

Les follicules pileux diffèrent par leurs proportions selon qu'ils se développent dans un épiderme normal, épais, semblable à celui de la peau ou aux dépens d'un épiderme atrophié, rudimentaire; de même, les poils qu'ils portent sont plus ou moins importants dans une même tumeur; il en est qui sont pareils à des cils, les autres à des poils follets.

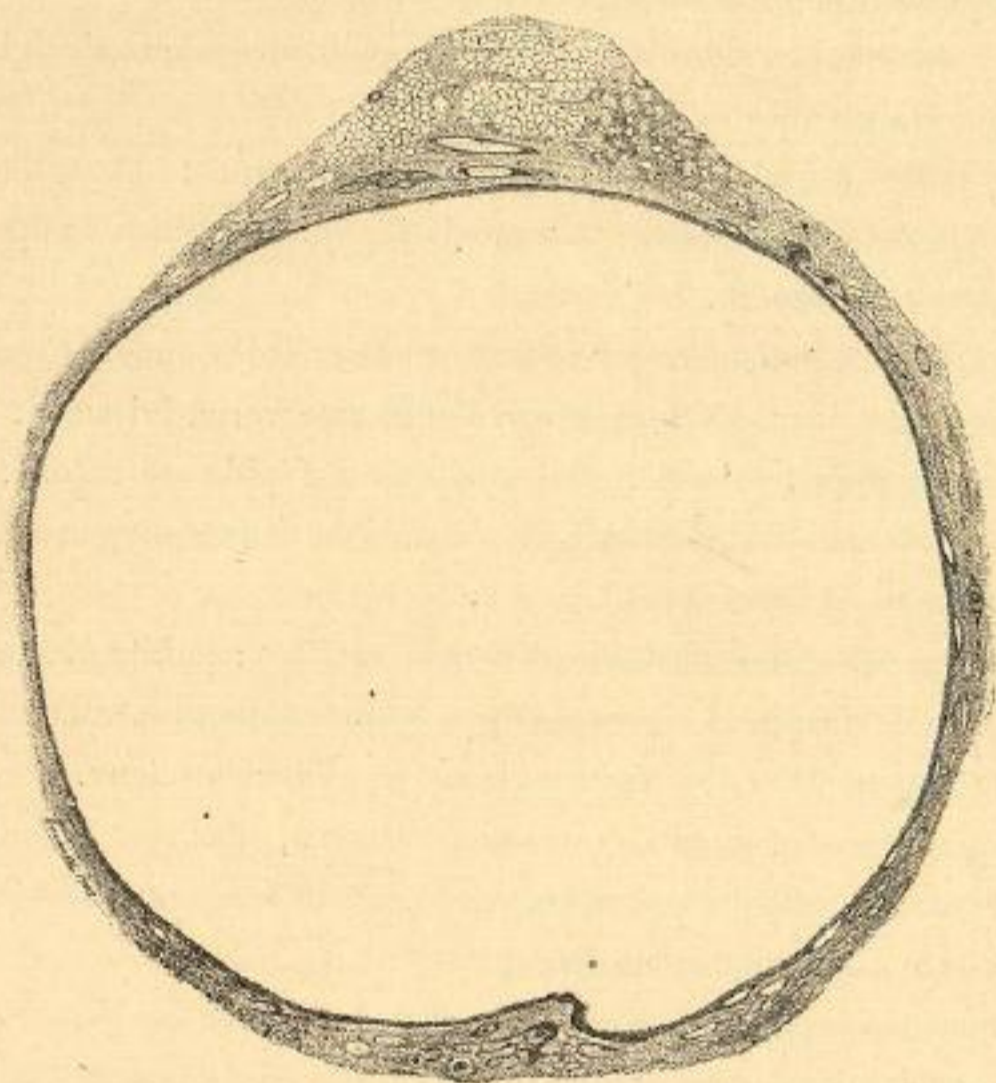


FIG. 37. — Coupe totale d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil.

Les glandes sébacées sont, elles aussi, plus ou moins importantes par leur abondance et leur volume, selon les dimensions du kyste et le degré d'extension que ses parois ont supporté (fig. 37 et 38).

Les glandes sudoripares sont, de même, variables dans leurs formes. Mitvalsky a signalé (obs. IX de son travail) des glandes sudoripares à deux tubes, bien reconnaissables à leur revêtement épithélial et à leur musculature.

Quelles que soient d'ailleurs les dispositions congénitales du kyste,

dispositions variant avec le lieu où il s'est formé, il importe de considérer qu'une grande diversité dans le contenant et le contenu résulte de la croissance et de la distension de ses parois.

Le kyste est d'autant plus petit que le sujet est plus jeune et, ses parois n'ayant encore supporté aucune distension, la distribution de ses annexes est très régulière; plus tard, à mesure que les sécrétions s'accumulent, que poussent les poils, les parois se distendent; mais cette distension dépend forcément des parties qui avoisinent le kyste et elle peut ne pas être régulière. Quand la distension ne se fait pas régulièrement on observe des régions de la paroi du kyste dont les papilles et les annexes, trop comprimées, ont disparu, tandis que les autres parties conservent leur structure primitive.

Les parois trop comprimées ou, pour mieux dire, mal soutenues par les tissus voisins s'amincissent; la direction des follicules, des poils et des glandes, autrefois perpendiculaire, commence à devenir oblique, puis parallèle au plan de l'enveloppe du kyste. Les follicules pileux s'atrophient; les acini sébacés sont séparés les uns des autres, déformés, aplatis; les glandes sudoripares situées dans les couches externes du derme résistent davantage.

Ces modifications dans la paroi expliquent les altérations de celle-ci; ainsi les glandes sébacées déviées ne peuvent verser leur contenu dans la grande poche centrale, et il se forme des athéromes miliaires dans l'épaisseur même de la paroi kystique, et plus tard des phénomènes

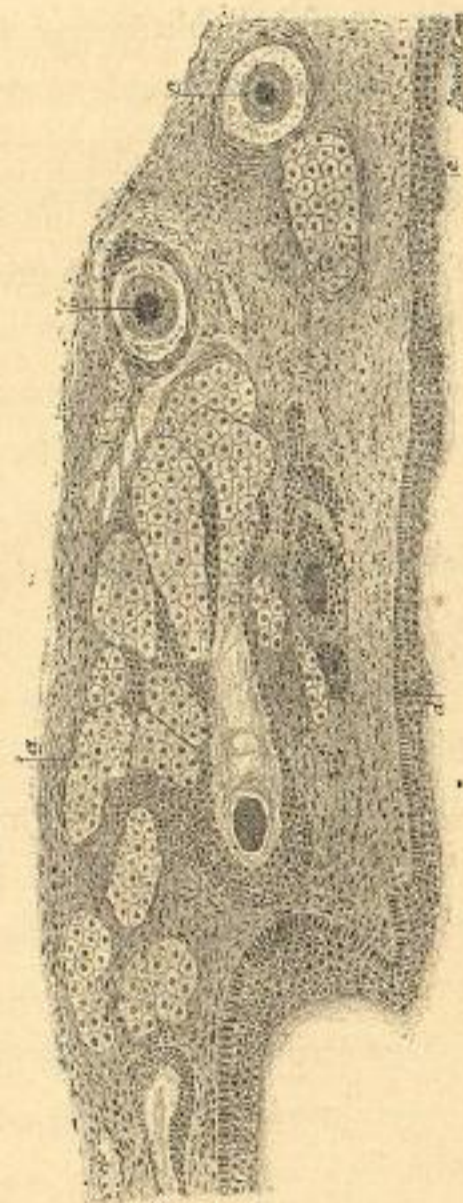


FIG. 38. — Paroi du kyste représenté sur la figure 37.

