

possible de ne pas tenir compte de l'affirmation de Walmann déclarant, dans deux cas personnels, que la cavité kystique était tapissée d'une portion de rétine et de choroïde.

Kundrat, dans une pièce du musée de Vienne, arriva aux mêmes conclusions qu'Ewetzky et Walmann. Les deux yeux, colobomateux, étaient reliés à la production kystique par un pédicule contenant de l'épithélium cylindrique d'origine rétinienne, affirme-t-il. Nous avons vu que c'est aussi à cette conclusion qu'arriva Treacher Collins. Il n'est donc pas permis de contester cette origine rétinienne; il est encore moins possible de nier la communication bien évidente du kyste avec la cavité oculaire au niveau même du colobome. Ces données macroscopiques et microscopiques sont bien établies, et nous ne pouvons en vérité éliminer d'emblée les descriptions faites sur ce point par d'aussi bons observateurs que Arlt, Walmann, Kundrat, Ewetzky, Treacher Collins et Van Duyse.

Il convient donc d'admettre : 1° la théorie de l'inclusion fœtale de la muqueuse lacrymale s'appliquant aux faits les plus communs; 2° celle de l'enkystement du colobome s'appliquant à quelques faits plus rares; 3° celle de l'angiome kystique congénital s'appliquant à des faits très exceptionnels..

La conclusion à tirer de tout ce qui précède sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes séreux de l'orbite est donc qu'il faut admettre comme théorie générale, répondant à la majorité des faits, la théorie de Talko-Hoyer basée sur l'enclavement de la muqueuse lacrymonasale, et comme théorie particulière, s'adressant à des faits plus rares, celle de Manz, Arlt, Ewetzky et Van Duyse sur la dégénérescence cystoïde de l'œil et l'enkystement des colobomes. Enfin, très exceptionnellement, le kyste avec microphthalmie peut n'être qu'un angiome congénital kystique.

3° KYSTES DERMOÏDES DE L'ORBITE ET DE SON POURTOUR

Les kystes de l'orbite doivent être étudiés en même temps que ceux de la région circonvoisine, car s'ils n'ont pas tous la même importance clinique, ils méritent tous la même thérapeutique et procèdent de la même pathogénie. Leur histoire est commune sur tant de points qu'en les décrivant ensemble nous évitons d'inutiles répétitions.

Nous décrirons donc dans ce chapitre les kystes dermoïdes de la queue du sourcil, ceux du grand angle de l'œil, aussi bien que ceux qui naissent dans la cavité orbitaire.

Historique. — Il y a longtemps que l'histoire des tumeurs dermoïdes orbitaires est commencée. Il est au moins probable que trois des observations rapportées par Pierre de Marchetis¹, qui professait à Padoue en 1640, se rattachent à l'affection qui nous occupe, et il y a certitude presque absolue en ce qui concerne l'observation XXI, intitulée : *Méliceris du grand angle de l'œil s'étendant jusqu'à la pupille*, qu'on traita en vain par une grande quantité de remèdes et qui fut enfin enlevé adroitement avec son follicule, sans blesser l'œil.

Maitre Jean² consacre également quelques lignes aux tumeurs dermoïdes de l'orbite.

Saint-Yves³, dans le chapitre XXI de son *Traité des maladies des yeux*, sous le titre « Opération d'une tumeur singulière dans l'orbite », rapporte certainement une observation de kyste dermoïde. Il trouva dans cette tumeur trois cavités : la plus proche de la peau contenait une matière purulente assez liquide; la seconde était remplie d'une matière plus épaisse et en partie plâtreuse; celle de la troisième était comme du blanc d'œuf.

Demours⁴ confond dans une même terminologie clinique toutes les

¹ PIERRE DE MARCHETIS in WARMONT, Th. Paris, 1858.

² MAITRE JEAN, *Traité des maladies de l'œil*, 1740, p. 404.

³ SAINT-YVES, *Traité des maladies des yeux*, chap. XXI, p. 147. Paris, 1722.

⁴ DEMOURS, *Précis théorique et pratique sur les maladies des yeux*. Paris, 1821, pp. 171 et 528.

tumeurs enkystées ou loupes des paupières, les athéromes, les mélicéris, les stéatomes, les hydatides et même la lithiase des paupières; il fait remarquer d'ailleurs, et là il fait évidemment allusion aux kystes dermoïdes de l'orbite, que ces loupes peuvent se développer dans la cavité orbitaire et entraîner l'exophtalmie.

Rosas¹ est beaucoup plus clair: sous le nom de mélicéris, de stéatomes et d'athéromes, il donne les caractères principaux des tumeurs dermoïdes, aussi exactement observées qu'il était possible de le faire à l'époque où il écrivait.

Junken² parle également de ces kystes, mais en termes moins précis; aux variétés énumérées par Rosas, notons cependant qu'il ajoute les kystes dermoïdes épibulbaires.

Demarquay³, dans un paragraphe de son ouvrage consacré aux kystes, nous décrit successivement les stéatomes, les athéromes, les mélicérides, les kystes sébacés, les kystes colloïdes, les kystes purulents, les kystes mélaniques, sans faire le moindre effort pour pénétrer la pathogénie de ces diverses variétés de tumeurs.

