

## B. — Kystes acquis.

## 1° KYSTES PAR EXSUDATION DES BOURSES SÉREUSES ET DU TISSU CONJONCTIF ORBITAIRE

Les bourses séreuses de l'orbite tiennent une assez grande place dans l'anatomie de la région, bien qu'aucune d'elles, en dehors de celle de Ténon, n'ait fait l'objet d'une description spéciale. Comme partout ailleurs dans l'économie, ces bourses sont créées par le libre jeu des organes, c'est-à-dire, dans l'espèce, les mouvements des muscles.

Il peut se faire qu'autour d'un néoplasme bénin, fibreux, une pareille séreuse se développe, et que dans l'intérieur de cette bourse un épanchement kystique, par exsudation s'établisse, produisant ainsi autour du néoplasme un véritable kyste, selon le processus pathogénique des kystes néogènes de Broca.

Si nous exceptons les kystes de la glande lacrymale, nous trouvons, dans l'orbite, des kystes par exsudation développés :

- 1° Dans les bourses séreuses de la région ;
- 2° Autour de certains néoplasmes capables d'entraîner une irritation périphérique ;
- 3° Aux dépens d'une inclusion, de cause traumatique, de tissu épithélial.

a) **Kystes développés dans les bourses séreuses normales de la région.** — Il faut citer ici, en premier lieu, l'hydropisie de la bourse séreuse de Ténon, telle qu'elle a été décrite par Carron du Villards<sup>1</sup> et, après lui par Demarquay<sup>2</sup>.

Carron du Villards rapporte l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, portant un exophtalmos considérable, accompagné de douleurs excessivement vives lorsqu'elle penchait la tête en bas. L'œil exophtalme avait

<sup>1</sup> CARRON DU VILLARDS, Mémoire sur l'exophtalmie, *Annales d'oculistique*, 1858, t. XI, p. 106.

<sup>2</sup> DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*, 1860, p. 419.

perdu la vision, et l'observateur crut qu'il y avait une tumeur fibreuse, dure, entourant l'œil et le comprimant.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une hydropisie de la capsule de Ténon. Le décollement de la capsule était complet jusqu'à la cornée, et la collection liquide entourait complètement le globe, d'ailleurs parfaitement sain. Il s'agissait, en somme, d'une ténonite chronique, et l'on peut expliquer ici l'épanchement liquide comme dans les articulations on explique l'hydartrorse.

Mais la ténonite, bien connue depuis les travaux récents de Panas et de quelques autres, est une affection aiguë ou subaiguë, dont la symptomatologie diffère beaucoup de celle des kystes. L'observation que cite Demarquay, d'après Mackenzie<sup>1</sup>, est loin d'être démonstrative.

Un pareil cas d'hydropisie de la capsule de Ténon est donc très rare, et c'est là ce qui, selon nous, donne une certaine valeur à l'observation qui nous est personnelle et que nous avons recueillie dans les conditions suivantes :

Obs. — *Hydropisie enkystée de la bourse séreuse de Ténon.* — Francisque A., d'Hernani (Espagne), nous est adressé, le 28 février 1897, par notre excellent confrère, le docteur Durruty, d'Hendaye, pour une affection orbitaire et oculaire dont l'histoire est la suivante :

Le malade, âgé de 64 ans, est un homme vigoureux dont les antécédents héréditaires et personnels sont absolument parfaits. Son père est mort jeune à la suite d'un accident ; sa mère est morte très âgée ; une sœur du malade a présenté quelques accidents inflammatoires dans le sein, sans doute un abcès, après ses couches ; depuis, elle se porte bien et il n'y a pas lieu de penser chez elle à un néoplasme. Son père avait, paraît-il, un œil amblyope, mais il s'agit là, vraisemblablement, d'un état congénital sans rapport avec une diathèse quelconque.

L'arthritisme et le rhumatisme, soigneusement recherchés, n'existent pas dans la famille du malade, qui a vécu ses 64 ans sans affection générale ni locale d'aucune sorte. Son fils, vigoureux garçon de 25 ans, est un habile joueur de pelote d'une admirable santé.

*Antécédents de la maladie.* — Il y a trois mois environ, le malade s'aperçut que l'œil droit devenait moins bon ; assez vite, la vue baissa, si bien qu'un mois après le début des premiers symptômes, l'acuité du côté atteint était presque nulle ; à ce moment apparurent des douleurs légères, mais tenaces, des tiraillements sourds. Il semblait au malade que son œil était chassé hors de l'orbite.