On y voit le revêtement épidermique de la surface interne et, dans la paroi, des poils et des glandes.

inflammatoires se déclarent autour de la glande, dont le goulot est oblitéré, et un processus cirrhotique interstitiel se produit, entraînant l'atrophie et la disparition complète des éléments glandulaires.

Quelquefois l'oblitération du goulot d'une glande sudoripare fait naître dans cette glande de petites néoformations kystiques (Mitvalsky, obs. XIV).

Après ces altérations dans la structure de la poche, il faut signaler d'une façon particulière le processus ulcératif qui, souvent, se produit à la surface.

Ce processus ulcératif aboutit à la formation d'un tissu granuleux aux dépens de l'épiderme et de la couche interne du chorion. Ce tissu granuleux est remarquable par les poils et par les cellules géantes qu'il renferme; son épaisseur est variable; dans certains cas il devient très abondant, luxuriant, fongueux.

Le tissu granuleux est très envahissant, et l'ulcération s'étend de plus en plus jusqu'à ce qu'elle ait envahi toute la surface du kyste. La progression de l'ulcère se fait d'habitude sous-épidermiquement, à l'aide de petites cellules qui infiltrent le chorion et qui deviennent plus tard le tissu granuleux lui-même après la chute de l'épiderme.

On trouve, dans le tissu granuleux, des poils inclus, restés là comme des corps étrangers après la mort de leurs follicules. Les glandes sébacées sont de même détruites; seules les glandes sudoripares, dont les circonvolutions sont dans les couches externes du chorion, échappent à l'ulcération.

Le processus ulcératif a pour conséquence directe d'affaiblir la paroi du kyste, et lorsque celui-ci est en voie de progression, il en résulte une distension irrégulière, plus apparente au niveau des parties plus ulcérées, mais le phénomène le plus intéressant, consécutif à l'ulcération, est celui qui concerne la formation des cellules géantes.

Hildebrandt<sup>1</sup> et Goldmann<sup>2</sup> expliquent les cellules géantes par les poils agissant comme des corps étrangers. Mitvalsky suppose, au contraire, que

<sup>1</sup> HILDEBRANDT, Ueber secundäre Implantation von Haaren in Dermoidcysten. *Beiträge zur pathol. Anat. und Allgemeinen Pathol.*, Bd VII, H. 2.

<sup>2</sup> GOLDMANN, Ein Fall von einer Riesenzellen enthaltenden Oeicyste, *Ibid.*, Heft 3.

les poils ne présentent aucun rapport étiologique avec ces cellules géantes et ne sont en contact avec eux que par accident. Ce dernier auteur pense que les cellules géantes sont une des particularités propres de ce tissu granuleux développé à la surface interne des kystes; il est possible que le contenu kystique exerce sur la paroi une irritation à la fois mécanique et chimique, qui se fait d'autant plus sentir sur le tissu granuleux que l'épiderme a disparu et ne protège plus les parties profondes. Ces cellules géantes proviennent d'ailleurs des cellules conjonctives nouvelles, des cellules de la couche germinatrice ou des cellules rondes néoformées, quelle que soit leur origine.

Le tissu granuleux, au début de son évolution, ne renferme pas de vaisseaux. Ils apparaissent plus tard, très abondamment, à mesure que s'organise le tissu et que se forment les petites cellules rondes, les grandes cellules épithélioïdes et les cellules géantes.

Plus tard, le tissu granuleux s'organisant davantage, les fibres néoformées constituent des faisceaux; il se fait une véritable cicatrice entre les mailles desquelles les cellules persistent assez longtemps, puis disparaissent. La cicatrice ainsi formée devient solide, presque tendineuse; c'est là ce qui s'était produit dans la deuxième observation personnelle que nous publions ici (v. p. 156).

Quand les cellules géantes, inutiles à l'organisation, sont trop nombreuses, la cicatrice formée par le tissu granuleux s'établit mal et reste molle.

Il y a ceci de remarquable, dans la formation de cette cicatrice, c'est que jamais, à sa surface, l'épithélium n'a de tendance à se régénérer, de telle sorte que les kystes dermoïdes ulcérés ont définitivement perdu leur épiderme.

Le processus ulcéreux que nous venons de décrire est très fréquent dans les vieux kystes dermoïdes, et rare chez les sujets jeunes: « plus l'individu est jeune, plus vraisemblable est l'absence de processus ulcéreux » (Mitvalsky).

Des modifications pathologiques secondaires et exceptionnelles peuvent se produire dans les parois du kyste atteint de processus ulcéreux. Citons en premier lieu la formation du cartilage, la calcification et parfois une

véritable ossification secondaire; citons encore des modifications artérielles hyperplasiques, une sorte d'endartérite polypeuse (Mitvalsky), des amas de cellules lymphoïdes ressemblant à des follicules lymphatiques.

Quelle est la cause de ce processus ulcéreux? Le contenu ne paraît jouer un rôle que dans la propagation de l'ulcère déjà établi; le traumatisme ne semble pas non plus avoir grande importance; il ne paraît pas



FIG. 39. — Kyste dermoïde de l'orbite (v. fig. 31) atteint d'un processus ulcéreux à sa face interne — canaux glandulaires dans l'épaisseur de la paroi.

que les parties les plus exposées soient plus souvent que les autres atteintes par l'ulcération. Mitvalsky pense que la cause principale du processus est dans la distension du kyste (fig. 31 et 39), dans les tiraillements que subit la poche sous l'influence de l'augmentation du contenu. C'est là sans doute un facteur important, mais il est au moins probable que les infections secondaires endogènes tiennent une grande place dans le processus inflammatoire et destructif de l'ulcère.

Telles sont les données anatomiques qui concernent la paroi des kystes dermoïdes; étudions maintenant leur contenu.

Il se compose surtout de couches exfoliées du stratum corneum de

l'épiderme et des produits variables des annexes cutanées, graisse venant des glandes sébacées, liquide aqueux des glandes sudoripares, poils venant des follicules pileux; en règle générale, ce sont les produits épithéliaux qui dominent, et le kyste a le caractère athéromateux (fig. 40). Quand les glandes sébacées sont très abondantes la graisse prédomine, et quelquefois la teneur en graisse est assez grande pour que le kyste contienne de l'huile pure.

