATION ET RÉSULTAT	EXAMEN ANATOMO-HISTOLOGIQUE
Ponction des tumeurs. Le liquide se reproduit du côté G. L'auteur incise la paroi kystique et en enlève une partie.	Liquide séreux dont la composition se rapproche de celle de l'humeur vitrée.
Incision de la tumeur; il sort un liquide clair.	
On enlève une partie. Il s'écoule un liquide brun rouge, la couleur est due aux hématies.	La paroi du kyste se compose de deux couches: l'interne, plus mince et plus délicate, est faiblement unie à l'externe; elle se compose de tissu connectif; à ce niveau, on trouve de l'épithélium cylindrique. Cette couche interne représente la rétine modifiée. La rétine de l'œil normal se transforme en avant, vers l' <i>ora serrata</i> , en épithélium cylindrique.
Ablation. Guérison rapide.	La tumeur est formée de deux poches, une antérieure sous-palpébrale grande, pleine d'un liquide visqueux brun, et une petite poche à contenu visqueux et transparent. Entre les deux poches il y a une masse fibreuse adhérente à la face inférieure de la tumeur et se prolongeant profondément dans l'orbite. Les deux cavités communiquent par un conduit glandulaire. La paroi du petit kyste présente un épithélium cylindrique et en dehors un stroma conjonctif. Celle du grand kyste est une couche épithéliale modifiée, et en dehors

NUMÉROS d'ordre	AUTEUR ET SOURCE	AGE ET SEXE	EXAMEN DU MALADE
29.	De Lapersonne. <i>Archives d'ophth.</i> , mai 1891 et Congrès d'Edimbourg, 1894.	5 semaines. ?	<i>Autopsie.</i> — Les nerfs optiques conduisent à deux corpuscules fibreux qui sont les globes oculaires; ils se continuent, en avant, par une cavité kystique aplatie de haut en bas.
30.	De Gallemaert. <i>Soc. de sc. méd. de Bruxelles</i> , 5 décembre 1892.	? F.	L'enfant a un bec de lièvre simple. Oeil droit nystagme, mais il est bien conformé. Oeil gauche invisible. La paupière inférieure est en ectropion à sa partie interne. Sa surface cutanée a une teinte bleuâtre. Il y a une tumeur fluctuante, non pulsatile, non réductible. L'œil est réduit à un moignon et refoulé en arrière par la tumeur.
31.	Fromaget. <i>Archives d'ophth.</i> , t. XIII, 1893.	8 mois. F.	Tumeur du volume d'une noix, repoussant en avant la paupière inférieure droite. La tumeur remplit presque tout l'orbite; elle est de couleur gris bleuâtre; elle est fluctuante et irréductible. A gauche, microphthalmie.
32.	Becker. <i>Archiv für Augen- heilk.</i> , t. XXXVIII, p. 87-127, 1895.	?	Il existe une communication, en forme de fente, entre le globe et le kyste. Microphthalmie.
33.	Ginsberg. <i>Archives de de Graefe</i> , t. XLVI, 1898.	?	Kyste de la grandeur du globe oculaire, adhérent au pôle postérieur de l'œil et traversé par le nerf optique. Microphthalmie.
34.	Fromaget. <i>Journal de méd. de Bordeaux</i> , 25 mars 1900, p. 231.	35 jours. H.	Ectropion de la paupière inférieure droite. La tumeur a le volume d'une châtaigne; elle est bleuâtre et va assez loin dans l'orbite. Il y a anophtalmie apparente.
35.	Lagrange (V. p. 110). dans cet ouvrage.	6 mois.	Tumeur kystique offrant tous les caractères des kystes congénitaux avec microphthalmie. Oeil petit, caché derrière le néoplasme.