Il y a un mois et demi environ que l'exophtalmie est assez notable pour frapper les

<sup>1</sup> DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*, p. 422.



personnes qui entourent le patient; les douleurs, que le malade, très courageux, a supportées plus aisément que ne l'auraient fait beaucoup d'autres, ont commencé à se manifester deux semaines avant l'exophtalmie, dont l'apparition a coïncidé avec l'abaissement de l'acuité visuelle.

*Etat actuel*, 28 février 1897. — Ce qui frappe dans l'examen du malade, c'est l'exophtalmie très apparente et très caractéristique. L'œil est chassé en avant et très légèrement en dehors. Tout autour de l'œil, entre ce dernier et l'arcade orbitaire supéro-externe et inférieure, le doigt fait très aisément sentir une tumeur résistante, bien tendue, qui occupe toute la base de l'orbite, débordant le globe de l'œil enchassé dans la masse morbide (fig. 41).

La partie interne du globe seule est à peu près libre, il n'y a à ce niveau qu'une vague

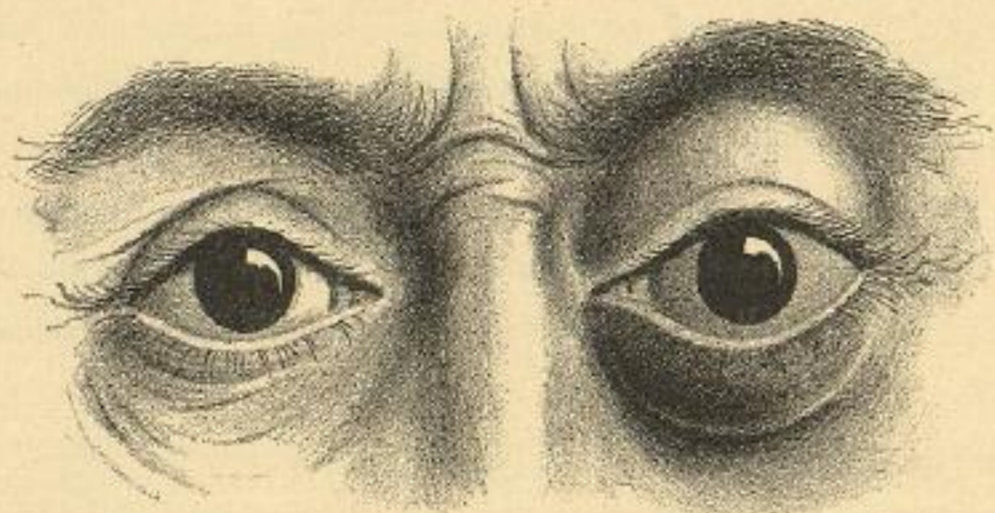


FIG. 41. — Hydropisie enkystée de la capsule de Ténon de l'œil gauche.

tuméfaction. Nous remarquons que la palpation sur ce point est douloureuse, alors que dans les parties péri-oculaires supérieure, externe et inférieure elle est indolente.

L'œil a conservé sa forme régulière; il est un peu plus dur qu'à l'ordinaire: T. + 1. Quand on ferme l'autre œil, la pupille y est moyennement dilatée et presque insensible à la lumière.

La conjonctive oculaire est un peu oedématisée, mais sans chémosis, sans rougeur, sans inflammation. Elle est sillonnée par quelques veines dilatées, mais dont le volume, dans le cas particulier, n'a rien qui appelle particulièrement l'attention.

Les paupières ne sont pas gonflées, et le malade peut fermer presque complètement l'œil en contractant son orbiculaire avec force, c'est à-dire que l'exophtalmie, très apparente, très évidente, n'est pas encore arrivée au degré extrême qu'elle atteint souvent dans les néoplasmes orbitaires.

Les mouvements du globe sont presque nuls en haut, en dehors et en bas; en dedans, ils sont réduits de plus de moitié.

Le malade souffre modérément de son affection; les douleurs paraissent inquiéter peu le patient; il faut lui en parler pour qu'il les accuse; il est alors très affirmatif, et sans nul doute il faut faire une large part à l'endurance du malade, montagnard de grande résistance.

Ce qui inquiète surtout notre sujet, c'est la suppression presque complète d'une acuité visuelle tombée à 1/25.

L'examen ophtalmoscopique montre l'existence d'une névrite optique s'acheminant vers l'atrophie. Pas de vice de réfraction; les milieux sont très transparents.

En présence de ces symptômes, nous crûmes devoir faire le diagnostic de tumeur du nerf optique, sarcome ou myxo-sarcome, basant ce diagnostic sur la direction de l'exophtalmie, la présence de la tumeur exactement derrière le globe et autour de lui, les troubles de la mobilité oculaire, l'existence de la névrite. Nous étions dans l'erreur ainsi que la suite de l'observation va l'établir.