Il rapporte, d'ailleurs, plusieurs observations qui appartiennent à la catégorie des kystes dermoïdes, notamment celle de Barnes concernant un kyste double s'étendant au fond de l'orbite et contenant une dent, et une observation de Testelin, publiée sous la rubrique de kyste sébacé. L'étude symptomatologique que Demarquay fait de ces kystes orbitaires est encore utile à consulter.

Mais il faut arriver jusqu'à Cruveilhier⁴ pour avoir sur la question des notions anatomiques, sans lesquelles le diagnostic échappe plus ou moins complètement.

Cet auteur a étudié deux kystes de la queue du sourcil, dont l'un avait un contenu huileux, et un kyste placé sur la glabelle, débouchant par une fistule au milieu de la racine du nez et laissant sortir spontanément des poils.

¹ ROSAS, *Schmid's Jahrbücher*, t. XXXV, p. 103.

² JUNKEN, *Die Lehre von den Augenkrankheiten*. Berlin, 1836, 2 Aufl., p. 614, etc.

³ DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*, p. 389, 1860.

⁴ CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathol. générale*, t. III, p. 337.

Lawrence¹ décrit deux cas de kystes renfermant des poils; l'un contenait en outre de la graisse solide; l'autre, de l'huile. Cet auteur, le premier, donne le conseil, toujours en valeur, de décortiquer complètement le sac en enlevant la tumeur, sous peine de faire une opération incomplète. Cunier² cite après Lawrence des cas analogues; Ryba³ publia peu après une observation typique de tumeur dermoïde pleine de poils, à propos de laquelle il émit l'idée que les poils venaient de la peau et avaient poussé en dedans; autour d'eux un sac adventice se serait développé et le petit kyste se trouvait ainsi constitué.

Cramer⁴, Kent⁵, Ruete⁶, Fischer⁷, Hasner⁸ publient des observations de kystes auxquelles il ne manque que l'examen microscopique; mais pas plus que les précédents auteurs, ils n'en pénètrent la véritable pathogénie.

Walther⁹ a plus particulièrement étudié les kystes de l'orbite; il croit que ce sont le plus souvent de simples kystes palpébraux, gagnant en profondeur grâce à leur durée et à leur accroissement; mais il admet aussi les kystes primitivement développés dans l'orbite, et il accuse, qu'après avoir rempli cette cavité, ils peuvent pénétrer dans le crâne et amener des convulsions ou la mort par compression cérébrale. Walther indique, en outre, la nécessité de l'extirpation complète de ces kystes.

C'est à Lebert¹⁰ que revient le mérite d'avoir créé le nom de kystes dermoïdes et d'avoir démontré que la paroi du kyste n'était autre chose

¹ LAWRENCE, *Encysted tumours of the eyelids*. *London med. Gazette*, 1838, t. XXI, p. 471.

² CUNIER, *Annales d'oculistique*, 1839, t. II, p. 162-163.

³ RYBA, *Genesis der Haarbalggeschwulst der orbitalen Gegend*. *Prager Vierteljahrsschrift f. die prakt. Heilk.*, 1844.

⁴ CRAMER, *Casper's Wochenschrift*, 1845, n° 5.

⁵ KERST, *Annales d'oculistique*, t. XII, p. 41.

⁶ RUETE, *Lehrbuch der Ophthalmologie*. Braunschweig, 1845, p. 701, etc.

⁷ FISCHER, *Lehrbuch der ges. Entzündungen und organischen Krankheiten des menschlichen Auges*. Prag., 1846; *Klinischer Unterricht in der Augenheilkunde*. Prag., 1832.

⁸ HASNER, *Entwurf einer anatom. Begründung der Augenkrankheiten*. Prag., 1847, p. 244, etc.

⁹ WALTHER, in MACKENSIE, *Traité des maladies de l'œil*, obs. 271, p. 466, t. I; et *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, t. VII, p. 235, Berlin, 1825.

¹⁰ LEBERT, *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*. *Mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, t. V, p. 203-213, 1852.

que de la peau. Il publia ses premiers travaux en 1847; il n'y traitait que des dermoïdes du tissu sous-cutané; en 1852 il publia dans les *Mémoires de la Société de biologie* une monographie étendue sur les kystes dermoïdes des diverses régions. En 1858, il revint sur le même sujet dans le *Prager Vierteljahrschrift*. Dans ces divers travaux, Lebert donna une excellente description des dermoïdes à poils et fit le diagnostic précis de ces tumeurs et des athéromes, diagnostic contre lequel Forster¹ eut le grand tort de s'élever dans une étude anatomique d'ailleurs très remarquable. Les études anatomiques de Lebert méritent l'une des premières places dans l'histoire des kystes dermoïdes; malheureusement il en tira des données pathogéniques inexactes, et sa théorie de l'hétérotomie plastique, dont nous parlerons plus loin, ne répond en aucune façon à la réalité.