OPÉRATION ET RÉSULTAT	EXAMEN ANATOMO-HISTOLOGIQUE
	il y a un stroma cellulo-fibreux avec une membrane basale entre lui et le revêtement épithélial.
	La paroi du kyste est formée de deux couches: une composée de tissu cellulaire lâche, l'autre (couche interne) dans laquelle on reconnaît la rétine. Il ne peut y avoir aucun doute que ce ne soit vraiment la rétine; mais, chose curieuse, la rétine regarde par sa face externe la cavité du kyste.
Extirpation. Il s'écoule un liquide séreux. Guérison rapide.	Couche externe du kyste rappelle la structure de la gaine du N. optique. La couche interne est formée par une substance finement granuleuse où il y a des cellules à noyau arrondi. Les cellules peuvent être fusiformes et avoir des prolongements multiples. La structure de la couche interne est celle d'une membrane nerveuse.
Extirpation du kyste. A l'opération, on trouve une seconde cavité ne communiquant pas avec la première. Il n'y a pas de moignon oculaire. Guérison.	Le liquide retiré par ponction se rapproche de l'humeur vitrée. La tumeur est composée d'un pédicule, d'une grande cavité et d'une petite cavité. Le pédicule est tapissé par un épithélium glandulaire cylindrique. Il en est de même de la grande cavité. La rétine contenue dans la petite cavité ne présente pas de fibres optiques; il y a exagération du tissu conjonctif, qui a envahi les plexus et atrophié des cellules nerveuses.
	Un tissu fibreux, riche en cellules, passait à travers la fente et allait de la cavité oculaire à la cavité kystique. Ce tissu, accompagné de l'épithélium pigmenté, est l'analogue de la rétine. Toutes les parties constituantes de l'œil existant, sauf la zonule. Becker conclut que le kyste a dû se développer à un stade tardif du développement, alors que le cristallin occupait déjà l'intérieur de l'œil.
	L'intérieur du kyste étant tapissé par des éléments dérivés du feuillet externe (pigmentaire) de la rétine, le feuillet interne faisait une petite hernie dans le sac kystique. Le début semble remonter au moment où la vésicule optique secondaire venait de se former. Ginsberg l'attribue à un développement anormal du mésoderme qui facilite une hernie de la rétine embryonnaire.
Extirpation. Guérison rapide.	L'examen anatomique a démontré qu'il s'agissait d'un angiome congénital devenu kystique et ayant empêché par compression le développement de l'œil.

Le lecteur qui n'aura pas craint de prendre une connaissance attentive des documents qui précèdent n'aura pas perdu son temps. Il va être en mesure de suivre pas à pas l'évolution de la question, et pour le lui permettre plus aisément, nous allons brièvement mettre en lumière la signification inégale de ces divers matériaux.

Le fait majeur qui se dégage de cette lecture est celui que Talko a, le premier, précisé à la Société ophtalmologique de Heidelberg en 1879, lorsqu'il a dit que les kystes séreux intra-orbitaires des nouveau-nés sont compliqués de développement vicieux de l'œil.

Sur ce point les observations sont à peu près toutes en parfait accord, mais il n'en est pas de même des désordres anatomiques constatés dans la poche kystique, et de leurs relations avec la malformation oculaire. Les descriptions données à ce sujet sont assez diverses. Nous allons mettre en lumière les principales.

Walmann reconnut, dans la pièce qu'il examina pour Arlt, que la poche kystique était reliée, non au globe oculaire rudimentaire, mais au tractus fibreux qui représentait le nerf optique. Dans un autre cas, le même auteur trouva, à la place des yeux, deux poches sous-palpébrales sur lesquelles s'insérait le nerf optique atrophié. Ces poches contenaient un liquide filant ou albumineux, ainsi que le cristallin et des éléments rétinio-choroïdiens.

Dans le cas de Dor, le kyste ne communiquait pas avec l'œil; celui-ci était refoulé sous le plafond de l'orbite par le kyste plus gros qu'un œil normal. Il y avait, d'ailleurs, adhérence intime entre le globe microphthalmie et la tumeur kystique. Le docteur Chandelux crut reconnaître dans la paroi du kyste la présence d'un *sarcome fasciculaire*; malheureusement, les détails histologiques sont trop écourtés pour qu'on puisse admettre sans hésitation le diagnostic anatomique.

Sur une pièce du musée de Vienne, représentant une double microphthalmie avec kyste sous-palpébral, Kundrat trouva l'œil rudimentaire ouvert en bas et relié au kyste par un tissu mollassé. L'autre œil, également colobomateux, était, au niveau du colobome, pourvu d'un diverticule. L'examen histologique démontra, dans la paroi du kyste, l'existence d'un épithélium cylindrique pouvant provenir de la rétine embryonnaire.

