

## CHAPITRE IV

### TUMEURS DÉRIVÉES DU TISSU ADIPEUX, MUSCULAIRE ET CONJONCTIF

Nous étudierons successivement dans ce long chapitre les lipomes, les fibromes, les sarcomes dans leurs formes diverses et les lymphadénomes.

#### I. — LIPOMES DE L'ORBITE

Existe-t-il dans l'orbite des cas incontestables de lipome? La question pourrait être résolue par la négative, malgré les faits considérés comme probants par beaucoup d'auteurs et malgré l'affirmation de Rindfleisch<sup>1</sup>, qui indique le tissu conjonctif intra-orbitaire comme pouvant être le siège de lipomes.

Nous considérons comme devant être absolument rejetés les cas signalés, sans beaucoup d'esprit critique, par Demarquay<sup>2</sup>.

Le cas de Dupuytren<sup>3</sup>, dans lequel il s'agissait d'une grosse tumeur molle, du volume d'un œuf de poule, remplie d'un contenu blanc, presque transparent et composé d'albumine ou de matière lymphatique concrète, pouvait bien n'être qu'un kyste dermoïde.

Le cas de Hauser, cité par Cornaz<sup>4</sup>, n'est autre chose qu'un lipome

<sup>1</sup> RINDFLEISCH, *Lehrb. der patholog. Gewebelehre*, 1878, p. 122.

<sup>2</sup> DEMARQUAY, *Traité des tumeurs de l'orbite*, Paris, 1860.

<sup>3</sup> DUPUYTREN, *Lancette française*, 1835, p. 446.

<sup>4</sup> CORNAZ, *Des abnormités congénitales des yeux et de leurs annexes*.

sous-conjonctival analogue à ceux que nous avons étudiés dans le premier volume de cet ouvrage, p. 68 et suivantes.

L'observation de Carron du Villards<sup>1</sup> n'entraîne aucunement la conviction; et l'on peut affirmer que l'auteur a pris pour des lipomes beaucoup de tumeurs qui n'avaient rien de lipomateux, car il déclare avoir souvent opéré des tumeurs de ce genre. Demarquay commet la même erreur lorsqu'il écrit que Travers<sup>2</sup> a rencontré des lipomes occupant les intervalles qui séparent les muscles droits, et lorsqu'il insiste sur ce fait: qu'après avoir incisé largement la conjonctive on peut facilement attirer à soi la *masse graisseuse* et la disséquer. L'existence d'une masse graisseuse en ce point n'a absolument rien de pathologique.

Le fait de Bowman<sup>3</sup>, que cite également Demarquay, est évidemment une tumeur symétrique des paupières, mais nullement une tumeur de l'orbite.

Il faut, en effet, bien se garder de ranger parmi les tumeurs de l'orbite les néoplasmes qui sont situés en avant de la capsule de Tenon, c'est-à-dire en avant des ailerons orbitaires qui relient les muscles à l'orbite et constituent ce qu'on appelle les tendons d'arrêt; les néoplasmes qui naissent en avant de ce feuillet aponévrotique sont *palpébraux* ou *sous-conjonctivaux* et non orbitaires, et cette considération nous suffit encore à rejeter du groupe des tumeurs de l'orbite le cas de Gallenga dans lequel tout montre qu'il s'agissait d'un fibro-lipome congénital sous-conjonctival, siégeant sous l'arcade orbitaire.

Devons-nous considérer comme un lipome de l'orbite le fait suivant de S. D. Gross<sup>4</sup>.

Obs. de Gross. — *Remarquable forme d'exophtalmos*. — Garçon brun 12 ans, grand et élancé, présente depuis l'âge de 2 ans, une remarquable protrusion des deux yeux. Aujourd'hui les globes sont comme suspendus en dehors de l'orbite, s'avancent d'environ 1/2 pouce en avant du nez, qui est plutôt aplati. Ils conservent leur direction naturelle, mais ne peuvent se mouvoir de côté ni d'autre, et ne semblent pas hyper-

<sup>1</sup> CARRON DU VILLARDS, *Annales d'ocul.*, 1858, p. 103.