Ces kystes huileux, si intéressants qu'ils paraissent au point de vue clinique, ne constituent pas une variété spéciale, la partie athéromateuse n'y manque jamais, et on peut toujours la trouver en plus ou moins grande quantité au fond du kyste, lorsque l'huile s'est écoulée; il est évident, en effet, que s'il y a beaucoup de glandes sébacées dans la paroi d'un kyste, il est impossible qu'il n'y ait pas de débris épidermiques dans son intérieur.



FIG. 40. — Kyste dermoïde dans lequel prédominent les produits épithéliaux. Kyste athéromateux.

Il y a deux variétés d'huile; l'une est *très jaune* et contient beaucoup d'oléates, l'autre est *très blanche*, semblable à la glycérine et miscible à l'eau; elle se compose de stéarates et de glycérides. Vassaux et Aug. Broca, qui, à l'instigation de Panas, ont publié un travail très complet sur les kystes à contenu huileux, considèrent que l'huile est la sécrétion sébacée à peu près pure; à côté de cette source, de beaucoup la plus importante, ils admettent, d'une façon d'ailleurs purement hypothétique, et à notre avis inacceptable, que « les granulations graisseuses contenues dans les cellules dégénérées sont susceptibles d'être mises en liberté, en sorte qu'un kyste primitivement caséux deviendrait huileux par transformation directe de son contenu ».

Dans un cas qui leur est personnel, les mêmes auteurs admettent que l'huile a une autre origine: ils ont vu des gouttelettes graisseuses mises en liberté par suite de la transformation des vésicules adipeuses en élé-

<sup>1</sup> VASSAUX et AUG. BROCA, *Arch. d'opht.*, 1883, p. 318-342.

ments multinucléés. Ces gouttelettes graisseuses tombent dans la cavité et se mélangent au contenu du kyste.

Ces deux dernières origines de l'huile contenue dans les kystes dermoïdes peuvent être considérées comme tout à fait exceptionnelles et accessoires ; les analyses chimiques faites par Robin, Lutz et d'autres, l'histologie et la clinique (Lannelongue) montrent que les glandes sébacées sont la source ordinaire de ce liquide kystique.

Le contenu des kystes huileux peut d'ailleurs s'altérer et devenir un magma sébacé. C'est ce qu'a constaté Chauvel<sup>1</sup>, sur un kyste huileux de l'angle interne de l'orbite qui, après l'échec d'une ponction, récidiva sous la forme d'un kyste contenant le sebun ordinaire des kystes dermoïdes.

Le contraire d'ailleurs a été observé par Lannelongue, qui a vu un kyste sébacé du dos se transformer, après une ablation incomplète, en un kyste huileux.

On trouve quelquefois dans le contenu, à la fois des parties huileuses et des parties graisseuses. Il en était ainsi dans le kyste multilobé publié par Jastrau<sup>2</sup>.

Outre la graisse et l'épithélium, dans le kyste on trouve, mélangés au contenu, des poils plus ou moins abondants et plus ou moins foncés ; cependant les poils et même la graisse peuvent manquer et le contenu consister exclusivement en cellules épidermiques ; c'est qu'alors la paroi est absolument dépourvue de tous les annexes que nous avons décrits.

**Cholestéatomes.** — A côté des kystes dermoïdes, il convient de faire une place à part aux cholestéatomes de l'orbite ; dans les cholestéatomes, les masses dégénérées caséuses sont dues à la prolifération de cellules épithéliales qui ne sont pas entourées d'une paroi kystique comme dans les dermoïdes.

De plus, les dermoïdes sont placés à l'intérieur de l'entonnoir périostique, tandis que le cholestéatome est sous-périostal ; il résulte de l'invagination, au niveau du squelette, non pas du feuillet externe, mais de germes épithéliaux dont la prolifération est la cause de la tumeur ;

<sup>1</sup> CHAUVEL, *Etudes ophtalm.*, 1896, p. 302.

<sup>2</sup> JASTRAU, Kyste dermoïde de l'orbite. *Hospitaltidende*, 1891, p. 1209.

cette tumeur est constituée par des cellules stratifiées, traversées par de grosses masses de cholestérine contenant de nombreuses gouttelettes très réfringentes, solubles dans l'éther.

Les cholestéatomes de l'orbite sont rares ; le cas, cité plus haut, de Rohmer rentre peut-être dans ce groupe ; celui de Gosselin<sup>1</sup>, cité par Demarquay, est douteux. Otto Schirmer<sup>2</sup> en a rapporté un exemple très net concernant une femme de 38 ans qui présentait dans l'orbite gauche un énorme amas de membranes stratifiées, très friables, développées sous le périoste de la paroi supérieure de l'orbite.

**Pathogénie.** — Les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour sont plus faciles à expliquer que les kystes des parties profondes, mais il sera bon cependant de rappeler succinctement les théories générales qui ont été successivement invoquées et défendues pour expliquer les tumeurs de ce genre.

Les théories émises sont au nombre de trois : 1° la diplogénèse par inclusion ; 2° l'hétérotopie plastique ; 3° l'enclavement.

1° La théorie de la *diplogénèse par inclusion* a été surtout émise pour expliquer les gros kystes dermoïdes, les *kystes fœtaux*. Cette théorie consiste essentiellement à considérer le kyste comme un individu primitivement distinct, ayant évolué au milieu des tissus d'un autre individu qui a étouffé le développement du premier. On a ainsi admis l'inclusion d'un très jeune embryon dans un autre antérieurement conçu et plus développé ; l'embryon inclus a pu être conçu en même temps que le premier, mais après avoir marché parallèlement, le développement s'est arrêté pour l'un des embryons.

Cette doctrine sert à expliquer les monstruosités dans lesquelles on trouva toutes les formes bien caractérisées de deux tissus composants.

Le seul cas de kyste dermoïde de l'orbite au sujet duquel on pourrait défendre la théorie de la diplogénèse est celui publié par Weigert<sup>3</sup> sous

<sup>1</sup> GOSSELIN, in DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*, p. 78.

<sup>2</sup> SCHIRMER, Un cas de cholestéatome de l'orbite. *Beiträge zur Augenheilkunde*, 1898, fascic. XXXIV.

<sup>3</sup> WEIGERT, *Arch. f. path. Anat.*, LXVII, p. 518, 1876.

le titre : *Teraloma orbita congenitum* et dont de Wecker<sup>1</sup> donne la traduction en ces termes :

Obs. de WEIGERT. — Chez un enfant, né la veille, on constata la présence d'une tumeur de la grosseur d'une orange. Cette tumeur déplaçait le nez du côté gauche et repoussait la joue en bas. Sur le sommet de la tumeur se trouvait placée la cornée, encore transparente, mais faiblement opaque. La tumeur se mouvait simultanément avec l'œil, implanté d'une façon analogue à celui du côté sain. Elle ne donnait pas de fluctuation manifeste, puisqu'elle semblait très fortement distendue. Cinq jours après, la tumeur paraissait visiblement agrandie, sa surface partiellement érodée, les paupières légèrement œdémateuses; dans la chambre antérieure une accumulation notable de pus. Comme l'accroissement de la tumeur paraissait inquiétant, on procéda à l'opération. Tout d'abord, on ponctionna la tumeur, ce qui donna lieu à un écoulement d'une telle quantité d'un liquide clair, jaune, que la tumeur s'affaissa de moitié. Ensuite, on dégaga avec soin la tumeur en partie des paupières, en partie de l'orbite adhérent, et on coupa finalement le nerf optique, qui formait en quelque sorte le pédicule de la tumeur.