L'examen histologique, fait par Ewetzky dans le cas qui lui est personnel, n'est pas beaucoup plus concluant.

Il n'a examiné qu'un fragment de la paroi du kyste; il l'a trouvée composée de deux couches: une couche externe, ferme, constituée par du tissu conjonctif bien développé et renfermant des vaisseaux; une couche interne, formée également de tissu conjonctif et tapissée, en certains endroits, par un épithélium cylindrique.

De la présence de cet épithélium, Ewetzky, conclut à tort que la membrane interne est une rétine en voie de développement et fortement altérée.

Cette conclusion est certainement inacceptable, car l'épithélium cylindrique n'est nullement caractéristique de la présence de la rétine; le feuillet distal de la vésicule secondaire forme bien de l'épithélium cylindrique au niveau de l'*ora serrata*, mais au même endroit le feuillet proximal forme une couche pigmentée, qui manquait absolument dans le cas d'Ewetzky et qui seule eût été caractéristique.

Tillaux a fait la dissection d'un kyste; il insiste sur l'adhérence de l'œil et du kyste et sur la structure fibreuse de la paroi.

De même, dans le cas de Max Meyer, deux kystes en chapelet étaient rattachés, par un pédicule, à l'œil rudimentaire. La poche était tapissée d'une simple couche de cellules cylindriques sans pigment.

Dans le cas de Lang, l'intérieur de la poche kystique contenait une substance cérébriforme se continuant avec un liquide gélatineux remplissant l'œil réduit.

Le fait de Rubinsky mérite d'être retenu par la netteté et l'importance des détails: on trouva la poche formée de tissu conjonctif adipeux et tapissée à l'intérieur par une couche de culs-de-sac glandulaires et d'une seule rangée de cellules cylindriques. Cette poche adhérait au globe par l'intermédiaire d'un pédicule plein.

Des examens plus complets que ceux que nous venons de résumer succinctement ont été faits successivement par Panas, Dutilleul (cas de Lapersonne) et Fromaget. Ces auteurs ont pris toutes les précautions désirables pour la judicieuse interprétation de leurs pièces, et leurs faits pèsent d'un poids tout particulier dans l'histoire de la question.

Dans le cas de Panas, le kyste occupait l'angle inféro-interne de l'or-

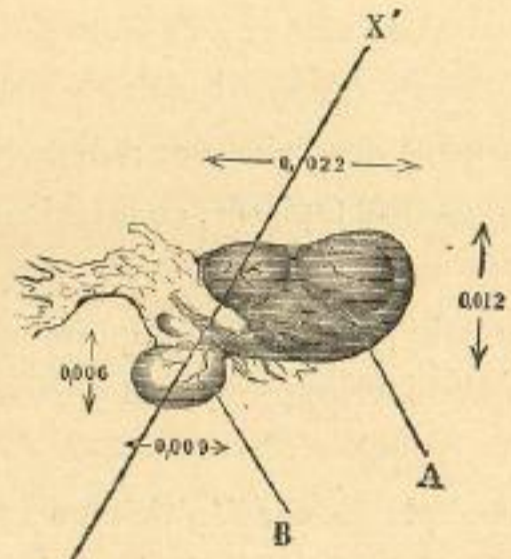


FIG. 14 (PANAS).

FIG. 14. — Tumeur, dimensions naturelles. A, premier kyste, bilobé, de couleur violacée; — B, deuxième kyste, non coloré.

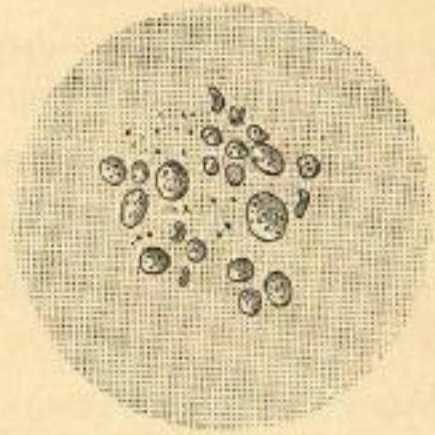


FIG. 15 (PANAS).