<sup>2</sup> TRAVERS, *Synopsis of diseases of the eye*, p. 225.

<sup>3</sup> BOWMAN, *London Journ. of medicine*, nov. 1819.

<sup>4</sup> GROSS, *Système de chirurgie*, 3<sup>e</sup> édit., vol. II, p. 203, 1848.

trophés ni augmentés de volume. La vue n'a subi aucune altération. Les paupières sont remarquablement gonflées vers la région sourcilière ; elles ont 1 pouce et demi de haut en bas et 2 pouces un quart dans le sens transversal. Elles sont insuffisantes à couvrir complètement l'œil.

Le malade mourut d'une gastrite. A l'autopsie, en enlevant le contenu des orbites, je trouvai la cause de l'exophtalmos : c'était une accumulation de graisse en arrière de l'œil, entre les muscles.

Cette observation manque de détails histologiques concluants, et tout en la signalant ici, il est impossible de l'accepter sans réserves. Il s'agit peut-être d'un cas de ces tumeurs symétriques de l'orbite que nous étudierons plus loin.

Restent les cas de H. Knapp, publiés au *Congrès International d'Utrecht*, en 1899, et sur lesquels il ne nous est pas possible de donner des renseignements détaillés, car nous n'avons pu nous procurer *in extenso* cette publication. Il s'agit de trois lipomes de l'orbite gauche, avec exophtalmie et cécité par atrophie du nerf optique. De ces 3 tumeurs, 2 étaient circonscrites dans la partie supérieure, la 3<sup>e</sup> diffuse dans la partie inférieure ; elles furent enlevées en trois séances, après quoi l'exophtalmie et la difformité diminuèrent beaucoup.

Nous ne terminerons pas ce court article sur les lipomes de l'orbite sans signaler ici l'*angiome lipomatode*, auquel Van Duyse<sup>1</sup> a consacré un intéressant travail.

Il ne s'agit pas, dans ce cas, du lipome véritable, mais d'un angiome télangiectasique, semblable à ceux que Monod<sup>2</sup> a décrits dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. On sait que cet auteur a étudié dans ce tissu deux variétés d'angiome, l'une semblable à la tumeur érectile veineuse ordinaire, fluctuante et réductible, l'autre formant une tumeur bien limitée, de consistance ferme, quelquefois assez nettement lobulée, irréductible, ne présentant pas ordinairement des alternatives de tuméfaction et d'affaissement ; cette dernière variété est l'angiome lipomateux, il n'offre aucune tendance à se propager au delà des limites du coussinet

<sup>1</sup> VAN DUYSE, Un angiome simple lipomatode de l'orbite avec concrétions phlébotiques. *Livre Jubilaire de la Société de médecine de Gand*, pour son 50<sup>e</sup> anniversaire, 1884.

<sup>2</sup> MONOD, *Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit*. Th. Paris, 1873, p. 64.

gras de la cavité orbitaire ; il n'envahit pas les paupières et repousse, simplement, les organes de voisinage.

Cette variété d'angiome a pu être confondue facilement avec le lipome ; Schuh<sup>1</sup> appelle l'attention sur la possibilité de cette confusion et s'exprime ainsi en parlant de l'angiome lipomatode :

« Cette vascularisation, relativement faible si on la compare à celle des autres tumeurs du même genre, a fait que, lorsque cette tumeur se développe dans le coussin gras de l'orbite et atteint un volume suffisant pour produire une espèce particulière d'exophtalmie, elle a reçu des médecins oculistes le nom de *lipome*, bien qu'elle n'ait avec ce dernier d'autre rapport que son aspect lobulé. »

Il convient de retenir cette manière de voir et de ne pas tomber dans l'erreur signalée par Schuh, Knapp<sup>2</sup> et Van Duyse, qui ont étudié deux cas de ce genre, les ont judicieusement interprétés dans le sens indiqué par l'auteur allemand.