Après avoir fait part à notre malade de ce diagnostic, d'ailleurs grave, nous lui proposons l'ablation du néoplasme seul, en lui demandant la permission d'enlever le globe de l'œil si, au cours de l'opération, nous rencontrons quelque entrave à l'exécution parfaite de l'ablation du nerf optique et de son néoplasme.

Nous sommes partisan, dans les néoplasmes du nerf optique, de l'ablation par un procédé que nous avons fait connaître ailleurs<sup>1</sup> et qui nous donne toute facilité pour l'extirpation du néoplasme et de la totalité du tronc nerveux. Ce procédé consiste, après la canthotomie, dans la désinsertion du droit externe, dont l'extrémité est retenue par un fil passé dans le tendon; ensuite, l'opérateur dégage le néoplasme avec le doigt et la sonde cannelée, passe un fil sous le néoplasme de façon à l'étreindre par un lien circulaire, puis va couper le nerf optique au sommet de l'orbite et, tirant sur la tumeur, dégage le nerf optique de façon à porter en avant son extrémité postérieure pendant que l'œil est successivement tourné en dedans, puis en arrière.

Après la section du droit externe, je me mis donc en devoir de chercher le néoplasme et de le circonscrire; mon doigt avait fait le tour d'une grosseur résistante et rénitente placée contre le globe, dans l'entonnoir des muscles et, avec une sonde cannelée, je m'efforçais de libérer le néoplasme des parties voisines, lorsque tout à coup un jet de liquide clair, un peu citrin, inonde le champ opératoire et immédiatement disparaît tout ce qui constituait le néoplasme; mon doigt sentait le nerf optique bien régulier, bien tendu, et autour de lui le tissu adipeux normal; rien, absolument rien, qui rappelât la poche épaissie d'un kyste ancien ou les débris d'une tumeur kystique dont un large alvéole aurait pu être ouvert. Ma désillusion fut extrême. Je pensai immédiatement à la possibilité d'un échinocoque et je considérai attentivement l'aspect du liquide épanché et ruisselant encore dans le champ opératoire: il n'avait pas l'aspect de celui des kystes hydatiques, il n'y avait aucune vésicule-fille; je raclai la paroi de la cavité, où mon doigt s'enfonçait, avec une curette mousse de Wolkman; je ne ramenaï rien, aucune membrane adventice ni rien qui lui ressemblât.

Il n'y avait pas lieu de poursuivre mon opération, puisque le corps du délit manquait et, après avoir lavé avec du sublimé à 0,25 p. 1.000, je suturai le droit externe à son point d'attache ordinaire, je fis la suture de la conjonctive, celle de la peau de l'angle externe, sans aucun drainage. L'écoulement de sang ayant été insignifiant, il me parut que la réunion par première intention ne rencontrerait aucun obstacle.

C'est en effet ce qui eut lieu, et notre malade quittait Bordeaux quinze jours plus tard, complètement guéri.

L'acuité visuelle remonta à 1/10, amélioration notable, mais trop légère pour donner

<sup>1</sup> *Recueil d'ophtalmologie*, 1892, p. 269.



beaucoup de satisfaction au malade. Six mois après le docteur Durruty voulut bien nous donner de ses nouvelles et nous apprit que l'acuité visuelle était restée stationnaire, mais que l'œil avait repris sa place dans l'orbite sans aucune gêne dans ses mouvements, sans strabisme, sans exophtalmie.

Les réflexions qu'appelle cette observation concernent d'abord l'erreur de diagnostic qu'elle contient : un kyste de l'orbite a été confondu avec une tumeur du nerf optique.

Sans chercher à nous disculper, nous ferons remarquer que notre malade présentait tous les signes de cette dernière affection. Exophtalmie directe, saillie d'une grosseur placée exactement derrière l'œil et le débordant, consistance ferme du néoplasme, perte de l'acuité visuelle coïncidant avec l'exophtalmie, lésions ophtalmoscopiques, marche lente et progressive de l'affection.

Notre erreur de diagnostic n'a eu aucune suite grave à cause du procédé opératoire employé : si nous avions cru, comme la plupart des opérateurs, devoir sacrifier le globe de l'œil pour enlever plus radicalement le néoplasme du nerf optique, nous nous serions peut-être aperçu trop tard de notre méprise ; heureusement la lumière s'est faite pour nous pendant le premier temps de l'opération, alors que le droit externe seul avait été sectionné.