La distinction, si judicieuse, faite entre les athéromes ou kystes sébacés et les dermoïdes par Lebert, ne fut, d'ailleurs, pas acceptée facilement. A ce sujet, Heschl² commit la même erreur que Forster. Il nomme les kystes sébacés des athéromes épidermoïdes et en fait une première classe de kystes dermoïdes, la deuxième classe étant formée par les kystes dermoïdes vrais. En dehors de cette erreur, le travail de Heschl est plein de judicieuses réflexions; il remarque que souvent les dermoïdes sont congénitaux, et il arrive à dire très exactement que tous les dermoïdes se produisent pendant la vie intra-utérine et grossissent ensuite.

Après ces travaux, on en voit paraître un grand nombre qui traitent particulièrement de la genèse des kystes dermoïdes; nous retrouverons les plus importants d'entre eux dans le paragraphe qui sera plus loin consacré à la pathogénie; citons ici les noms de Virchow³, de Lücke⁴, de Spencer-Watson⁵ et arrivons à l'intéressant travail de Mikulicz⁶, qui

¹ FORSTER, *Handbuch der allgemein-pathologischen Anatomie*, 1855.

² HESCHL, Ueber die Dermoid-cysten. *Prager Vierteljahrschrift f. die prakt. Heilk.*, Bd 68, 1860, p. 40.

³ VIRCHOW, Eine tiefes auriculäres dermoid des Halses. *Virchow's Archiv*, 1866, Bd XXXV, p. 208.

⁴ LÜCKE, *Handbuch der Chirurg. von v. Pitha-Billroth*, 1869, Bd II.

⁵ SPENCER-WATSON, An intra-orbital Dermoid cyst resulting in abscess; the cyst removed subsequently; satisfactory result. *The Lancet*, July 1872.

⁶ MIKULICZ, Beiträge zur Genese der Dermoid am Kopfe. *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1876, n° 39.

s'occupe presque exclusivement de la genèse des dermoïdes de la tête et indique trois modes principaux dans la production de ces tumeurs: 1° la fermeture des cavités du corps sur la ligne médiane; 2° la fermeture des cavités ou des fentes revêtues d'épiderme pendant la vie fœtale; 3° l'invagination anormale de l'épiderme. Il ne serait pas juste d'attribuer à Mikulicz la priorité de cette théorie, qui, ainsi que nous le dirons plus loin, de l'avis de Lannelongue, a été émise d'abord par Verneuil; mais il faut reconnaître au travail de Mikulicz une grande précision dans la localisation des kystes qui nous intéressent, et qui, d'après lui, ont pour siège d'élection: 1° le bord orbitaire externe et supérieur et l'orbite lui-même; 2° le rocher et son voisinage; 3° la racine du nez (glabellé), et enfin la région de la grande fontanelle.

Il serait trop long de mentionner tous les mémoires publiés sur ce sujet; il devra suffire de signaler encore ceux d'Albert¹, de Burow², de Bull³ et de Panas⁴, qui a inspiré à ses élèves Vassaux et Broca⁵ un travail digne d'attention sur les kystes huileux de la région orbitaire.

Ces deux derniers auteurs ont réuni avec soin tous les cas semblables à celui qu'ils ont étudié dans le service de Panas, si bien que, non seulement ils font une étude anatomique complète des kystes huileux, mais un historique détaillé de cette question. Nous reviendrons sur les points originaux qu'ils ont ainsi pu mettre en lumière. Depuis, un certain nombre d'observations ont été publiées; nous citerons notamment le travail de Kurt Steindorff⁶ et la très intéressante étude du professeur Chavasse⁷ (du Val-de-Grâce). Avant eux, quelques faits curieux de ce genre avaient été publiés, notamment par Demons⁸, de Bordeaux.

¹ ALBERT, *Lehrbuch der Chirurgie*, Bd I. Ueber prälacrymale Cysten, in *Wiener med. Presse*, 1882, S. 51.

² BUROW, Cyste am oberen Augenlid. *Mitth. aus der priv. Kl. Königsberg*, 1879.

³ BULL, Encysted tumours of the eyelids and vicinity. *Americ. Journal of med. science*, 1879, S. 394.

⁴ PANAS, Deux observations de kyste de la région superciliaire. *Gazette méd. de Paris*, 1880.

⁵ VASSAUX et BROCA, Contribution à l'étude des kystes à contenu huileux. *Arch. d'ophth.*, 1883, p. 318 et suiv.

⁶ KURT STEINDORFF, *Centralblatt für praktische Augenheilk.*, 1900.

⁷ CHAVASSE, Kyste dermoïde à contenu huileux de l'angle interne de l'orbite gauche. *Arch. d'ophtalmologie*, octobre 1901, p. 545 et suiv.

⁸ DEMONS, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1880, t. VI, p. 54.

Le travail de Vassaux et Broca resta pendant longtemps le seul dans lequel l'absence de structure épidermique sur quelques points de la paroi fut interprété comme un accident pathologique. Hildebrandt et Goldmann firent des études analogues et démontrèrent particulièrement la présence de tissu granuleux dans les parties privées d'épiderme et la formation dans ce tissu de nombreuses cellules géantes. Ajoutons enfin que Mitvalsky¹ a consacré un mémoire, très nourri de faits, au sujet qui nous occupe; nous aurons à l'utiliser longuement dans l'étude anatomique de la question.