Dans le cas de Knapp il s'agissait d'une tumeur observée chez un enfant de 2 mois ; cette tumeur faisait saillie sur la moitié interne de la paupière supérieure de l'œil gauche ; elle augmentait de volume lorsque l'enfant criait et était légèrement réductible. Le diagnostic de fibro-lipome fut posé. L'examen histologique montra qu'une partie de la tumeur, composée de cellules fusiformes, de fibres élastiques et de graisse et d'un grand nombre de vaisseaux, méritait le nom de *fibro-lipome vasculaire* ; l'autre partie se composait principalement de vaisseaux grands et petits, anastomosés, cirsoïdes et n'était autre qu'un *angiome fibreux*.

Van Duyse, dans son cas, a constaté l'existence d'une tumeur de consistance molle, irrégulièrement ovoïde et aplatie, présentant à sa base trois corps d'une dureté extrême, espèces de petites billes, du volume d'un gros pois, occupant la périphérie ; la tumeur est entourée d'un fourreau peu épais de tissu conjonctif ; au point de vue histologique elle est constituée par trois éléments principaux : 1<sup>o</sup> des cellules adipeuses, généralement disposées en lobules ou groupes, d'autant

<sup>1</sup> SCHUH, Ueber die Telangiectasien. *Pathol. und Therap. der Pseudoplasmen*. Vienne, 1854, p. 153 et suiv.

<sup>2</sup> KNAPP, *Arch. f. Aug. und Ohrenheilk.* 1877, t. VI, p. 45.

plus grands qu'ils sont moins vasculaires; 2° du tissu conjonctifibrillaire d'autant plus abondant que les vaisseaux se montrent en plus grand nombre sur la coupe; 3° de vaisseaux capillaires généralement dilatés, hypertrophiés et encore remplis de sang. Dans l'intérieur du néoplasme se trouvent quelques corps phlébolithiques, correspondant aux parties les plus anciennes du néoplasme.

Ces faits démontrent qu'il peut exister dans l'orbite une forme d'angiome simple, circonscrit, analogue à l'angiome du tissu cellulo-adipeux sous-cutané; une pareille tumeur n'offre presque aucun signe des angiomes de l'orbite qui sont, dans l'immense majorité des cas, des angiomes caverneux, et peut être facilement prise pour un lipome, mais en réalité elle ne mérite pas ce nom et, après avoir passé en revue tout ce qui a été dit des lipomes orbitaires, nous avons encore le droit de mettre en doute leur existence.

## II. — FIBROMES DE L'ORBITE

Nous ne croyons pas que les auteurs qui nient le fibrome de l'orbite soient dans le vrai, puisqu'il existe des examens anatomiques dans lesquels le microscope a révélé l'existence d'un tissu exclusivement fibreux, et que, d'autre part, les cliniciens ont fait connaître un nombre déjà respectable de cas de tumeurs, de consistance fibreuse, ayant toujours conservé une allure bénigne et sans aucun retentissement du côté de l'état général.

Dans ce paragraphe nous étudierons par conséquent les néoplasmes orbitaires ayant macroscopiquement les caractères du tissu fibreux et s'étant cliniquement comportés comme le font les fibromes en général, alors même qu'il n'y a pas eu d'examen histologique; cet examen histologique a d'ailleurs été pratiqué dans un assez grand nombre de cas.

Les fibromes de l'orbite naissent dans l'un des feuillet fibreux qui tapissent ou cloisonnent cette cavité, c'est-à-dire dans le périoste, dans les gaines des muscles, dans l'aponévrose de Tenon, dans les gaines du nerf optique; ceux qui dépendent des enveloppes du nerf de la deuxième paire

ne nous arrêteront pas; nous ne dirons rien non plus des tumeurs fibreuses des parties voisines qui viennent secondairement envahir l'orbite, telles que les polypes naso-pharyngiens; de même, nous laisserons de côté les tumeurs fibreuses de la sclérotique qui ont été décrites dans le tome I<sup>er</sup> de cet ouvrage.