Notre cas appelle un autre ordre de réflexions concernant son étiologie et sa pathogénie. Avons-nous eu affaire à une hydropisie de la bourse de Ténon ou à un kyste placé dans le tissu cellulaire du voisinage ? Contre le diagnostic hydropisie, nous signalons ce fait : savoir que la collection liquide ne faisait pas une saillie égale autour de l'œil ; elle était beaucoup plus prononcée en haut, en dehors et en bas qu'en dedans ; mais nous ne connaissons pas assez cette affection pour donner à cette particularité une très grande valeur, surtout alors que tout parle en faveur d'une collection liquide épanchée dans la cavité ténonienne, la façon étroite dont l'œil était entouré, l'exophtalmie directe et les constatations faites par le doigt introduit dans l'ouverture de la poche.

Le siège était localisé dans l'espace de Ténon ; nous ne dirons rien de la nature du kyste ; l'examen du liquide n'a pas été pratiqué, puisque ce liquide n'a pu être recueilli, son aspect était celui du liquide citrin de l'hydrocèle simple. Nous avons vainement cherché les signes du kyste hydatique.

Nous croyons donc avoir eu affaire, dans notre observation, à une tumeur liquide enkystée ou à une hydropisie de la bourse séreuse de Ténon.

Nous n'avons trouvé dans nos ouvrages et recueils périodiques qu'un fait bien comparable à celui-là. Il appartient à Carron du Villards <sup>1</sup>.

Comme moi, Carron du Villards se croyant sûr de son diagnostic, ne fit pas de ponction exploratrice et, plus malheureux que moi, il pratiqua l'extirpation de l'œil et du néoplasme ; c'est en sectionnant le nerf optique que le kyste fut ouvert et l'erreur reconnue.

L'examen anatomique démontra à Carron du Villards que l'œil était

<sup>1</sup> CARRON DU VILLARDS, *Ann. d'ocul.*, 1858, p. 106.

entouré de toutes parts par une poche à laquelle, il avait, dans le dernier temps de l'opération, donné un coup de ciseaux : « ayant introduit dans l'ouverture un stylet mousse, je pus, dit-il, le promener dans toute la circonférence du bulbe ». Le décollement de la bourse de Ténon était complet jusqu'à la cornée.

L'examen du globe de l'œil démontra d'ailleurs à Carron du Villards que l'organe était sain ; il est probable que, dans ce cas observé en 1842, il y avait, comme dans le mien, à l'insu de l'observateur, une névrite optique expliquant la perte de la vision dont parle l'auteur dans son observation.

Avec cette observation, Carron du Villards en rapporte deux autres, beaucoup moins précises, qu'il ne faut accepter qu'avec réserves.

La première a trait à une jeune fille atteinte d'exophtalmie très prononcée avec douleurs violentes. Une ponction exploratrice fit écouler deux onces environ d'un liquide citrin.

« La nature et la quantité du liquide ne me firent point, dit-il, partager l'opinion de l'assistance, qui crut à la présence d'une collection d'hydatides. » Mais rien ne prouve que Carron du Villards ait eu dans ce cas affaire à une hydropisie.

Le troisième fait de Carron du Villards concerne un homme de 37 ans chez lequel on observait distinctement la saillie du liquide lorsqu'il penchait la tête en avant. S'il restait longtemps dans cette position, l'œil devenait dur et douloureux, si bien que le malade était obligé de se coucher sur le dos, pour refouler le liquide à la partie postérieure, en exerçant sur les paupières une sorte de taxis.

« Depuis cette époque, dit encore Carron du Villards, j'ai rencontré plusieurs fois cette ténonite et l'ai toujours fait disparaître par la ponction. »

Il est étonnant que cette affection, que cet auteur considère comme commune, ait été depuis si rarement observée ; il est au moins probable qu'il prit pour des hydropisies de la bourse de Ténon les collections kystiques les plus diverses.

Sur les trois observations que nous avons résumées, une seule est de nature à entraîner la conviction ; les détails que donne l'auteur ne



permettent pas de douter, selon moi, qu'il ne se soit agi dans ce cas d'une collection liquide épanchée entre l'œil et la capsule de Ténon, et je ne puis sur ce point partager l'opinion de Chauvel, qui met en doute l'exactitude du diagnostic.

Nous croyons assimilable à ce cas de Carron du Villards l'observation personnelle que nous venons de résumer; c'est là, du moins, la seule interprétation rationnelle que nous soyons en mesure de lui donner.

Les autres bourses séreuses de la région sont d'une importance variable; elles peuvent ne pas exister, elles sont en quelque sorte adventices, et ne font pas partie du plan général de l'organisme.