Pour finir cet historique, nous croyons devoir encore signaler en particulier les ouvrages didactiques ayant consacré à cette question des articles étendus, qui, d'ailleurs, ne sont pas tous irréprochables. Nous bornerons nos citations aux ouvrages de de Wecker², de Berlin³ et de Lannelongue⁴, en insistant sur l'œuvre très remarquable et très documentée de ce dernier maître.

De Wecker confond les kystes dermoïdes avec les kystes sébacés par rétention, et il leur donne le nom inexact de kystes folliculaires. « Les kystes folliculaires (dermoïdes) de l'orbite sont, dit-il, comme le prouvent plus ou moins clairement quelques observations, en rapport avec une des paupières et prennent leur point de départ dans un des follicules du derme », et dans le courant de son article, De Wecker s'applique bien à tort à défendre son opinion, aujourd'hui définitivement inacceptable. Ce qu'il dit, d'ailleurs, des termes stéatomes, cholestéatomes, mélicérides, destinés à désigner des tumeurs différentes est négligeable depuis que nous connaissons bien la structure de la poche. Aujourd'hui c'est la structure anatomique du sac kystique qui doit servir de guide dans la terminologie, et non le contenu.

Berlin, dans le *Traité de Græfe-Sæmisch*, s'est appliqué à réunir tous les cas publiés jusqu'en 1879; il en trouva 70, auxquels s'ajoutent deux faits observés par lui et mis à sa disposition par Just de Littau.

¹ MITVALSKY, Zur Pathologie der circumbulbären Dermoidcysten. *Arch. f. Augenheilk.*, t. XXXIII, p. 109.

² DE WECKER, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. IV, p. 821.

³ BERLIN, *Handbuch Græfe-Sæmisch*, 1880.

⁴ LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*, p. 98, 1891.

Parmi ces 72 observations, il en est 39 dont le contenu était caractéristique (dents, poils, produits épidermiques divers); mais les 33 autres observations sont loin d'être aussi démonstratives: onze fois, le contenu n'est pas indiqué, cinq fois pour la raison bien simple qu'on n'opéra pas; dans les autres cas il était séreux, séro-sanguin, semblable à de la synovie, à de l'albumine; et comme d'autre part l'analyse histologique de la paroi n'est pas faite, le diagnostic de kyste dermoïde est éminemment douteux, et Berlin a certainement réuni dans sa statistique un grand nombre de faits qui n'appartiennent pas à la catégorie des kystes que nous étudions. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples très nets, le cas de Lafargue¹ est un kyste palpébral et non orbitaire, le cas de Roussilhe², qui contenait une sérosité citrine, n'est pas un dermoïde. Celui de Bourdillat³ est une hématoécèle de l'orbite; nous pourrions en dire autant des cas de Galezowski⁴, de Brière⁵ et de Schiess-Gemuseus⁶. Il est évident qu'au moment où il a réuni ces faits, Berlin n'avait pas une nette compréhension de la pathogénie des kystes dermoïdes, sans quoi il n'aurait pas confondu avec eux un fibrome ayant subi la dégénérescence kystique, ainsi qu'il l'a fait à propos du cas de Schiess-Gemuseus.

Malheureusement, Berlin n'est pas le seul à avoir fait des confusions, et les auteurs qui l'ont suivi n'ont pas tous apporté à l'histoire de la question des matériaux irréprochables.

Nous ne dirons rien de la thèse de Huber⁷, dont nous n'avons pu nous procurer l'original, et nous ne signalerons qu'en passant l'observation de Cornwell⁸, dans laquelle le contenu du kyste fut enlevé à la pince et où manque l'examen du contenant et du contenu; celle de Lopez⁹, qui

¹ LAFARGUE, *Annales d'oculistique*, t. XV, p. 136.

² ROUSSILHE, *Annales d'ocul.*, t. XX, p. 223.

³ BOURDILLAT, *Gazette hebdomadaire*, 1868, n° 13, p. 197.

⁴ GALEZOWSKI, *Annales d'ocul.*, t. LIV, p. 202, 1865.

⁵ BRIÈRE, *Annales d'oculistique*, t. LXXVIII, p. 36, 1877.

⁶ SCHIESS-GEMUSEUS, *Arch. f. Ophthal.*, XIV, p. 73, 1868.

⁷ HUBER, *Klinische Beiträge zu der Lehre von orbitalen Tumoren*. Inaug. Dissert., Zurich, 1882.

⁸ CORNWELL, A compound dermoid cyst of the orbita. *Archives of ophthalmology*, Bd XI, p. 338.

⁹ LOPEZ, Kyste sébacé volumineux de l'orbite ayant amené une neuro-rétinite. *Rec. d'ophl.*, 1885, p. 103.

paraît avoir observé un kyste de l'orbite, mais lui donne le nom de *kyste sébacé*. Les cas de Pfalz¹ et de Kuntzen² méritent d'être retenus, et il convient d'y ajouter le cas XIV que Mitvalsky a décrit dans l'excellent mémoire qu'il a publié sur ce sujet.

