

mitif, pendant l'époque embryonnaire. De là à admettre qu'il existe dans l'orbite des germes aberrants du système nerveux, il n'y a qu'un pas, et il n'y a vraiment pas plus de difficultés à comprendre l'existence des gliomes primitifs orbitaires que celle des tumeurs d'origine tératologique, qui se développent dans le rein, le testicule ou les ovaires.

II. — MÉLANO-SARCOMES.

Les mélanosarcomes de l'orbite peuvent se développer de quatre façons différentes ; ils peuvent provenir : 1° de la choroïde ; 2° de la conjonctive ; 3° de la propagation d'une tumeur des cavités voisines ou d'une mélanose généralisée ; 4° ils se développent aussi primitivement dans les tissus orbitaires eux-mêmes.

Nous ne dirons rien des tumeurs mélaniques des trois premières variétés ; leur histoire est faite dans les chapitres de notre ouvrage qui s'y rattachent (V. t. I, p. 306, et t. II, livre X) ; nous ne décrirons ici que les tumeurs du quatrième groupe, les mélanosarcomes primitifs de l'orbite.

Ces tumeurs sont rares, car, dans la grande majorité des cas, les mélanomes de l'orbite sont dus à l'extension de lésions intra-oculaires ayant défoncé la coque de l'œil pour se répandre dans le tissu voisin.

Entre ces dernières tumeurs, résultant de la généralisation d'une lésion uvéale, c'est-à-dire secondaires, et les tumeurs mélaniques développées primitivement dans le tissu non pigmenté de l'orbite, existent des différences ; nous les ferons ressortir dans le paragraphe de la symptomatologie des sarcomes qui leur sera consacré (p. 460), mais nous devons d'abord placer, avec quelques détails, tous ces faits rares sous les yeux du lecteur.

OBS. DE BOUISSON¹. — *Orbitocèle mélanique démontré par l'exploration sous-conjonctivale. Ablation simultanée de la tumeur et de l'œil. Guérison.* — O... (Jeanne), fileuse de laine, née à Malzieux (Lozère), âgée de 40 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, le 23 septembre 1845 ; elle porte une tumeur assez con-

¹ BOUISSON, Mémoire sur l'opération sous-cutanée des tumeurs, etc. *Archives générales de Médecine*, mai 1852.

sidérable dans la cavité orbitaire gauche. Interrogée sur les antécédents de la maladie, elle raconte qu'au mois d'avril dernier, elle commença à éprouver des maux de tête continus, que les douleurs s'étendirent graduellement à l'œil gauche et que celui-ci devint moins apte à exercer ses fonctions. Un vésicatoire à la nuque, des bains de pieds et plusieurs saignées n'enrayèrent en aucune façon les progrès de la maladie. Vers le milieu du mois de mai, l'œil devint manifestement plus saillant et les douleurs furent plus intenses.

Après quelques soins médicaux inutiles, la malade fut une première fois opérée par Serre qui se contenta d'une incision exploratrice à l'effet de reconnaître la nature de la tumeur.

Je pris le service de l'hôpital sur ces entrefaites. La plaie conjonctivale n'étant point cicatrisée, dans son fond on apercevait une production noire, médiocrement résistante au toucher. Cette apparence, due à la mise à nu de la tumeur, me donnait l'assurance qu'il s'agissait d'un orbitocèle mélanique.

L'opération faite par M. Serre avait été simplement exploratrice ; j'en profitai pour vérifier complètement le diagnostic. Une parcelle de la tumeur fut excisée avec des pinces et un bistouri. L'examen direct démontra une couche de tissu fibreux, à laquelle adhéraient de la matière cancéreuse ponctuée de taches noires ; j'en conclus qu'il s'agissait réellement d'un orbitocèle mélanique enkysté, qui avait probablement comprimé le nerf optique et aboli la vision. La circonstance du kyste me parut favorable, eu égard au pronostic de l'opération ; car, dans ces cas, la récidive est beaucoup moins à redouter. Je soumis, en outre, la parcelle de tissu excisée à l'examen microscopique et je reconnus des cellules cancéreuses et des granulations noires, dont certaines paraissaient contenues dans la cellule cancéreuse elle-même.