Les plus communes, les seules peut-être qui jouent un rôle en pathologie, et certainement un rôle effacé, sont celles situées au-dessus et au-dessous du releveur de la paupière, et celles du tendon de l'oblique supérieur au niveau de la trochlée.

Nous n'avons pas trouvé d'observation démontrant bien l'origine d'une collection liquide orbitaire dans ces bourses séreuses, et nous sommes convaincu que quelques faits, qui ont été publiés comme tels, ne sont pas de véritables kystes séreux. Le cas de de Wecker<sup>1</sup> est très probablement un kyste *sébacé* ou *dermoïde*, et celui de Vos Salomon<sup>2</sup> une *tumeur fibro-plastique* présentant avec l'hydropisie d'une bourse séreuse de bien lointaines analogies.

**b) Kystes développés autour d'un néoplasme.** — De pareilles lésions sont encore des raretés qui, en clinique, n'ont pas d'importance, mais elles méritent une place dans un ouvrage exclusivement consacré aux tumeurs de l'œil. Nous nous arrêterons d'autant plus particulièrement sur cette affection, que nous en avons, avec le professeur Badal, observé un exemple extrêmement démonstratif.

Obs. — Il s'agissait d'une robuste paysanne de 70 ans qui, deux ans avant son entrée à l'hôpital, avait été frappée à l'œil droit par un cep de vigne; la douleur, très vive d'abord, se calma bientôt; mais 6 mois après elle reparut très violente.

Il se produisit de l'exophtalmie, de la mydriase, de la diplopie dans certaines posi-

<sup>1</sup> DE WECKER et LANDOLT, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. IV, p. 820.

<sup>2</sup> VOS SALOMON, *British medical Journal*, 18 janvier 1868.

tions. Puis la papille s'atrophia, et enfin une tumeur, située derrière le globe, put être perçue avec le doigt.

M. Badal fut assez heureux pour extraire cette tumeur des profondeurs de l'orbite sans énucléer l'œil. Ce néoplasme se composait de deux parties différentes:

1° Une tumeur blanchâtre, de la grosseur d'une petite châtaigne, aplatie d'avant en arrière, offrant au toucher une consistance fibreuse, sans trace de pédicule à sa surface;

2° Une petite tumeur kystique, à parois minces et translucides, distendues par un liquide séreux au milieu duquel on distinguait vaguement une partie solide. La forme du kyste était une ampoule se mouvant assez exactement sur les parois du sommet de l'orbite, ayant par conséquent sa grosse extrémité en avant.

L'opération fut suivie d'un heureux résultat, la vision resta ce qu'elle était avant l'opération ( $V = 1/2$ ). L'œil garda son aspect normal, et tous les phénomènes douloureux disparurent.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La tumeur se compose de deux parties distinctes qui ont été enlevées séparément pendant l'opération.

La première partie du néoplasme présente le volume et la forme d'une petite noix, aplatie, aux contours irréguliers.

La consistance de cette tumeur est dure, résistante comme celle du fibrome. Elle crie sous le scalpel et donne une coupe blanchâtre comme celle des tumeurs fibreuses les plus pures; à la surface de la coupe, le raclage n'amène qu'un petit nombre de cellules et du liquide en très faible quantité.

La deuxième partie de la tumeur est piriforme, avec un pédicule circonscrit et une portion renflée en forme d'amande.

Sa longueur est de 2 centimètres environ et sa largeur de 1 centimètre et demi. A sa surface on aperçoit une tumeur fibreuse, flétrie, comparable à une vésicule dont le liquide aurait disparu.

Il est facile de fendre longitudinalement cette enveloppe fibreuse (fig. 42) et de la soulever.

On peut alors aisément, non toutefois sans rompre quelques adhérences lâches, la séparer du nodule solide qu'elle contient. Au moment même où l'opération a été faite, il existait, entre le sac fibreux et la tumeur, une abondante exsudation qu'on pourrait assez exactement comparer à celle qui, décollant les deux feuillets de la plèvre, constitue l'épanchement pleurétique.

Cette enveloppe fibreuse se continue sur le pédicule de la tumeur et l'enveloppe étroitement. Ce pédicule est d'ailleurs constitué par le même tissu que la masse néoplasique qu'il supporte et autour duquel l'épanchement de liquide s'est produit.