En France, Lannelongue a étudié, avec un grand luxe de détails et un nombre imposant d'observations personnelles, les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour. Dans son ouvrage, la question des kystes dermoïdes est présentée au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie avec une clarté et une autorité qu'on chercherait vainement dans les travaux similaires.

Symptômes et diagnostic. — La symptomatologie des kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour ne saurait nous arrêter longtemps,

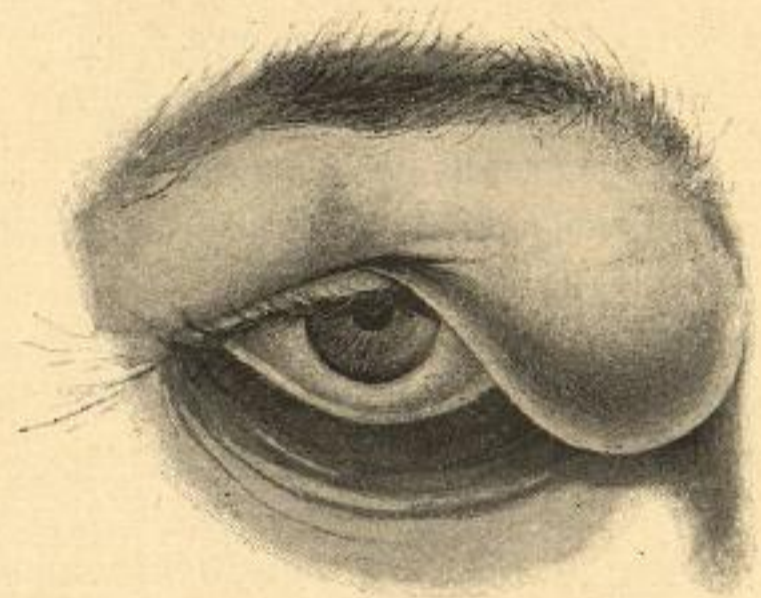


FIG. 31. — Volumineux kyste dermoïde de l'orbite occupant l'angle interne et supérieur de la cavité.

car les caractères cliniques de l'affection peuvent assez rapidement se résumer.

Nous étudierons d'abord : 1° les kystes de l'orbite à proprement parler ;

¹ PFALZ, Beiträge zur path. Anatomie der Orbitalcysten. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1885, pp. 271-277.

² KUNTZEN, Ueber maligne Tumoren der Orbita. Inaug. Dissertation, München, 1885.

2° les kystes para-orbitaires et, en particulier, la variété des kystes huileux.

1° Les kystes de l'orbite ont pour siège d'élection les angles interne et externe de l'orbite (fig. 31, 33 et 34), dans sa partie antérieure. D'après Cusset, ils seraient surtout communs à l'extrémité externe de la fente orbitaire, mais, dans beaucoup de cas on les a signalés en dedans ou à la partie inférieure de l'orbite. Nos trois observations personnelles se rapportent à des kystes siégeant l'un du côté de l'os planum, l'autre au-



FIG. 32. — Kyste dermoïde de l'orbite siégeant entre l'œil et le plancher orbitaire.

dessous de l'œil (fig. 32), le troisième dans la région de la glande lacrymale. Ce sont là, d'ailleurs, des points d'élection.

Au point de vue du *siège*, la statistique de Berlin donne les résultats suivants : sur 51 cas où le siège est indiqué, on en trouve 27 (53 0/0) au côté médian ou interne, du côté temporal 12 (24 0/0), du côté inférieur 8 (15 0/0). Les cas publiés depuis par Miliken⁴, Doyne⁵, Pooley⁶, Vignes⁴, Polaillon⁵ et Armaignac⁶ concernent des kystes situés en

⁴ MILIKEN, Un cas de kyste dermoïde. *Arch. of ophthalmology*, 1885, p. 356.

⁵ DOYNE, Tumeur dermoïde de l'orbite. *Ophth. Rev.*, avril 1896.

⁶ POOLEY, *Ophth. Record*, vol. I, 1891, p. 181.

⁴ VIGNES, Kyste dermoïde de la paroi interne de l'orbite. *Recueil d'opht.*, 1891, p. 409.

⁵ POLAILLON, Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche. *Recueil d'opht.*, p. 328, 1886.

⁶ ARMAIGNAC, Kyste séro-sébacé de l'orbite. *Société de méd. et de chirurg. de Bordeaux*, 1896.

dedans, si bien qu'on ne peut souscrire à l'opinion de Cusset¹ sur la plus grande fréquence des kystes à la partie externe de l'orbite. Cusset n'a pu émettre cette opinion que parce qu'il range parmi les kystes orbitaires des tumeurs dermoïdes développées au niveau de la queue du sourcil. Disons cependant que Licharewsky², Krönlein³ et Mitvalsky ont rapporté des kystes siégeant dans la région externe (fig. 34), et nous en avons nous-même observé un très bel exemple (v. obs. III, p. 159).



FIG. 33. — Kyste dermoïde de l'orbite siégeant dans l'angle supéro-externe de la cavité.