**Historique.** — La première tumeur fibreuse de l'orbite est celle de Thomas Hope<sup>1</sup>; viennent ensuite celles de Verhaege<sup>2</sup>, Mackenzie<sup>3</sup> et Critchett<sup>4</sup>; ces cas sont rapportés dans l'ouvrage de Demarquay<sup>5</sup> sur les *Tumeurs de l'orbite*. Ricardo Secondi<sup>6</sup> a publié en 1866, dans le *Giornale d'oftalmologia*, un cas de fibrome de l'orbite, et Schiess-Gemuseus<sup>7</sup>, en 1868, un cas de fibrome kystique, dont l'examen anatomique incomplet prête à quelques contestations.

En 1872, Horner<sup>8</sup> a publié un cas intéressant de fibrome parostéal de l'orbite et Perls<sup>9</sup>, en 1874, une très curieuse observation de fibrome congénital, dans laquelle se trouve un examen histologique très attentif.

Despagnet<sup>10</sup> a étudié, en 1882, un cas de tumeur fibreuse de la région du sac lacrymal gauche, développée dans le tissu cellulaire sous-cutané qui avoisine la partie antérieure du sac lacrymal. En 1879, Badal<sup>11</sup> a publié sous le titre de *Forme rare de tumeur de l'orbite* une observation très intéressante de polype fibreux très vasculaire, se présentant avec les allures ordinaires du polype naso-pharyngien. Fano<sup>12</sup> a

<sup>1</sup> HOPE (THOMAS), *Philosophical Transactions*, 1744 et 1745, XLIII, p. 194, et in BOGROS, Th. Paris, 1854.

<sup>2</sup> VERHAEGE, *Annales de la Société médic. de Bruges*, 1850, p. 389.

<sup>3</sup> MACKENZIE, *Traité pratique des maladies de l'œil*, p. 478 et suivantes, obs. 283, 284, 285.

<sup>4</sup> CRITCHETT, *Medical Times and Gazette*, 6 nov. 1852.

<sup>5</sup> DEMARQUAY, *Traité des tumeurs de l'orbite*, Paris, 1860.

<sup>6</sup> RICARDO-SECONDI, *Giornale d'oftalmologia*, 1866.

<sup>7</sup> SCHIESS-GEMUSEUS, *Grosses cystoïdes Fibroma der Orbita*. *Arch. f. Ophthalm.*, Ed. XLV, Abth. 1, 1868.

<sup>8</sup> HORNER, *Klinische Monatsblätter f. Augenhellk.*, 1871, et *Annales d'oculistique*, 1872.

<sup>9</sup> PERLS, *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 39, p. 335, 1874.

<sup>10</sup> DESPAGNET, *Comptes rendus de la clinique du docteur Galezowski*, 1880-81.

<sup>11</sup> BADAL, *Forme rare de tumeur de l'orbite*. *Leçons d'ophthalmologie*, 1879.

<sup>12</sup> FANO, *Tumeur fibreuse sous-cutanée du grand angle de l'orbite droit*. Extirpation. Guérison. *Journal d'ocul. et de chirurgie*, p. 131, février 1888.

publié en 1888 une curieuse observation de fibrome sous-cutané du grand angle de l'orbite; en 1889, nous trouvons une observation du professeur Piéchaud<sup>1</sup>, rapportée dans la thèse de son élève le docteur Ussel<sup>2</sup>; la même année un cas de fibrome myxomateux de l'orbite publié par Tornatola<sup>3</sup>; en 1891, une deuxième observation du professeur Badal<sup>4</sup>; en 1894, une observation de fibrome mobile de l'orbite rapportée par Goldzieher<sup>5</sup>.

Nous ne reproduirons pas ici toutes ces observations, mais dans une description d'ensemble, aussi rapide que possible, nous allons en faire ressortir toutes les particularités intéressantes.

**Anatomie pathologique. Siège. Évolution.** — Les fibromes peuvent naître en avant ou en arrière de la capsule de Tenon; en arrière, ils dépendent du périoste orbitaire ou des gâines du nerf optique, en avant du tissu fibreux pré-sclérotical.