Deux jours après, l'enfant mourut. L'autopsie démontra une largeur beaucoup plus considérable de l'orbite droite, comparativement à celui de gauche, la surface des os était parfaitement lisse. De même, le cerveau ne présentait pas trace de restes de la tumeur. On ne rencontra comme altération morbide qu'une péricardite fibro-purulente. La masse extirpée avait en totalité une forme pyramidale. Au milieu de la base se trouve le globe oculaire, à la pointe de la pyramide le nerf optique. En dépit de l'évacuation du kyste, la masse de la tumeur a encore la grosseur d'une pomme de moyenne grandeur.

Il est possible de gratter, de la surface interne du kyste, un épithèle vibratile pavimenteux. Une coupe, pratiquée de manière à diviser en deux le globe oculaire, ainsi que la tumeur d'avant en arrière, démontre les dispositions suivantes : Le globe oculaire a la grandeur correspondante à celle de l'âge de l'enfant, mais il est (sur la préparation durcie) effilé en arrière. La chambre antérieure est remplie d'une masse, qui se compose microscopiquement de corpuscules de pus. Juxtaposée au globe oculaire, mais séparée de lui par un tissu connectif lâche, se trouve une série de kystes, dont le plus volumineux était celui qu'on avait évacué par la ponction, les autres avaient la grandeur de noix et de noisettes. Ils s'adressaient aussi à la gaine externe du nerf optique; même, ici, le tissu connectif interposé est plus dur, quoique encore séparable.

La délimitation des kystes est formée par une membrane solide, mais qui ne se laisse que difficilement dégager là où le kyste touche au globe oculaire, ou au nerf optique, ou là où il avance vers la conjonctive. En arrière, ces kystes s'adressent au tissu graisseux de l'orbite, avec lequel ils sont réunis.

Dans ce tissu courent, autant que la démonstration peut en être faite, les muscles de l'œil qui embrassent les grands kystes; dans ce tissu se trouvent encore imbriqués, en arrière et en bas des kystes, de nombreux éléments étrangers. Ceux-ci sont absolument disparates, même pas ramassés comme une tumeur; partout le tissu graisseux s'insinue

<sup>1</sup> DE WECKER et LANDOLT, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. IV, p. 826.

plutôt entre ces éléments, y adhérant solidement pour la majeure partie. Aussi ici existent des cavités. De celles-ci, une frappe surtout par sa conformation bizarre. Cet espace a, en réalité, la conformation d'un boyau ou d'un saucisson, est d'un côté plus mince, de l'autre renflé en massue et recourbé en une sorte d'arc. Sa surface est lisse et brillante comme celle d'un intestin. Il se laisse, contrairement à la plupart des autres masses disséminées, aisément dégager et soulever de son entourage.

Sur la coupe il présente une ouverture qui, par la saillie de replis, a l'aspect étoilé. Ces replis ne sont pas formés par toute la paroi de la tumeur, mais par une membrane située en dedans, qui, elle, se trouve rattachée à l'externe par un tissu connectif lâche.

Tout près de cette masse en boyau se rencontrent encore d'autres cavités qui ont une paroi solide, mais non nettement délimitée en dehors. D'autres de ces espaces se trouvent encore disséminés ailleurs.

On rencontre, en outre, dans ce tissu graisseux, des flots de masse de tissu connectif résistant, du cartilage, des parties osseuses. Les premières ont absolument l'aspect du cartilage hyalin. Elles sont en partie isolées, en partie disposées en couches superficielles d'un tissu osseux, poreux ou solide. Une de ces formations cartilagineuses ou osseuses se laisse de même décortiquer de son entourage et présente une configuration allongée et noueuse qui, avec un peu de fantaisie, rappelle une extrémité.

\* *Examen microscopique.* — La masse principale du tissu compact se compose, partie de tissu graisseux, partie de tissu connectif. Les parties cartilagineuses disséminées ont la structure ordinaire du cartilage hyalin, aussi celles juxtaposées aux os montrent les conditions connues du cartilage ossifié. Les corpuscules osseux sont bien développés dans toutes les parties de la substance osseuse. Ça et là se trouvent dans le tissu connectif des fibres musculaires lisses, des vaisseaux et des corpuscules sanguins accumulés et diffus.

\* A côté de ces éléments à caractère de tissu connectif se rencontrent aussi de véritables masses épithéliales formant en partie de larges noyaux, en partie des espaces cylindriques de petites et de plus grandes dimensions, variant jusqu'à la formation de très grands kystes.

\* Les éléments épithéliaux sont de trois sortes. La plus rare est la forme d'épithèle en couches pavimenteuses. Ici les cellules les plus profondes sont arrondies et à cylindre court. Superposées, se trouvent de toutes grandes cellules cornifiées, qui présentent dans les couches les plus profondes de grands noyaux, plus en haut de plus petits, et finalement plus de noyaux du tout. Les espaces garnis de pareilles cellules représentent des kystes qui ne deviennent pas plus grands que des pois. Leurs parois sont ou lisses, ou montrent des saillies papillaires irrégulières. De ces kystes partent dans l'entour des faisceaux solides de cellules épithéliales. La cavité cystique même est remplie de cellules cornées, sans noyau, rangées concentriquement, qui représentent à l'œil l'aspect d'une perle luisante.

\* Un second genre de cavités est garni de simple épithélium cylindrique.

\* Celui-ci se compose de cellules hautes, à noyau périphérique. Le protoplasma en est transparent, les cellules séparées les unes des autres par une ligne droite.

\* A la surface se trouve, dans les cavités assez vastes, un mucus nuageux plus ou moins transparent, auquel se reconnaît dans les couches profondes une sorte de subdivision correspondant aux limites des cellules et des noyaux isolés.

« Ces masses cellulaires sont placées sur un support de tissu connectif, et cela, soit sur de longs tuyaux à étroites ouvertures, soit dans des espaces cystiques et plutôt arrondis. Elles garnissent, en outre, le corps lisse en boyau que nous avons décrit plus haut. Ici elles ne se trouvent pas placées dans une simple couche sur les plis saillants, mais elles forment plutôt des tubes cellulaires, juxtaposés les uns contre les autres, et très réguliers, de la forme des glandes de Lieberkühn. Elles ont leur emplacement sur une couche résistante; en dehors se trouve placée une plus lâche, qui se délimite finalement et avec précision contre la membrane externe. Cette dernière se compose de fibres musculaires lisses qui, elles, sont constituées de nouveau de deux couches, une interne vasculaire et une externe irrégulièrement longitudinale. Dans le stroma de tissu connectif se trouvent çà et là d'assez grands amas de cellules lymphoïdes.