Les indications à remplir n'étaient point douteuses ; l'extirpation de la tumeur et de l'œil était la seule ressource thérapeutique. Cette opération fut pratiquée le 8 novembre ; une incision horizontale, pratiquée à l'angle externe de l'orbite, permit de disséquer et d'écarter suffisamment les deux paupières pour mettre la tumeur à découvert, ainsi que l'œil qui était projeté en haut, en dedans et en avant. La paupière inférieure fut, en outre, incisée dans sa hauteur, afin de rendre l'œil et la tumeur plus accessibles par leur partie inférieure. La dissection des parties fut d'ailleurs dirigée de manière à épargner l'artère ophthalmique et à ne rien laisser de suspect dans l'orbite. La malade supporta avec courage cette opération qui fut promptement exécutée ; des points de suture et des bandelettes de diachylon servirent à réunir les incisions extérieures. Un pansement simple, consistant dans l'introduction de boulettes molles de charpie céramée au fond de l'orbite, soutenues par une compresse extérieure et le monocle, termina l'opération. Une potion calmante fut prescrite à la malade.

L'examen de la tumeur signala l'existence d'un produit cancéreux, infiltré de matière mélanique, ayant le volume d'une noix et une forme lobulée. Deux lobules internes formaient une gouttière dans laquelle était reçue une partie du nerf optique. La tumeur était complètement revêtue d'un kyste fibro-celluleux, adhérent par quelques points seulement à la partie externe de la sclérotique.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Point de fièvre ; céphalalgie très légère dans la nuit qui suivit l'opération.

La malade séjourna pendant trois mois et demi à l'hôpital, afin d'attendre que sa cavité orbitaire s'oblitérait. Pendant ce délai, aucune menace de récidive n'eut lieu, ce que j'avais présumé d'après la présence du kyste autour de la masse cancéreuse.

OBS. DE MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies de l'œil*, t. I, p. 486. — Un fermier, âgé de 51 ans, s'était plaint, 25 ans auparavant, de la perte de la vision et d'une légère saillie en avant d'un de ses yeux; ces symptômes avaient cédé à l'usage de l'iode. Depuis lors, l'œil était redevenu proéminent à deux reprises différentes, mais il avait repris sa place sous l'influence des mêmes remèdes. Actuellement, depuis deux ans, il faisait saillie hors de l'orbite, et malgré tous les efforts tentés pour réduire la tumeur, l'œil continuait à sortir de cette cavité.

Lorsque M. J.-B. Fife extirpa le contenu de l'orbite, l'œil était chassé au delà des paupières par une tumeur fongueuse élastique qui, recouverte par la conjonctive épaissie et congestionnée, entourait l'organe, de telle sorte qu'on n'apercevait plus que la cornée. La douleur ne s'était éveillée que quelques mois avant l'opération. On enleva sans difficulté tout le contenu de l'orbite. L'hémorragie fut très abondante, mais s'arrêta promptement par le tamponnement.

La tumeur remplissait complètement l'orbite et lorsqu'on l'eut incisée, on la trouva aussi noire que du charbon; elle était recouverte d'une enveloppe celluleuse qui se prolongeait dans son intérieur et la séparait en lobules; elle était molle et consistait en tissu cellulaire infiltré de pigment qu'entraînait facilement le lavage.

La matière pigmentaire, examinée au microscope, laissait voir de nombreux granules organiques d'un noir brun, isolés ou réunis entre eux, de manière à former des cellules granuleuses très variables sous le rapport de la dimension et de la forme, avec de nombreux globules huileux ayant des contours peu marqués et contenant dans leur intérieur de petits granules brillants et parfois d'autres cellules plus petites, quoique semblables entre elles.

On y voyait aussi des cellules de dimensions variables, avec des parois épaisses, d'un noir brun, très peu transparentes et contenant dans leur intérieur de nombreux granules noirs et parfois des noyaux. Ces dernières paraissaient n'être que les cellules incolores transformées par la croissance et la formation de pigment en cellules propres à la mélanose. Trois mois après l'opération, le malade se disait parfaitement bien.

Mackenzie signale aussi un cas, relaté par Lightfoot, de tumeur mélanique de l'orbite, sans connexions avec le globe de l'œil¹. Il rappelle encore une observation de Wordsworth mentionnant une opération abandonnée après une incision exploratrice et l'examen microscopique d'une petite portion de la tumeur.

OBS. DE LAURENCE². — La tumeur pesait 20 gr. 50 et avait été enlevée 10 mois auparavant à une femme âgée de 62 ans; elle avait mis 8 ou 9 mois à se développer. Le globe était chassé de l'orbite, mais avait ses dimensions normales. Il était insensible à la lumière. On pouvait éclairer son intérieur, mais aucun détail ne pouvait être perçu. La malade avait éprouvé de grandes douleurs qu'elle rapportait à la tempe et au même côté de la tête.