L'observation de Perls est un bel exemple de fibrome de la loge postérieure; la tumeur occupait tout l'espace rétro-bulbaire, la voûte orbitaire était perforée, le globe oculaire projeté hors de l'orbite, vers la racine du nez; dans l'un des cas du professeur Badal, il s'agissait d'un fibrome orbitaire semblable, par son évolution, au polype naso-pharyngien; le point d'origine était vraisemblablement le périoste, et la tumeur avait atteint un tel volume que les parois de l'orbite étaient distendues et en quelque sorte disloquées.

Le fibrome qui naît dans le tissu pré-sclérotical peut arriver à détruire la sclérotique et pénétrer dans l'œil; le fibrome sous-cutané peut également user le rebord de l'orbite et s'y creuser une fossette qui a pu faire croire au développement d'une tumeur dermoïde. Il en était ainsi dans l'intéressante observation de Piéchaud.

Quels que soient le point de départ du fibrome, son volume et ses rapports, il possède une structure anatomique uniforme et constante. La

<sup>1</sup> PIÉCHAUD, *Leçons cliniques de chirurgie infantile*. Bordeaux, 1888, p. 251.

<sup>2</sup> USSEL, *Le Fibrome de l'orbite*. Th. Bordeaux, 1889.

<sup>3</sup> TORNATOLA, Fibrome myxomateux de l'orbite. *Annali di ottalmol.*, 1889.

<sup>4</sup> BADAL, *Arch. d'ophl.*, mai, juin 1891.

<sup>5</sup> GOLDZIEHER, Fibrome mobile de l'orbite. *Centralb. f. Augenheilk.*, mars 1894.

partie périphérique est environnée d'une capsule bien nette l'isolant des organes voisins et permettant de l'énucléer facilement; l'intérieur est composé de tissu fibreux pur, tantôt d'une densité égale, tantôt ramollie et kystique en quelques endroits.

Non seulement il existe une capsule bien limitée à la périphérie du fibrome, mais encore il peut quelquefois se produire autour de lui comme une bourse artificielle et adventice. Nous avons observé un cas de ce genre, appartenant au professeur Badal. Ce cas a déjà été décrit plus haut avec les kystes acquis, car il existait autour du tissu fibreux une véritable collection liquide enkystée (p. 166).

Le fibrome peut se développer aux dépens des tendons des muscles oculaires; c'est ce qu'a observé J. Gonin<sup>1</sup>.

Cet auteur a étudié une tumeur sous-conjonctivale, opérée à l'hôpital ophtalmique de Lausanne par le professeur M. Dufour, et qui s'est trouvée provenir du tendon du muscle droit externe. L'examen microscopique a montré un stroma fibreux, avec de nombreux vaisseaux et une dégénérescence hyaline très accentuée. L'excision de la tumeur n'a porté aucun préjudice aux mouvements du bulbe et il n'y a pas eu, jusqu'ici, apparence de récurrence.

Les observations de Schiess-Gemuseus et de Horner sont des cas de fibromes présentant des foyers de ramollissement.

« Dans la partie dure, on rencontre, dit le premier auteur, au milieu du tissu fibreux, de petites cavités kystiques remplies d'une matière jaunâtre plus ou moins floconneuse. Au centre du gros kyste on trouve la même substance, mais la plus grande partie du contenu reste adhérente à la paroi. Elle consiste en un stroma cellulaire, renfermant une grande quantité de cellules graisseuses libres et des amas de cristaux de cholestérine. »

De même Horner, dans son cas de fibrome parostéal de l'orbite, signale les caractères anatomiques propres au fibrome avec ramollissement et dégénérescence caséuse vers le centre.

<sup>1</sup> GONIN, Ueber ein subconjunctivales Angiofibrom des äusseren Augenmuskels mit hyaliner Degeneration. *Arch. f. Augenheilk.*, XXXIX.

Il n'est pas certain que ces deux cas soient autre chose que des kystes dermoïdes insuffisamment étudiés.

Tornatola a décrit son cas comme un exemple de *fibrome myxomatode*. Ces petits foyers de ramollissement en ont quelquefois imposé pour de véritables kystes; nous ne croyons pas que des cavités bien limitées, à parois propres, c'est-à-dire méritant ce nom, aient été décrites après examen microscopique; les kystes signalés sommairement dans l'observation de Critchett devaient être de petits foyers de ramollissement. A côté de ces foyers de dégénérescence, il faut placer les ilots graisseux décrits dans le cas de Perls. Dans celui de Goldzieher, la tumeur s'était développée autour d'un petit foyer vasculaire.