FIG. 15. — Leucocytes volumineux, granuleux, chargés de grains hématisés et hématisés altérés provenant du contenu du kyste (A).

bite et présentait tous les symptômes du kyste congénital, mais il s'était formé à côté d'un œil intact, dont l'acuité était normale.

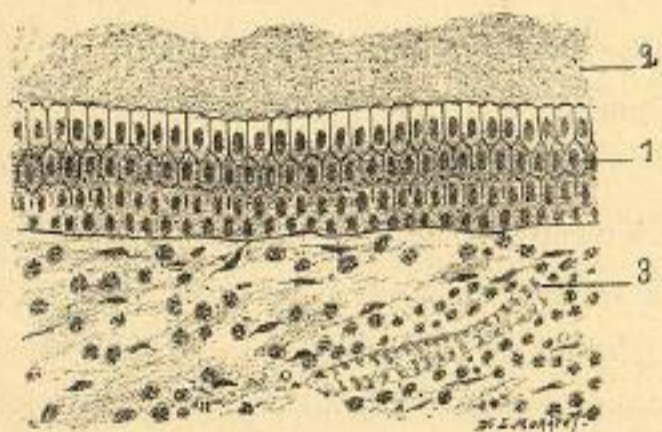


FIG. 16. — Coupe de la paroi du kyste (PANAS). 1, épithélium cylindrique stratifié; — 2, contenu du kyste coagulé par les réactifs; — 3, vaisseau infiltré de leucocytes.

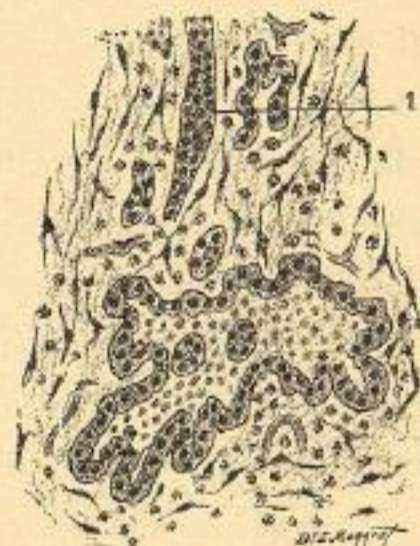


FIG. 17. — Acini glandulaires avec conduit excréteur (PANAS).

Le kyste bilobé contenait un liquide glaireux brunâtre, et l'examen histologique démontra que les deux cavités, communiquant ensemble par un

trajet anfractueux, étaient tapissées d'un épithélium cylindrique. Dans la paroi se trouvaient des acini glandulaires. En un mot, il était bien certain qu'il s'agissait d'un kyste congénital dépendant des voies lacrymales.