¹ *Medical Times and Gaz.*, 4 sept. 1852, p. 248.

² J.-Z. LAURENCE, Tumeur mélanique de l'orbite, *Trans. of the Patholog. Soc. of London*, 1886.

M. Laurence enleva la tumeur et le globe avec elle; ils étaient intimement unis. Le néoplasme était enveloppé par un mince pseudo-kyste de tissu cellulaire et offrait tous les caractères, soit extérieurs, soit microscopiques du cancer mélanique; le globe lui-même était exempt de tout dépôt morbide, le corps vitré était fluide, la rétine en partie séparée de la lentille nébuleuse. La tumeur reparut au bout de 3 mois; quant à la malade, elle mourut 3 autres mois plus tard, pendant lesquels la tumeur secondaire de l'orbite avait atteint le volume d'une boule de cricket et envoyait des prolongements dans le crâne.

M. Laurence dit qu'il considérait ce cas comme remarquable, en égard à l'extrême rapidité de sa marche, par laquelle il a différé des autres cas de cancer mélanique observés par l'auteur.

Laurence, à l'appui de son assertion, a montré un second cas de cancer mélanique étendu de l'orbite, enlevé par lui, il y a quelques années, et dans lequel aucun retour de la tumeur n'avait encore eu lieu 2 ans et 4 mois après l'opération.

OBS. DE SICHEL¹. — Cas de sarcome mélanique, à forme encéphaloïde, qu'on peut résumer de la façon suivante:

Sept ans et demi avant l'intervention, diminution de la vue; 2 ans avant, le pourtour de l'orbite se tuméfiait.

Traité d'abord, plus ou moins rationnellement, par des ponctions et des cautérisations au caustique de zinc, le malade accepta l'ablation en masse de la tumeur et de l'œil qui fut pratiquée par Sichel le 21 novembre 1859.

La tumeur présentait le volume d'une grosse noix et pouvait être très nettement circonscrite avec le doigt. Comme elle avait commencé 7 ans avant et que, dans un point, on pouvait percevoir de la fluctuation, Sichel songea un instant à un kyste, mais il s'arrêta au diagnostic tumeur maligne et pratiqua une opération radicale.

Robin examina la tumeur, qui était un encéphaloïde mélanique. La dégénérescence avait d'abord comprimé, puis envahi le globe oculaire.

Le malade alla très bien jusqu'au 16 août 1861; à ce moment-là, il fit une violente chute sur l'occiput, cette chute marqua le début de la récurrence.

Le 29 avril 1862, il revint voir Sichel, son orbite était étroitement rempli par une tumeur volumineuse, élastique, bosselée, poussant fortement en avant la paupière supérieure.

Sichel pratiqua une nouvelle ablation, en y comprenant le périoste de l'orbite; 3 mois après, l'opérateur remarqua qu'une fongosité de nouvelle formation proéminait dans l'orbite. Cette fongosité présentait des pulsations très nettes, isochrones à celles du pouls, et transmises par le cerveau.

L'état général, cependant, se maintenait bon et le malade partit pour sa ville natale, d'où il ne donna plus de nouvelles.

OBS. DE LEBERT². — *Cancer mélanique du pourtour de l'œil*. — Un homme de 63 ans, ayant déjà perdu l'œil gauche à la suite d'une ophtalmie, s'est aperçu, il y a 6 mois, qu'une tumeur se développait à la partie inférieure de l'œil gauche; la tumeur

¹ SICHEL, *Annales d'oculistique*, 1868.

² LEBERT, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I, p. 320, pl. XLIII, fig. 4-7.

grossit rapidement, sans douleurs. Velpeau enleva l'œil avec la tumeur qui l'entourait.

Examen de la pièce. — Le globe de l'œil offre à peu près ses dimensions ordinaires; il est rempli d'un liquide brun, légèrement trouble, dans lequel le microscope ne fait reconnaître que des globules sanguins. La choroïde est seule reconnaissable; elle peut être soulevée et séparée de la sclérotique, considérablement amincie et devenue presque transparente. La rétine paraît englobée dans les tissus morbides du fond de l'œil.

La tumeur cancéreuse principale fait une saillie de quelques millimètres dans le fond du globe oculaire; elle forme ensuite un bourrelet circulaire qui circonscrit le tiers postérieur du globe et qui était fixé avant l'opération à la partie inférieure de l'orbite, se perdant tout à fait dans le fond de cette cavité. La tumeur enlevée offre plusieurs bosselures à sa surface; elle a, dans sa totalité, à peu près le volume d'une grosse noix; sa surface est recouverte, sur une certaine étendue, d'une membrane d'enveloppe d'un gris terreux, tandis que la partie postérieure en est dépourvue. Celle-ci offre une consistance molle et pulpeuse, une teinte d'un gris noirâtre, ayant l'aspect et la consistance d'une boue mélanique.