Ce liquide pathologique n'a pu être examiné; lorsque la pièce a été placée dans l'alcool, il a diffusé à travers son contenant et n'a laissé, sur les parois de la cavité, rien

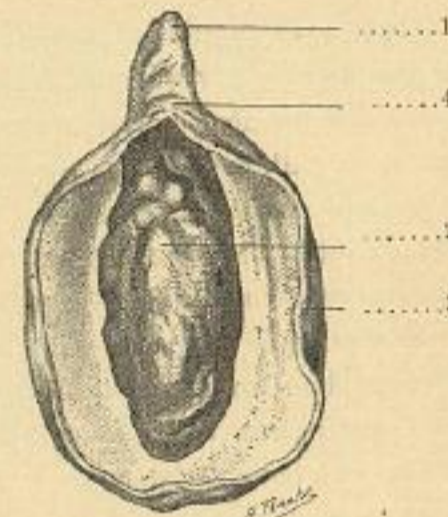


FIG. 42 (grossissement de 2 diamètres.)

1, pédicule; — 2, néoplasme; — 3° membrane fibreuse enveloppante ouverte en avant; — 4, gaine fibreuse enveloppant le pédicule [*Arch. d'ophl.*, mai-juin 1891].



qui permette de penser qu'il s'agissait d'autre chose que d'un liquide séreux, comme celui de l'hydropisie ordinaire et des kystes par exsudation.

La figure 42 représente cette très intéressante disposition anatomique qui, pour la clarté plus grande du dessin, a été grossie deux fois.

En 1 on voit le pédicule; en 2, le néoplasme; en 3, la membrane fibreuse enveloppante, ouverte en avant; en 4, la gaine fibreuse qui entoure le pédicule du néoplasme.

La poche paraît distendue par un liquide transparent; on aura, à notre avis, une idée très exacte et très complète de la réalité des faits si l'on suppose que des brides conjonctives, des tractus de tissu cellulaire lâche vont de la surface interne de l'enveloppe fibreuse à la périphérie de la masse solide.

Après avoir acquis ces notions sur les dispositions macroscopiques des deux parties de la tumeur enlevée par le professeur Badal, l'étude histologique a été faite de façon à éclaircir ces deux points: 1° quelle est la nature du néoplasme? 2° quelle est la nature et la pathogénie de la poche kystique?

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — 1° *Nature de la tumeur.* — Ce qui domine dans ce tissu, c'est la présence des nattes abondantes de fibres conjonctives adultes, s'entrecroisant dans tous les sens comme des écheveaux entremêlés.

Chaque natte forme un gros faisceau arrondi, et chaque faisceau s'étant présenté à la coupe dans une position différente, on peut voir sur une même préparation un faisceau longitudinal très allongé, des faisceaux obliquement coupés et d'autres dont la section exactement transversale est perpendiculaire au grand axe des fibres (fig. 43).

On ne trouve nulle part de nids de noyaux embryonnaires; les jeunes cellules conjonctives, assez abondantes, sont disséminées irrégulièrement dans l'intervalle des faisceaux. Traitées par l'acide picrique, les préparations ne laissent pas voir de fibres élastiques. L'acide acétique gonfle les fibres conjonctives en montrant les noyaux allongés qu'elles contiennent.

En certains endroits les faisceaux de tissu conjonctif sont si étroitement serrés les uns contre les autres que leur coupe rappelle l'aspect du tissu tendineux.

Il y a très peu de vaisseaux; dans le morceau cubique pris au centre de la tumeur, qui a fourni les nombreuses coupes examinées, nous n'avons vu qu'un seul tube vasculaire à parois épaissies et indurées, sans trace de fibres musculaires lisses; sans doute un capillaire entouré d'un tissu conjonctif jeune, développé avec le néoplasme qui nous occupe.

Nous avons encore constaté la présence d'un filet nerveux dont la gaine hypertrophiée, épaissie, rappelle celle d'un tube sanguin.

Il s'agit donc évidemment d'une tumeur faite de *tissu conjonctif*. Faut-il l'appeler fibrome? Par définition le fibrome est composé de tissu conjonctif adulte, c'est-à-dire qu'on ne saurait, si l'on tient à parler un langage rigoureux, admettre dans sa constitution la présence de jeunes cellules embryonnaires.

Le néoplasme que nous étudions présente en certains points cette structure purement fibreuse, mais on y trouve aussi bon nombre de cellules jeunes qui font penser au sarcome, tumeur faite essentiellement avec des éléments conjonctifs au début de leur évolution.

Toutefois, il n'est pas douteux que le tissu fibreux pur l'emporte de beaucoup sur les éléments sarcomateux. Il convient d'appeler cette tumeur *fibro-sarcome*, mais le mot fibrome seul serait déjà très rapproché de la vérité.