Les kystes de l'orbite peuvent d'ailleurs appartenir à cette cavité de deux façons : ou bien parce qu'ils y sont nés, ou bien parce que, formés dans le voisinage, ils ont envahi l'orbite secondairement. Watson a observé un kyste entré dans l'orbite à travers une perforation de la paroi osseuse. De Lapersonne⁴ a rapporté une observation analogue, que

¹ CUSSET, *Appareil bronchial des Vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme*. Th. Paris, 1877, n° 181.

² LICHAREWSKY, *Dermoïdnaja Kysta Glaznici*. *Vjestnik Oftal.* Bd IV, p. 129.

³ KRÖNLEIN, in DOMELA, *Ueber die retrobulbäre Chirurgie der Orbita*, p. 50 et suiv.

⁴ DE LAPERSONNE, *Kyste dermoïde fronto-orbitaire*. *Arch. d'ophl.*, novembre 1893.

nous trouverons plus loin, et nous savons depuis Broca que, dans la région interne de l'orbite, le pincement du feuillet cutané peut être assez profond pour que les deux lames osseuses ne se rencontrent pas, si bien que la tumeur se développe en même temps des deux côtés de l'ouverture osseuse, d'une part dans les fosses nasales, d'autre part dans l'orbite, affectant ainsi la forme d'un bouton de chemise.

Le volume des kystes varie d'un pois à une grosse orange. Lyford¹ a publié l'observation d'un kyste stéatomateux du fond de l'orbite, entou-

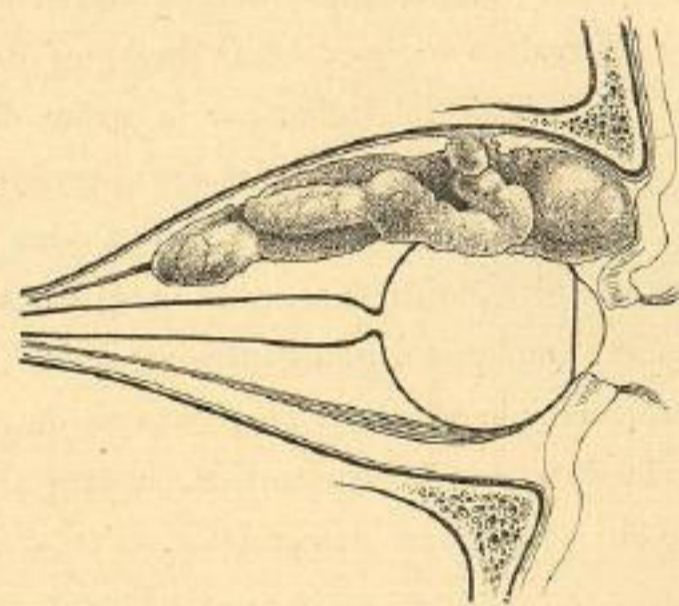


FIG. 34. — Kyste dermoïde occupant la partie supéro-externe de l'orbite montrant l'adhérence de la tumeur au squelette.

rant complètement le nerf optique et pour lequel il a dû pratiquer l'ablation de l'œil.

Parfois le kyste dermoïde est assez gros pour remplir complètement la cavité orbitaire. Nous pouvons citer comme exemple de ce genre le cas de tératome de l'orbite de Weigert, cas dont nous aurons l'occasion de parler longuement à propos de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Testelin², dans le cas que rapporte Demarquay, trouva une cavité profonde, contenant une quantité prodigieuse de matière. Je n'aurais

¹ LYFORD, *The Lancet*, March 3, 1827, p. 718.

² TESTELIN, in MACKENZIE, t. 1, p. 471, obs. 277.

jamais cru, dit-il, que l'orbite pût contenir une pareille collection de substance étrangère. Le kyste s'étendait jusqu'à l'extrémité la plus reculée de l'orbite.

Il est évident que les signes cliniques de ces tumeurs, dont nous étudierons plus loin le contenu et la paroi, varient beaucoup selon le volume du néoplasme et la place qu'il occupe dans l'orbite. En se développant, ces tumeurs entraînent des désordres du côté de la cavité orbitaire et du côté de l'œil.

Il y a souvent, et nous verrons plus loin pourquoi, des adhérences périostiques et des désordres osseux. Dans quelques cas on a dû se borner à l'excision partielle de la poche, car la voûte de l'orbite était tellement entamée qu'on craignait de pénétrer dans le crâne. Richard¹, au cours d'une opération, put, en introduisant le doigt dans la poche, s'assurer que la voûte orbitaire était perforée et le cerveau seulement protégé par la dure-mère. Quelquefois, au contraire, on ne trouve qu'une adhérence peu étendue avec le squelette; la figure ci-contre (fig. 34), qui appartient au malade de notre 3^e observation, montre l'union circonscrite et assez lâche du kyste avec le squelette. C'est d'ailleurs par ce pédicule que la tumeur dermoïde recevait ses vaisseaux nourriciers.

Les connexions de la tumeur avec le nerf optique, avec le bulbe, les muscles sont aussi communes qu'avec le squelette, et, sans que nous insistions, on voit les désordres symptomatiques qui doivent en résulter. L'exophtalmie, la diminution de l'acuité visuelle par compression du nerf optique, les troubles de la motilité oculaire se produisent à des degrés variables selon le siège de la tumeur et son volume.