« En outre, on rencontre des cellules cylindriques dans de petits tubes comme appendices de quelques kystes de troisième ordre. Ces derniers kystes sont garnis d'un épithélium vibratile en couches, dont les cellules se différencient aussi, comme qualité de protoplasma, nettement des cellules cylindriques sus-décrites: elles ne sont pas diaphanes, mais légèrement granuleuses.

« On reconnaît sur des kystes de moindre dimension de ce genre un substratum de tissu connectif, mais qui montre en divers endroits des imbrications cartilagineuses. La continuité de la paroi du kyste se trouve en divers endroits interrompue par des éléments semblables aux glandes, munis d'un conduit excréteur cylindrique et d'un corps glandulaire arrondi; le conduit montre des cellules avec un protoplasma finement granulé, et le corps glandulaire, des cellules cylindriques diaphanes pâles, qui ressemblent complètement à celles antérieurement décrites, et entourent aussi assez souvent un espace plus ou moins vaste.

« Aux kystes tout à fait grands, on ne reconnaît rien qu'une paroi lisse de tissu connectif garnie d'épithélium vibratile en couches. »

Dans ce kyste il existe beaucoup plus que des éléments cutanés, on y trouve tous les éléments différenciés qui rentrent dans la structure de l'embryon, cellules osseuses, cartilagineuses, fibres musculaires lisses, épithélium cylindrique, à cils vibratiles, etc.

Il s'agit, ainsi que Weigert l'a indiqué dans le titre de son observation, d'un véritable *lérotome*, dont la pathogénie ne s'explique bien que par la théorie de la diplogénèse.

Mais le fait de Weigert est une pure exception; les kystes dermoïdes de l'orbite et du pourtour ne ressemblent pas aux kystes dermoïdes fœtaux qu'on trouve assez communément dans le petit bassin, et ils relèvent certainement d'une autre malformation congénitale.

La doctrine de la diplogénèse fut vivement attaquée par Paul Broca; il montra que la nature des kystes dermoïdes ne présente pas, dans

l'immense majorité des cas, des restes authentiques de fœtus. Il cita à ce propos un kyste (Plouquet) dans lequel on trouva *trois cents dents*, ce qui supposait dans un embryon l'inclusion de dix autres. P. Broca insista sur la difficulté pour un embryon de pénétrer ainsi dans un autre.

Quelle que soit la valeur des arguments invoqués pour la théorie de la diplogénèse, appliquée aux gros kystes dermoïdes, en ce qui concerne les kystes superficiels, les kystes simples qui nous intéressent, il est certain qu'elle n'est pas défendable. « Il faut, dit Lannelongue<sup>1</sup>, un grand effort d'imagination et beaucoup de bonne volonté pour reconnaître dans un simple kyste dermoïde, dans un petit sac formé de peau, souvent même sans papilles ni glandes sudoripares, le représentant d'un individu distinct »; et plus loin le même auteur ajoute: « Le fœtus enkysté est complètement étranger à l'organisme maternel; au bout d'un certain temps ses éléments anatomiques subissent des altérations remarquables d'atrophie et de mortification, au lieu que la tumeur dermoïde continue à vivre de la vie commune et à se développer sans que les propriétés de ses éléments se modifient. C'est là une différence fondamentale entre ces deux produits: le fœtus enkysté est un *cadavre*, la tumeur dermoïde est une *partie vivante*. »

Lannelongue fait en outre remarquer que, si l'on accepte la théorie de l'inclusion, les rapports entre la diversité du contenu et le siège des tumeurs dermoïdes ne s'expliquent pas: on ne comprend pas pourquoi les kystes à contenu complexe s'observent seulement en certaines régions et pourquoi, dans les parties périphériques et superficielles, comme l'orbite, siègent les simples kystes graisseux ou huileux.

Il n'est donc pas possible d'admettre que les tumeurs orbitaires qui nous occupent relèvent de la théorie de la diplogénèse et soient des fœtus avortés. Il faut trouver une théorie meilleure.

2° *Théorie de l'hétérotopie plastique.* — Cette théorie, que Lebert créa de toutes pièces, n'est pas plus soutenable que la première. Cet auteur avança que « beaucoup de tissus simples ou composés et des

<sup>1</sup> VOIR LANNELONGUE, *Les kystes congénitaux*, p. 105 et 106.

organes plus complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre point ».

Par conséquent, pour Lebert<sup>1</sup>, la genèse des tissus qui composent le kyste dermoïde est spontanée, elle résulte d'une aberration de la nutrition.

Cette doctrine a été acceptée en partie par Cruveilhier, par P. Broca, qui s'en déclara partisan à la Société de chirurgie, et même en partie par Verneuil, qui, après lui avoir fait des objections sérieuses, émit l'idée que, surtout pour les kystes dermoïdes profonds, on peut l'admettre faute de mieux ; mais aujourd'hui elle n'a plus besoin d'être attaquée, et elle s'écroule spontanément devant les données modernes de l'histogénie.

Les cellules de nos tissus ne sont pas indifférentes, au contraire, elles sont différenciées dès leur origine ; elles ne se transforment pas, et toute cellule vient d'une cellule de même nature (Bard). Sans faire ici l'histoire de la spécificité cellulaire, on peut aisément affirmer que la théorie de Lebert n'a plus qu'un intérêt historique.

3° *Théorie de l'enclavement.* — Les kystes dermoïdes, sauf les gros kystes fœtaux du petit bassin, sont tous explicables par la théorie de l'enclavement. Cette théorie fut d'abord sommairement exposée par Verneuil en 1852, dans sa réponse à Lebert devant la *Société anatomique*. Verneuil émit l'opinion que les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour se développaient au dépens du revêtement cutané de la fente fronto-maxillaire. Plus tard il généralisa son opinion aux kystes du plancher buccal et de la joue, et développa le premier la théorie générale de l'enclavement, dont les Allemands ont le tort de faire honneur à Remak.

Dans cette théorie, la cavité dermoïde est une ectopie du tégument externe, qui garde dans le feuillet moyen, où il est enclavé, toutes ses propriétés normales et régulières, c'est-à-dire la propriété de fabriquer des poils, des dents, de la graisse, etc. Tous ces éléments sont produits par le tégument enclavé, parce que celui-ci ne se compose pas seulement d'épithélium, mais de tout le derme soutenu et entouré par le tissu du

<sup>1</sup> LEBERT, *Société de biologie*, 1852, et *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 258.

feuillet moyen qui apporte à ce tégument ectopie tous ses moyens de nutrition.

On comprend aisément que le sac tégumentaire ectopie puisse être plus ou moins profond selon le moment où se produit le trouble de développement. C'est d'abord une digitation, un bourgeon creux qui s'enfonce de l'épiblaste dans l'hypoblaste ; pendant une certaine période ce fragment cutané adhère à la peau par un pédicule qui s'amincit et se rompt. L'évolution du fœtus, en s'accroissant, éloigne la peau de plus en plus de ce fragment perdu et à jamais isolé de son lieu d'origine.

L'évolution du petit kyste dermoïde ainsi commencée peut d'ailleurs être plus ou moins rapide ; souvent elle est très lente ou nulle pendant une longue période ; puis, au moment de la puberté, ou sous l'influence d'un traumatisme ou même sans cause connue, cette évolution devient de nouveau rapide, et le petit sac cutané ectopie se change en un kyste volumineux.