Il est même permis de penser que beaucoup de fibromes de l'orbite décrits dans ces derniers temps présentaient autant de tissu jeune que la tumeur dont il est question.

2° *Nature et pathogénie de la cavité kystique.* — L'enveloppe kystique est formée par du tissu fibreux adulte. Sur sa surface interne l'imprégnation d'argent, faite selon les préceptes indiqués par Ranvier pour la recherche de l'endothélium des séreuses, n'a pas révélé la présence de cet endothélium. Nous avons nitraté plus de 1 centimètre carré de cette surface interne, et nulle part nous n'avons vu le ciment intercellulaire. Le micro-carmin n'a pas révélé davantage la présence des noyaux.

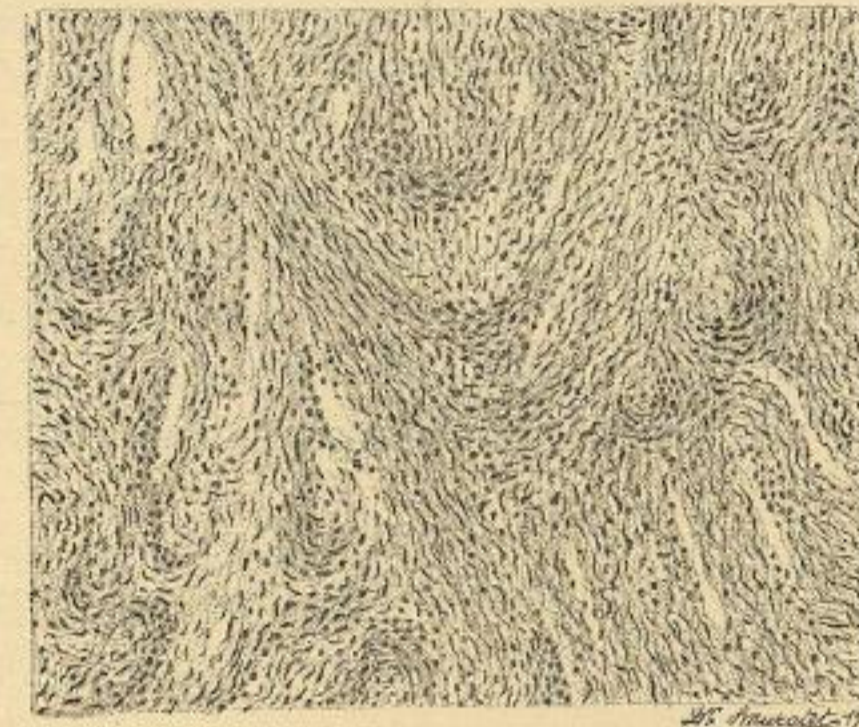


FIG. 43. — Tissu fibro-plastique constituant le néoplasme.

Il ne s'agit donc pas ici d'une véritable cavité kystique. D'ailleurs, les tractus conjonctifs reliant cette enveloppe au néoplasme faisaient bien pressentir qu'il s'agissait de mailles de tissu cellulaire distendues par le flot du liquide exsudé.

La présence de cet exsudat liquide, périphérique au néoplasme ainsi emprisonné dans cette tunique fibreuse, mérite d'autant plus d'être mentionnée que les auteurs classiques ne paraissent pas avoir remarqué d'accidents analogues dans le développement des fibromes et des fibro-sarcomes.

On a décrit dans l'orbite des kystes exsudatifs, des hygromas formés aux dépens des bourses muqueuses constantes ou accidentelles. Les muscles releveur et droit supérieur en sont le siège d'élection.

De Wecker en a observé un cas développé autour du droit inférieur, et l'examen de la poche kystique, confié à Ranvier, montra qu'il s'agissait d'un épanchement né dans le tissu cellulaire, sans parois propres, sans endothélium à la surface du kyste<sup>1</sup>.

Ce qui se passe en général autour des muscles s'est passé autour de la tumeur que nous avons examinée, et cette production anormale s'explique assez bien par les lois ordi-

<sup>1</sup> DE WECKER, *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, p. 820.



naïres de l'anatomie pathologique. Il convient toutefois de remarquer que, ni le traité complet de Wecker, ni l'article « Orbité » de Chauvel (*Dict. encyclopédique*), où la monographie bien connue de Berlin est reproduite, ne contiennent rien de semblable.

Sans doute, le pronostic de l'affection n'en est nullement changé, le diagnostic anatomique reste le même, mais la présence de cette hydropisie périphérique, de ce kyste par exsudation, constitue un phénomène singulier et très intéressant.