Les douleurs peuvent faire défaut pendant toute la durée de l'affection; elles apparaissent rarement de bonne heure, lorsque le kyste est encore petit; mais, en général, elles sont la conséquence de la compression qu'entraîne le kyste à la dernière période de son développement.

Les kystes dermoïdes, à cause de la mollesse de leur contenu, occasionnent une compression facilement supportable pour l'appareil de la vision. Ainsi nous lisons dans une observation de Lannelongue² que la

¹ RICHARD. *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, t. V, p. 346, 1854-1855.

² LANNELONGUE, *Traité des kystes congénitaux*, obs. XVI, p. 185.

tumeur s'étend de l'arcade sourcilière au rebord orbitaire inférieur, située profondément derrière l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ne jouissant d'aucune motilité dans le sens vertical, ni dans le sens transversal, « ne gêne ni les fonctions de l'œil ni celles de la paupière ».

Dans l'un de nos trois faits personnels la tumeur dermoïde, placée au-dessous de l'œil, et du volume d'un gros œuf de pigeon, n'entraînait aucun autre désordre qu'un léger degré d'astigmatisme, et encore n'est-il pas certain que le vice de réfraction fût sous la dépendance du néoplasme.

Notre second malade portait un gros kyste repoussant l'œil en dehors sans entraver la vision.

2^o Les kystes para-orbitaires siègent surtout au niveau de la queue du sourcil (fig. 35 et 36) ou plus rarement dans la région du grand angle. Au niveau de la queue du sourcil ils occupent le tiers externe, empié-



FIG. 35. — Kyste dermoïde de la queue du sourcil.

tant quelquefois plus ou moins sur le front, la tempe; habituellement ils sont dans la région couverte par les poils, mais quelquefois exclusivement au-dessus, à la partie externe et en bas du front. La figure 2 de la planche I représente un très bel exemple de kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Les figures que nous représentons ici sont des exemples classiques de kyste de la queue du sourcil tel qu'il est communément observé. Nous ne donnons pas le détail des observations, pas plus que ceux qui intéressent les autres cas de ce genre assez nombreux que nous avons recueillis, car de pareils faits sont devenus banaux et sans intérêt véritable.

Que les kystes dermoïdes siègent au niveau de la queue du sourcil ou dans la région du grand angle, ils ont des caractères majeurs, d'une grande ressource pour le diagnostic, caractères qu'on peut grouper sous trois chefs:

- 1° Ils ne présentent aucune adhérence avec la peau ;
- 2° Ils sont adhérents avec le squelette de la région, et ils occasionnent à son niveau une dépression plus ou moins accusée ;
- 3° Leur poche présente une épaisseur relativement grande et sensible au doigt.

4° L'absence d'adhérence avec la peau est très facile à constater.



FIG. 36. — Kyste dermoïde de la queue du sourcil.

elle a frappé tous les observateurs, et ceux qui ont, malgré ce signe, considéré les kystes dermoïdes comme des tumeurs dépendantes des follicules ou glandes cutanées, ont cru que le pédicule ou l'adhérence avec la peau avait existé, puis avait disparu. Non seulement au niveau du kyste la peau n'est pas adhérente, mais elle n'est pas amincie, et c'est là un signe différentiel capital entre le kyste sébacé et le kyste dermoïde superficiel et sous-cutané.

2° L'adhérence avec le squelette, ou le périoste de la région, peut manquer, mais elle est fréquente ; c'est d'habitude par cette adhérence que le kyste reçoit ses matériaux de nutrition (fig. 35). Quand l'adhérence

n'est pas perceptible, on trouve très souvent une dépression osseuse, appréciable au toucher, déjà constatée par Boyer, Jobert de Lamballe, Gailard de Poitiers. Desprès a cru que cette dépression était une illusion semblable à celle que donne le toucher d'une varice à la surface du tibia. D'après Lannelongue, dans les faits publiés, les adhérences simples ont été indiquées 25 fois, et la dépression du squelette 18 fois ; sur 20 faits personnels il a constaté 9 fois les adhérences et 1 fois la dépression osseuse. Cette dépression nous a paru plus commune, et nous l'avons souvent constatée, ainsi d'ailleurs que les adhérences, qui, lâches ou serrées, sont la règle.

La dépression présente, d'ailleurs, une étendue très variable : c'est quelquefois une fossette capable d'admettre l'extrémité du doigt ; les bords en sont parfois rugueux et saillants ; au lieu d'un godet c'est assez souvent une cavité véritable plongeant dans l'os et contenant une partie du kyste. L'observation du kyste fronto-orbitaire publiée par de Laperrière est, à ce point de vue, très instructive. La cavité osseuse peut être creusée dans l'épaisseur de l'os, de façon à communiquer avec l'orbite par un hiatus relativement étroit, si bien que le kyste dermoïde intra-osseux et le kyste sous-cutané ont la forme d'un abcès en bouton de chemise.

Enfin, il peut arriver que l'excavation intéresse toute l'épaisseur de l'os, de telle façon que le kyste prend contact avec la dure-mère et le cerveau (Esmarch, Richard).