La théorie de l'enclavement trouverait, s'il en était besoin, un point d'appui très solide dans les recherches qui ont été faites pour reproduire expérimentalement des tumeurs dermoïdes, expériences que nous avons longuement rappelées en leur temps à propos des tumeurs perlées de l'iris (Masse, Rothmund, t. I, p. 274 et suiv.). Ce n'est pas seulement dans l'iris, d'ailleurs, que se produisent par greffe les tumeurs épidermiques, elles ont été longuement étudiées dans beaucoup de régions, notamment au niveau des doigts. Critchett et Griffith ont rapporté l'observation d'un kyste d'implantation orbitaire qui relève du même processus.

Nous connaissons donc le mécanisme général selon lequel se forment les tumeurs dermoïdes de l'orbite et de son pourtour ; pour préciser davantage, nous dirons qu'elles résultent d'un accident survenu dans l'occlusion de la fente fronto-maxillaire qui sépare le bourgeon frontal du premier arc branchial.

Le tégument qui recouvre les bords de la fente s'enclave à un moment variable de son évolution, et dans l'une de ses parties plus ou moins superficielle. Quand le pincement est profond, le trouble de développement se fait sentir sur le squelette, et le frontal est le siège d'une dépression plus ou moins marquée ; il est fréquent même de voir le kyste

adhérer au squelette par une bride fibreuse épaisse et résistante. Dans le cas où l'enclavement est superficiel, l'adhérence au squelette est plus lâche ou n'existe pas.

Quand le kyste siège dans la région sus-orbitaire externe, son adhérence au squelette se fait d'habitude sur une partie plus élevée que l'apophyse orbitaire externe, à quelques millimètres au-dessus du rebord osseux, sur la surface antérieure du frontal (Lannelongue).

Il peut exister à ce niveau une dépression osseuse en forme d'entonnoir, très profonde (un centimètre et demi dans l'observation de Richet).

En pareil cas, le kyste s'est formé à une époque où le squelette faisait encore défaut; il pourrait arriver que la paroi crânienne fût complètement perforée, le kyste ayant empêché, à ce niveau, son développement. Dans un cas de Chevallereau il existait une cavité osseuse communiquant à l'extérieur par un orifice fistuleux, et contenant des concrétions pierreuses. Cette cavité, complètement indépendante du tissu frontal, n'était autre qu'un kyste dermoïde occupant primitivement la place du squelette avant sa formation, et contrairement à de Lapersonne, qui se demande comment cette loge a pu se produire, nous croyons qu'il est bien simple de l'expliquer par la théorie de l'enclavement plus ou moins profond du lambeau ectodermique.

De Lapersonne a d'ailleurs publié un fait très intéressant qui relève de la même interprétation: il s'agissait d'un kyste dermoïde développé dans une loge osseuse dépendant du frontal et communiquant à l'extérieur par un orifice circulaire situé sur la face antérieure de cet os.

Le diagnostic et le traitement étant exposés plus loin, nous terminons cette étude par l'histoire de trois faits personnels de tumeurs dermoïdes de l'orbite. Nous ne rapporterons pas les faits de dermoïdes de la queue du sourcil, car nous en avons observé un grand nombre, qui, à cause de la fréquence de cette affection, ne méritent pas d'être retenus.

Oss. 1. — Mlle T..., de Targou, âgée de 8 ans, vient nous consulter le 28 octobre 1892. Cette fillette, d'aspect très vigoureux, n'a fait aucune maladie et ses antécédents héréditaires sont parfaits. Le père et la mère, qui nous la conduisent, sont d'une santé très robuste; ils n'ont que cette enfant. Sa naissance a d'ailleurs été des plus régulières, et pendant sa grossesse la mère n'a présenté rien d'anormal.

Pendant la première enfance, les parents n'ont rien remarqué de particulier; c'est à l'âge de 4 ans seulement qu'ils ont constaté une petite saillie, située au-dessous de l'œil gauche. Ils attribuaient, d'une façon d'ailleurs erronée, l'apparition de cette saillie à une chute faite par l'enfant quelques jours avant.

Depuis l'âge de 4 ans, la grosseur s'est affirmée de plus en plus sous la paupière inférieure, sans douleurs, sans inflammation d'aucune sorte; depuis 6 mois, la vue de ce côté a diminué, et les parents se décident à consulter un médecin, parce qu'ils sont effrayés, d'une part, des progrès lents mais incessants de l'affection et, d'autre part, des troubles fonctionnels de l'œil gauche.

L'examen, pratiqué le 26 octobre 1892, révèle l'état suivant:

La paupière inférieure est soulevée par une saillie arrondie, égale, grosse comme une amande; la peau est très mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est consistante, demi-molle au toucher; la pression l'enfoncé profondément dans l'orbite au-dessous de l'œil, qui, au même moment, fait exophtalmie; il n'y a pas de vascularisation anormale, ni à la surface de la peau, ni sur la conjonctive. Pas de battements, pas de souffle, pas de chaleur exagérée au niveau de la tumeur.

Il est possible de saisir cette production morbide entre les doigts et de l'attirer sous la peau, comme il est facile de l'enfoncer dans les profondeurs de l'orbite. Elle est, en somme, très mobile dans le tissu cellulaire qui l'entourne et ne paraît avoir aucune attache. Ovoïde, elle est allongée dans le sens antéro-postérieur, et comme il est impossible d'explorer son extrémité profonde ou orbitaire, nous sommes conduit à admettre que là est son pédicule.

L'œil, pourvu d'une musculature régulière, est bien à sa place, et nous n'y rencontrons d'autres désordres qu'une diminution de l'acuité, tombée à 1/4 sous l'influence d'un astigmatisme de 2 D 50 régulier et conforme à la règle; ce vice de réfraction est très certainement dû, et c'est là l'une des particularités curieuses de l'observation, à la compression de la tumeur sur le globe de l'œil.

Le fond de l'œil est normal et la correction de l'astigmatisme par un verre cylindrique rétablit l'acuité à 4.

En présence d'une pareille affection, nous ne pouvons nous arrêter qu'à l'hypothèse d'une tumeur bénigne à évolution lente et régulière, et l'hypothèse d'un kyste dermoïde est évidemment celle qui explique le mieux les phénomènes cliniques dont nous venons de parler.

Il ne s'agit pas d'une tumeur de la paupière, ni d'une tumeur de la conjonctive, car l'affection est tout à fait indépendante de ces voiles membraneux; il s'agit d'une tumeur orbitaire développée entre le plancher de l'orbite et l'œil.

Contre l'hypothèse du kyste séreux s'élèvent la consistance ferme, l'absence de fluctuation et le siège du néoplasme; contre celle d'un angiome, on doit invoquer la couleur de la peau de la conjonctive, l'absence de vascularisation et l'irréductibilité par la pression. La tumeur de la malade s'enfoncé dans l'orbite, mais ne se réduit pas, phénomène dont il est d'autant plus facile de se rendre compte que la tumeur, attirée en avant, peut être aisément prise entre les doigts; contre l'hypothèse enfin de kyste sébacé plaident l'absence d'adhérence à la peau, la profondeur originelle de la tumeur, son volume et l'épaisseur de sa poche.