Nous ne croyons pas qu'il existe beaucoup d'exemples analogues dans la science; nous ne pouvons pas ranger dans cette catégorie les kystes par extravasation dont parle de Wecker<sup>1</sup>; il s'agit, dans les cas qu'il décrit sous cette rubrique, de kystes hématiques développés à la suite d'un épanchement sanguin dans un angiome caverneux. Quant aux kystes mélaniques, nous ne nous y attarderons pas: ce sont là des tumeurs malignes dont l'étude viendra plus loin, et qui n'ont pu rentrer dans le chapitre des kystes par extravasation de de Wecker que par une confusion faite dans l'histoire des néoplasmes par cet éminent clinicien.

c) **Kystes par inclusion d'origine traumatique du tissu épithélial.** — Ces kystes sont assimilables aux tumeurs épidermoïdes des doigts, aux kystes perlés de l'iris, si bien étudiés par Masse (de Bordeaux); Critchett et Griffith<sup>2</sup> en ont rapporté un exemple qu'on peut ainsi résumer:

Obs. — Un malade avait reçu une blessure tranchante à travers le sourcil droit avec perforation de l'œil, que Critchett fut obligé d'énucléer 6 mois plus tard. Cinq ans après cette opération, il fallait enlever une grosseur qui s'était développée dans la partie supérieure et externe de l'orbite, immédiatement au-dessous de l'ancienne cicatrice. Il s'agissait d'un kyste, gros comme un marron, et rempli d'un liquide clair. Griffith examina l'enveloppe du kyste, qui était composée d'un tissu fibro-vasculaire tapissé d'épithélium pavimenteux stratifié.

On comprend qu'un certain nombre de faits de ce genre aient pu être observés; mais il n'y a pas lieu d'insister sur une affection aussi exceptionnelle.

<sup>1</sup> DE WECKER, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. IV, p. 818.

<sup>2</sup> CRITCHETT et GRIFFITH, Kyste d'implantation de l'orbite. Examen histologique. *Trans. ophth. Society*, 12 nov. 1897.

## 2<sup>e</sup> KYSTES A ENTOZOAIRE

Les kystes à entozoaires de l'orbite doivent être décrits en deux chapitres distincts:

a) Les kystes hydatiques; b) les cysticerques.

### a) *Kystes hydatiques de l'orbite.*

Les kystes hydatiques de l'orbite sont aussi rares que ceux du foie sont communs; Berlin<sup>1</sup>, en 1880, n'a pu en réunir que 39 cas, auxquels il nous est possible d'en ajouter aujourd'hui 32 autres, recueillis dans les divers périodiques et notamment dans des travaux publiés sur ce sujet par Dieu<sup>2</sup>, Weeks<sup>3</sup>, J. Monreal-Marin<sup>4</sup>, Mandour<sup>5</sup>, Chiron du Brossay<sup>6</sup> et quelques autres dont nous retrouverons les noms dans le cours de cet article.

**Anatomie pathologique et pathogénie.** — D'après Berlin, on ne trouve jamais les kystes hydatiques dans les parois osseuses, mais toujours dans les parties molles; le fait est exact, encore qu'il y ait des exceptions (Keate<sup>7</sup>).

Le siège de ces kystes est d'ailleurs inconstant. Scarpa<sup>8</sup> les croit plus fréquents sous le globe oculaire; ils peuvent, en réalité, siéger dans une partie quelconque de la région orbitaire. Il arrive que ces tumeurs, en se développant, perforent la voûte orbitaire et gagnent la cavité crânienne, de même, d'ailleurs, que les kystes hydatiques des cavités

<sup>1</sup> BERLIN, *Handbuch Gräfe Sæmisch*.

<sup>2</sup> DIEU, Documents relatifs à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite. *Recueil d'ophtalmologie*, 1884, p. 22.

<sup>3</sup> WEEKS, Un cas d'échinocoque de l'orbite avec un coup d'œil sur la littérature des kystes hydatiques de l'orbite. *Arch. f. Augenheilk.*, t. XXI, 1890.

<sup>4</sup> MONREAL MARIN (J.), Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'orbite. *El Progreso medico*, janvier 1894.

<sup>5</sup> MANDOUR, *Etude sur les kystes hydatiques de l'orbite*. Th. Paris, 1895.

<sup>6</sup> CHIRON DU BROSSAY, *Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite*. Th. Paris, 1901.

<sup>7</sup> KEATE, *Med. chirurg. Transact.*, t. X, p. 278, 1819.

<sup>8</sup> SCARPA, *Traité des maladies des yeux*. Traduction LEVEILLÉ, 1855, p. 405.