Ainsi que l'indique bien Lannelongue, cette dépression n'est pas la conséquence d'une usure de l'os, comparable à celle qu'entraînent les anévrysmes en contact avec le squelette ; mais elle résulte du trouble qu'apporte à l'évolution normale du squelette la tumeur dermoïde intempestivement développée à son niveau.

3° En troisième lieu nous indiquerons, comme un bon signe diagnostique des tumeurs dermoïdes, l'épaisseur de la poche. En prenant la tumeur entre deux doigts et même par la simple palpation, on arrive bien à distinguer que cette paroi présente une consistance assez ferme et une certaine épaisseur. Les kystes séreux et les kystes sébacés n'ont qu'une pellicule mince autour de leur contenu.

Rohmer¹ a rapporté un cas de cholestéatome de l'orbite qui nous paraît devoir être rangé dans le groupe des tumeurs que nous étudions. Il s'agissait d'une tumeur, grosse comme une amande, peu mobile, rénitente, repoussant le globe en bas et en dehors. La tumeur, d'après l'auteur, provenait des méninges et, par la fente sphénoïdale, s'était étalée dans l'orbite ; il en fait un psammome. Cependant, au moment de l'opération, il s'écoula une matière sébacée et il paraît vraisemblable que l'examen histologique de la poche aurait montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

Longtemps on a pensé que tout kyste dermoïde renferme un contenu absolument opaque. Paul Broca a défendu cette opinion à la Société de chirurgie et il y est revenu dans son *Traité des Tumeurs*. Dans sa thèse, Régnier fait de l'opacité un des signes fondamentaux des kystes de la queue du sourcil. Vassaux et Auguste Broca, dans leur intéressant mémoire sur les *kystes huileux*, ont démontré que le contenu d'un kyste dermoïde pouvait être transparent. Ce contenu peut être huileux et même, si l'on s'en rapporte à quelques très rares observations (Panas, Giraldi), séreux. L'huile dans les kystes dermoïdes serait, d'après Robin, la matière sébacée pure, dont le point de fusion normal est de 33° (Lutz). On a vu, d'ailleurs, des kystes sébacés (Lannelongue) se transformer spontanément en kystes huileux. S'il en est ainsi, il est probable, comme le remarquaient Vassaux et Auguste Broca, que beaucoup de kystes trouvés butyreux à l'autopsie étaient liquides, huileux pendant la vie. Nous allons parler plus longuement dans le paragraphe suivant de ces kystes huileux qui peuvent siéger dans toutes les parties de l'orbite, mais qui ont pour point d'élection la région prélacrymale (Verneuil).

Anatomie pathologique. — Les kystes dermoïdes de l'orbite, comme tous ceux qui méritent le nom de dermoïdes, ont pour caractère commun et essentiel de présenter une paroi composée d'une couche conjonctive semblable à celle du derme et d'une couche épidermique qui la revêt. Les détails de structure concernant les papilles, les annexes cutanées, folli-

¹ ROHMER, Cholestéatome de l'orbite. *Société française d'ophtalmologie*, 1889.

cules pileux, poils, glandes sébacées, sudoripares, muscles lisses existent à des degrés très variables dans la paroi, et il en résulte des types différents, apportant une assez grande diversité dans l'histoire anatomique des kystes dermoïdes de l'orbite.

Avec Mitvalsky¹ on peut diviser, au point de vue de la structure, les kystes dont nous parlons en trois groupes principaux :

- 1° Les kystes qui ont dans leurs parois des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares ;
- 2° Les kystes qui n'ont que des glandes sudoripares ;
- 3° Les kystes, très rares, dans lesquels il n'y a ni follicules pileux ni glandes d'aucune espèce.

Ce ne sont pas seulement les follicules pileux et les annexes qui peuvent varier dans leur développement, l'épiderme varie, lui aussi, beaucoup ; il est quelquefois tout à fait analogue à l'épiderme cutané, quelquefois au contraire rudimentaire et composé de deux seules couches de cellules aplaties et desséchées.

Le chorion lui-même présente diverses variétés ; habituellement les papilles bien développées n'occupent pas uniformément toute la surface, mais se groupent dans des régions riches en follicules pileux. Bien souvent ces papilles sont irrégulièrement constituées, elles sont émoussées, aplaties, comme comprimées ; enfin, elles peuvent manquer ; alors la surface du chorion est tout à fait lisse.

En dehors des papilles, d'ailleurs, il arrive de trouver sur le chorion des saillies conoïdes, des excroissances en forme de polype pédiculé qui peuvent être considérées comme des productions pathologiques, des fibromes microscopiques développés sur la paroi du kyste dermoïde. Le chorion peut d'ailleurs être le siège d'ulcérations plus ou moins profondes qui, en creusant la paroi du kyste, entraînent la formation de plissements très particuliers (obs. VI de Mitvalsky).

Mitvalsky, dans l'étude si complète de ces variétés, insiste sur les particularités que peuvent présenter dans les kystes dermoïdes les follicules pileux et les poils, les glandes sébacées et les glandes sudoripares.

¹ MITVALSKY, *Arch. f. Augenheilkunde*, 1891, t. XXIII.