Pour toutes ces raisons, ne tenant pas compte de l'origine traumatique sur laquelle insistent les parents, nous nous arrêtons au diagnostic de kyste dermoïde de l'orbite



et, aidé par M. le docteur Piéchaud, nous pratiquons l'ablation de ce néoplasme le 30 octobre 1892.

L'opération fut très simple : elle consista dans une large incision de la paupière, faite parallèlement et un peu au-dessus du rebord inférieur de l'orbite ; la peau, le muscle orbiculaire et le tissu conjonctif sont incisés jusqu'à la tumeur, qu'on peut, avec les doigts, faire saillir vers l'ouverture ; la sonde cannelée l'isole aisément, et nous pouvons, sans l'ouvrir, l'attirer tout entière au dehors ; un coup de ciseau en détache le pédicule nourricier à son extrémité postérieure. Au cours de l'opération, qui a donné lieu à une hémorragie insignifiante, nous remarquons le muscle petit oblique au-dessous de la tumeur placée, par conséquent, entre celui-ci et le globe de l'œil.

Après un lavage bien minutieux à l'eau stérilisée et l'insufflation dans la cavité opératoire d'un peu de poudre d'iodoforme, nous faisons une suture exacte des lèvres de la plaie, sans drainage. La guérison a lieu par première intention, et 8 jours après la malade guérie quitte la maison de santé. Nous l'avons revue depuis, elle est complètement et définitivement guérie ; l'œil a repris sa forme normale ; l'*astigmatisme cornéen* a disparu. Dans un dernier examen, très récent, nous avons constaté le maintien de la guérison.

*Examen anatomique.* — L'examen macroscopique et microscopique de la pièce a montré l'exactitude du diagnostic ; le contenu est celui des kystes : éléments sébacés, graisse et poils en très grand nombre ; la paroi épaisse est formée par deux feuillets : un épithélium pavimenteux de revêtement, extrêmement net, et un chorion constitué par du tissu cellulaire feutré, assez épais, dans lequel nous trouvons des glandes sébacées en assez grand nombre ; nous n'avons pas rencontré de follicules pileux sur nos coupes, ni de glandes sudoripares ; ces dermoïdes sont rares dans la paroi des kystes dermoïdes ; mais les poils y sont en général faciles à rencontrer. En multipliant nos préparations, nous aurions sans doute rencontré des follicules pileux, mais il était bien inutile de poursuivre un examen qui ne pouvait nous induire qu'à des constatations classiques faites par maints auteurs.

L'examen histologique, outre les caractères certains de kyste dermoïde, a montré qu'il s'agissait d'un kyste jeune, en voie d'évolution, n'ayant encore subi aucune des altérations pathologiques que la poche présente quelquefois et dont la deuxième observation que nous avons à faire connaître offre un très intéressant exemple.

*Obs. 2. — Kyste dermoïde de l'orbite. Ulcération totale de la paroi interne.* — M. J. M..., 39 ans, rouleur, se présente à l'hôpital Saint-André de Bordeaux dans le service de la clinique ophtalmologique, le 24 octobre 1898.

Ses antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant ; ses parents sont morts âgés, après avoir eu une nombreuse famille dans laquelle nous ne relevons aucune tare congénitale. Pas de consanguinité. Cet homme est père de quatre enfants, tous vigoureux ; il ne présente aucune diathèse, et la seule affection générale, dont il ait été atteint, est la variole, qu'il a eue en 1870.

Pendant sa seconde enfance, à 10 ans environ, Jean-Marie M... a remarqué une petite tumeur, de la grosseur d'un pois, à l'origine du sourcil droit. Cette tumeur, de consistance un peu molle, n'était pas sensible à la pression et ne gênait en rien le sujet ; elle était mobile, s'enfonçait dans l'orbite quand on la comprimait, puis reparaisait à la surface, derrière la paupière quand on cessait la compression. Son volume était celui

d'une petite amande ; elle resta stationnaire jusqu'au commencement de septembre 1894.

A cette époque, sans traumatisme, sans cause connue, la tumeur commença à augmenter de volume, devint douloureuse, s'étala dans la région interne de la base de l'orbite dans la proportion qu'indique la figure 31 (p. 130). Les mouvements de la paupière furent bientôt très incomplets, et les douleurs, au début modérées, s'accrurent assez vite, au point de devenir difficiles à supporter, et c'est pour se faire débarrasser de cette affection douloureuse que le malade vient réclamer nos soins.

Ce jour-là, la tumeur remplit complètement la région de l'angle interne, dont elle soulève la peau. Cette peau n'est pas œdématiée, n'adhère pas à la masse morbide, n'a pas changé de couleur ; mais elle est très distendue, et la tumeur, grosse comme un œuf, fait une saillie arrondie et très accusée dans l'angle interne, recouvrant complètement la région du sac lacrymal. Cette tumeur n'est pas réductible dans les parties profondes ; sa palpation, peu douloureuse, permet cependant d'en chasser un peu le contenu en arrière et, sous l'influence de cette compression, on remarque que le globe de l'œil est repoussé en avant et au dehors.

La fluctuation est manifeste, et il n'est pas douteux que nous ayons affaire à une collection liquide.

Les antécédents de l'affection, son existence dès le jeune âge, sa marche lente d'abord, puis subitement rapide, son indépendance de la peau, l'épaisseur relative de la paroi du kyste, la région qu'il occupe, ne permettent guère au diagnostic de s'égarer.

Nous avons affaire à un kyste dermoïde du grand angle de l'œil, et à un kyste enflammé.

Conformément au désir du malade, nous nous mettons en mesure de pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Comme il s'agissait d'un kyste dermoïde et que le diagnostic ne pouvait être douteux, je me mis en devoir d'extraire, par une dissection attentive, la totalité de la poche. A cet effet, une longue incision demi-courbe fut faite sur la tumeur, du milieu du sourcil jusqu'au milieu du nez ; la peau, réclinée, laisse voir la partie antérieure de la paroi kystique, que nous isolâmes de côté et d'autre, aussi complètement que possible ; l'œil était récliné en dehors et en bas par un écarteur approprié.

Pour faciliter la dissection de la poche, qui s'engageait très profondément le long de la paroi interne de l'orbite, nous dûmes amputer la moitié antérieure du kyste et le vider de son contenu ; il s'écoula une abondante quantité de liquide louche, mélangé de gros grumeaux caséux et de quelques poils, débris caractéristiques justificatifs du diagnostic posé.

La poche ainsi vidée, la tumeur semblait avoir disparu, mais dans les parties profondes de la région interne de l'orbite, entre le nerf optique et l'os planum, existait toujours la paroi qu'il fallait, croyons-nous, extirper sous peine de récurrence.