Le raclage de la coupe ne donne, dans le fibrome pur, *aucun suc*; nous devons pourtant mentionner ici que, dans une observation qui paraît authentique, celle de Fano, « la surface de section laissait transsuder un suc blanchâtre, offrant quelque ressemblance avec le suc cancéreux ».

Telles sont les particularités histologiques à signaler dans le fibrome de l'orbite; ce que nous pourrions en dire encore consisterait à rappeler la structure du fibrome en général et trouverait mal sa place ici.

**Étiologie. Symptomatologie. Diagnostic.** — Rien à dire de spécial sur l'*étiologie*; quand on lit les observations, on ne trouve le plus souvent aucune cause incriminable: le traumatisme seul a été invoqué chez quelques malades. L'hérédité n'a aucune influence, et l'âge est assez indifférent, puisqu'on a observé le fibrome de l'orbite chez le nouveau-né et chez le vieillard. Il n'y a là rien d'analogue à ce qui se passe pour le polype fibreux des fosses nasales, qui est une maladie de l'adolescence; tandis que le polype naso-pharyngien se rencontre exclusivement chez l'homme, le fibrome de l'orbite est plus fréquent dans le sexe féminin.

La *symptomatologie* est celle d'une tumeur bénigne, siégeant dans l'orbite et entraînant par son siège des compressions locales qu'on devine et qui ne méritent pas de nous arrêter. Bien différents, évidemment, sont les symptômes d'une tumeur siégeant en avant de la capsule de Tenon et d'une tumeur située dans la loge postérieure.

Quand elle est *rétro-bulbaire*, la tumeur entraîne de l'exophtalmie avec

toutes ses conséquences: saillie du globe hors de la fente palpébrale, ulcération de la cornée; la voûte orbitaire est quelquefois défoncée et il peut apparaître des phénomènes cérébraux (Perls, Badal).

Quand la tumeur siège *au-dessous de la paupière, en avant de la capsule de Tenon*, elle est d'un diagnostic facile; à la palpation, on trouve quelquefois une tumeur dure, multilobée, faisant soupçonner une production calcaire. Dans le cas de Piéchaud « le palper faisait sentir un globe dur, résistant, multilobé et étendu transversalement au-dessus de la paupière supérieure. On y distinguait un lobe central ayant à peu près le volume d'un pois, présentant à sa droite et à sa gauche un autre lobule semblable à un gros grain de blé. Ces diverses parties étaient dures, comparables à du tissu serré ou à du cartilage.

Dans le cas de Despagnet, le fibrome s'est développé à la partie antérieure du sac lacrymal. « On sent, à ce niveau, une tumeur bulbaire arrondie, très dure, mobile par son extrémité inférieure, fixe au contraire par sa partie supérieure, et enkystée. » Dans l'observation de Piéchaud, le bord orbitaire était légèrement excavé.

Le *pronostic* est bénin; un seul cas, celui de Badal, s'est présenté avec des caractères graves: il s'agissait, probablement, dans cette observation, d'un fibrome, mais nous ne pouvons nous appuyer, pour affirmer le fait, que sur les caractères cliniques, l'examen histologique faisant défaut; ce fibrome était très vasculaire, au moins par son pédicule; bien qu'il ait été observé chez un sujet de trente-six ans, il affectait les allures du polype naso-pharyngien, dont il rappelait le mode d'évolution par son origine périostique. L'ablation de ce fibrome, très habilement conduite, fut suivie d'une guérison complète.

Le *traitement* doit être l'extirpation, et celle-ci sera généralement facile; ce que nous aurions à dire ici de particulier aura sa place naturelle dans l'étude des tumeurs sarcomateuses, que le lecteur trouvera plus loin, et nous ne terminerons pas cet article sans faire remarquer que les diverses variétés du sarcome et le fibrome sont séparés par une limite souvent bien indécise en clinique.