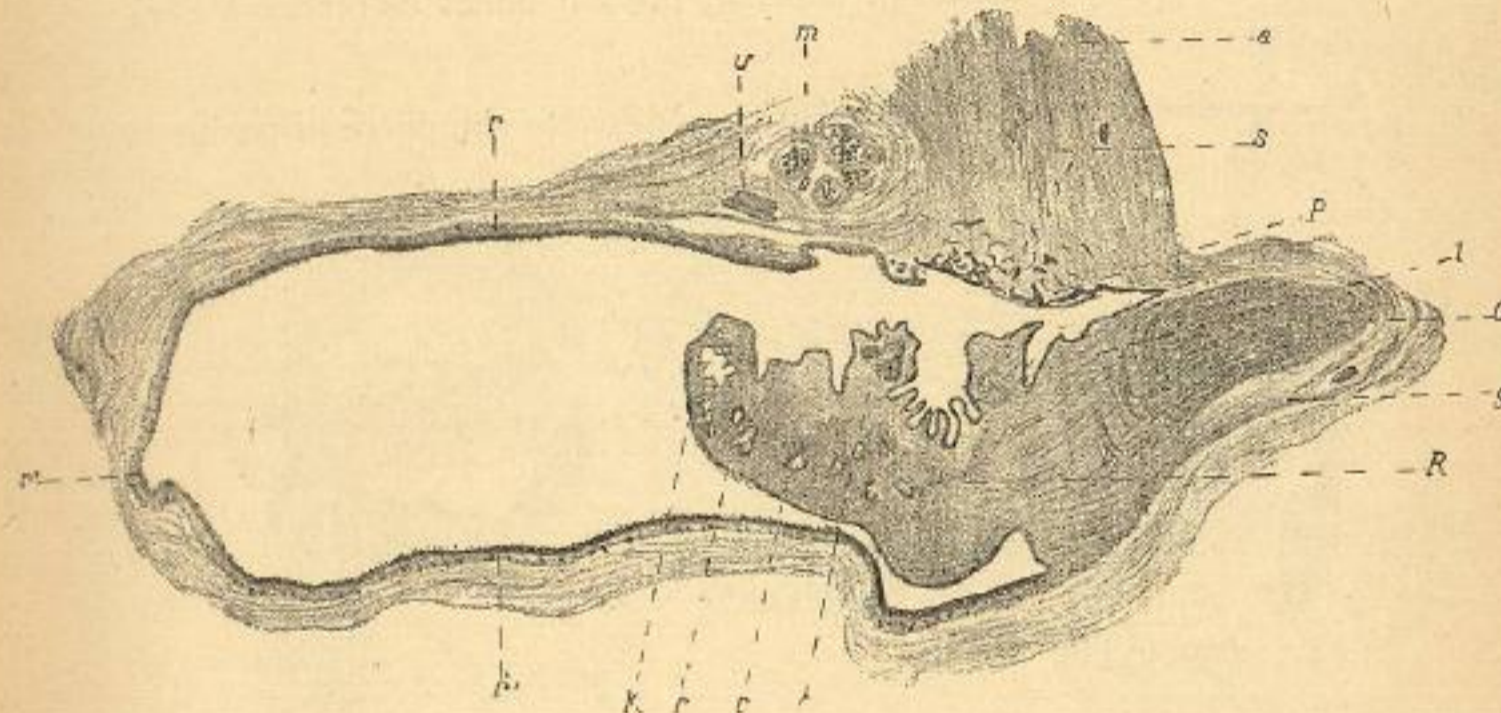


FIG. 18. — Coupe antéro-postérieure et verticale de l'œil avec le kyste, près de la partie interne. Grossissement de 10 diamètres. La partie postérieure répond à O; la partie supérieure à S (DE LAPERSONNE).

O, nerf optique coupé obliquement; — g, gaine du nerf optique et tissu cellulaire dans lequel on trouve d'assez nombreux vaisseaux, des fibres musculaires et des nerfs qui n'ont pas été représentés ici; — l, lame criblée, très visible à un fort grossissement; — G, tissu fibreux ondulé représentant la sclérotique; il se continue en arrière avec les gaines du nerf; il contient de nombreux vaisseaux; — a, section de ce tissu, qui adhère à la conjonctive dans le fond du cul-de-sac; p, pigment rétinio-choroïdien; — m, muscles; — v, vaisseaux; — c, petite portion de cristallin; — R, la rétine semble former une masse uniformément colorée, mais déjà à un faible grossissement on y rencontre de petites cavités (r) limitées par un tissu d'aspect granuleux et très coloré. A un fort grossissement on reconnaît que ces cavités sont tapissées par des bâtonnets bien conservés, avec une limitante externe très nette et en dehors des grains fortement colorés; — h, petites cavités kystiques ou vacuoles œdémateuses dans l'épaisseur de la rétine; — r', paroi du kyste formée par la rétine retournée: la face externe est en rapport avec la cavité du kyste; la face interne avec un tissu cellulaire peu dense et peu adhérent.

Le cas de de Laperonne, dont l'étude histologique a été faite par Dutilleul, est très différent et d'une interprétation beaucoup plus difficile; on a lu plus haut le résumé de l'observation. « Ce qui lui donne, dit l'auteur, un caractère particulier et que je n'ai trouvé nulle part, c'est la disposition de la paroi kystique. Cette paroi est formée par la rétine, partout continue à elle-même, sauf peut-être dans une petite portion du diverticule