Cette dissection fut très laborieuse : la poche enflammée adhérait aux parties voisines ; le nerf optique dut être serré de très près et contusionné par les ciseaux ; de plus, chaque coup de ciseaux ouvrait des bouches vasculaires petites, mais nombreuses, qui donnaient lieu à une hémorragie considérable, un instant presque inquiétante. Cette hémorragie était fournie par de nombreuses veinules, impossibles à saisir, sur lesquelles la compression seule avait prise. Cette compression, aidée d'une injection au cyanure froid, arrêta cependant cette hémorragie, et il nous fut possible de faire, dans de bonnes conditions, la suture de la peau et un drainage approprié destiné à ne pas

laisser séjourner dans cette grande anfractuosité orbitaire les liquides qui devaient nécessairement s'y épancher.

Les suites de l'opération furent d'ailleurs bonnes au point de vue de l'état général ; il y eut dans la région un gonflement considérable, mais aucune exophtalmie et certainement une compression rétro-bulbaire assez minime. Il n'y eut aucune élévation de température, et la cicatrisation de la plaie opératoire marcha régulièrement à la guérison ; mais du côté de l'oeil se passèrent des phénomènes très intéressants.

Au premier pansement, qui fut fait 2 jours après l'opération, le sujet accusa une grande diminution d'acuité ; sa cornée, toujours bien recouverte par les paupières un peu œdématiées, était insensible sur toute sa moitié interne et inférieure ; il avait de l'iritis et un peu d'hypopyon ; la membrane était encore transparente.

Collyre à l'atropine, compresses chaudes et pommade iodoformée. Le revêtement épithélial de la cornée était à ce moment intact.

Le quatrième jour, au second pansement, les accidents neuro-paralytiques s'étaient accusés ; la cornée était dépolie, la chambre antérieure contenait dans son quart inférieur un liquide louche abondant ; il y avait beaucoup d'iritis, et le sujet comptait à peine les doigts.

Le pansement fut fait dans la suite plusieurs fois par jour, dans le but de réveiller la nutrition de la cornée et de lutter contre l'iritis : compresses très chaudes, pommades antiseptiques, atropine ; une petite ulcération marginale se produisit en bas ; mais, au bout de 8 jours, les accidents neuro-paralytiques s'amendèrent, et la nutrition de la cornée reprit le dessus pendant que, sous l'influence de l'atropine, les complications iriennes diminuèrent.

L'examen ophtalmoscopique montre une papillite aiguë.

Quinze jours après, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri de son opération, avec une cornée bien transparente, une pupille normale, mais une névrite optique en voie d'évolution et s'acheminant vers l'atrophie.

Son acuité visuelle est de 1/10 ; cette acuité, dans la suite, resta stationnaire. Un examen pratiqué le 28 novembre, un mois après l'opération, fit constater un trouble fin du corps vitré et une décoloration notable de la papille.

L'acuité visuelle du sujet paraît définitivement réduite.

*Examen de la poche kystique.* — Le contenu du kyste ne fut pas recueilli, mais il doit nous suffire de noter les débris caséeux sébacés et les poils qu'il contenait pour que le diagnostic ne soit pas contestable.

La poche a été étudiée avec d'autant plus de soin qu'elle nous a paru mériter grand intérêt.

Sans insister ici trop longuement sur sa structure, nous dirons que cette poche était totalement dépourvue, sur tous les points examinés, d'épithélium de revêtement ; elle était le siège d'une ulcération ancienne très étendue, intéressant vraisemblablement la totalité de sa surface ; le derme était épaissi et fibreux, dégénéré en un véritable tissu de cicatrice, au milieu duquel on trouvait encore des glandes sébacées remplies de vieux cristaux de cholestérine. Dans ce derme, nous n'avons pu trouver aucun autre élément que ces glandes sébacées indiquant l'origine véritable de la paroi ; la face interne de ce derme, celle qui regarde la cavité du kyste, est couverte par un mince tissu granuleux, presque partout peu épais, en quelques endroits seulement bien développé et presque longueux.

La face externe, celle qui a été séparée du tissu orbitaire par la dissection, présente un grand nombre de vaisseaux, qui lui donnent presque l'aspect d'un tissu érectile et expliquent bien l'hémorrhagie abondante produite pendant l'intervention. En résumé, l'examen anatomique démontre bien qu'il s'agit d'un kyste dermoide (poils dans le contenu, vestiges de glandes sébacées dans le contenant) et il permet de constater cette particularité, vraiment intéressante et rare, d'une ulcération siégeant sur la paroi du kyste, de façon à en supprimer tous les éléments épithéliaux.

Obs. 3. — Un enfant de 6 mois nous est apporté à l'hôpital des Enfants le 10 avril 1902, pour une petite tumeur occupant la partie externe et supérieure de l'orbite, c'est-à-dire la région de la glande lacrymale.

Les parents ont remarqué cette petite saillie quelques jours après la naissance, et depuis cette époque ont pu noter son lent accroissement.

L'examen de ce petit malade nous fait constater qu'il est parfaitement constitué, sans aucun désordre congénital ; il est robuste et paraît ne souffrir en rien de l'affection pour laquelle on l'apporte à l'hôpital.

La palpation nous permet de reconnaître que la peau est mobile à la surface de la tumeur sans aucune adhérence avec elle ; il est facile, par la pression, de réduire cette tumeur dans l'orbite, d'où elle sort spontanément quand on cesse de peser sur elle. Les cris de l'enfant en augmentent la saillie, mais pendant les cris la peau qui la recouvre conserve sa couleur et toutes ses apparences normales.

Lorsque l'enfant regarde en bas, la saillie du néoplasme est très peu accusée, si bien qu'à certains moments il semble que cette tumeur a disparu, particulièrement lorsque l'enfant est couché ; à ce moment, en effet, dans le regard en bas, l'espace qui sépare le globe de l'oeil de la paroi supérieure de l'orbite augmente, et la pesanteur du petit néoplasme suffit à l'enfoncer dans la cavité orbitaire assez profondément pour qu'il ne soulève plus la peau de la paupière.

Mais il suffit que l'enfant regarde en haut pour qu'on voit immédiatement la tumeur se porter en avant ; elle est alors très apparente.

Cela tient évidemment à ce que l'oeil, en se portant en haut, vient comprimer le néoplasme et le repousser en avant.

Le diagnostic de tumeur dermoide de l'orbite s'impose sans qu'il y ait lieu de s'arrêter longuement au diagnostic différentiel ; l'opération, faite le 15 avril, démontra son exactitude ; il fut facile d'extraire le néoplasme représenté sur les figures 33 et 34, et au cours de l'opération nous nous rendimes compte, non seulement de la forme et du volume de cette tumeur, mais encore de ses rapports avec le squelette.

Ainsi que cela est constant dans les tumeurs dermoides, celle-ci adhérait au squelette par un pédicule contenant les vaisseaux nourriciers. Ce pédicule est relativement étroit, mais il est très évident, et ce n'est qu'après l'avoir sectionné que nous pouvons extraire en totalité cette tumeur orbitaire, petite en elle même, mais vraiment assez grosse relativement à l'âge de l'enfant.

L'examen histologique a fait voir la structure typique des tumeurs dermoides.