Au microscope, on y reconnaît les éléments suivants: 1° avec de faibles grossissements, une masse granuleuse, sans fibres, contenant proportionnellement moins d'éléments mélaniques que l'aspect à l'œil nu ne l'aurait fait supposer; 2° avec un grossissement de 700 D. nombreux noyaux encéphaloïdes, elliptiques ou fusiformes. La matière mélanique ne se trouve guère dans l'intérieur des cellules cancéreuses, elle leur est interposée sous forme de granules et de taches ou de petits globules mélaniques dont les dimensions varient entre 1/200 et 1/400 de millimètre.

OBS. DE LEBERT¹. — *Cancer mélanique de l'orbite.* — Pas de renseignements cliniques. La description de la pièce est en tout semblable à la précédente, avec cette différence, cependant, que la matière mélanique y présente un tout autre groupement microscopique.

Le cancer n'occupait que l'orbite et l'œil est resté intact. Le tissu cancéreux montrait de fort belles cellules, généralement complètes, de 1/60 à 1/30 de millimètre en moyenne, renfermant un noyau rond de 1/100 à 1/80; les cellules elles-mêmes étaient rondes ou ovales; les nucléoles, volumineux, avaient 1/200. La matière colorante existait essentiellement dans l'intérieur des cellules, entre la paroi cellulaire, et l'on voyait tous les passages entre des cellules cancéreuses encore très reconnaissables et d'autres d'une couleur sépia foncée. Dans l'intérieur d'un certain nombre de ces globules, devenus très volumineux, jusqu'à 1/30 de millimètre, on voit, outre les granules pigmentaires, un certain nombre de globulins noirs, qui ont jusqu'à 1/200. Dans quelques cellules, le pigment se trouve dans l'intérieur des noyaux, et une certaine quantité de granules et de petits globules noirs sont à l'état libre en dehors des cellules cancéreuses.

OBS. DE GIRALDÈS². — Un jardinier, âgé de 57 ans, d'une bonne constitution,

¹ LEBERT, *Loc. cit.*, p. 320 et 321, pl. XLIII, fig. 8 et 9.

² GIRALDÈS, *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, t. III, p. 232, rapportée par DEMARQUAY, *Tumeurs de l'orbite*, p. 458.

porte à l'orbite, du côté gauche, une tumeur assez volumineuse. Il y a 7 ans, il perdit l'œil du même côté, à la suite d'une inflammation de cet organe. 2 ans après (1837), il reçut un coup sur la paupière inférieure. Il fut renversé par la violence du choc et obligé de garder le lit pendant 2 jours. En 1839, picotement dans l'œil, apparition d'une tumeur qui augmente graduellement de volume, sans que la douleur suive une marche croissante.

En 1841, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme ordinaire. Ce fut alors que le malade fut opéré par M. Giralès. L'œil fut respecté et la tumeur enlevée; quand on l'incisa pour l'examiner, elle laissa échapper une matière noirâtre, épaisse comme de l'encre de Chine, analogue au pigment de la choroïde. Le malade était guéri au bout de 15 jours.

OBS. DE BENNET¹. — Chez un homme bien portant, une tumeur s'est formée à la partie inférieure de l'œil; cette tumeur se développait à la fois en avant de la cornée et dans l'orbite, et sa couleur noire se voyait distinctement à travers la conjonctive transparente.

Vision très bonne, pas de diplopie. Il y avait évidemment une tumeur mélanique de l'orbite étroitement liée au globe et, comme tous ceux qui sont familiers avec la chirurgie oculaire le savent, de telles tumeurs viennent d'habitude de la cavité choroïdienne de l'œil; je fis un examen très soigné du globe, au moyen de l'ophtalmoscope, mais n'eus pas grand résultat. Cependant, M. Stoney examina le malade avec une lumière convenable dans la chambre ophtalmoscopique de l'hôpital Saint-Marc; il fut, comme moi, d'avis que l'origine de la tumeur était la choroïde, mais ne put arriver à une conviction certaine.

Après avoir partiellement extirpé cette tumeur, une opération complète put être faite. La tumeur fut enlevée avec conservation du globe de l'œil.

Après l'ablation de la tumeur, la sclérotique parut complètement nette et blanche. La plaie se guérit immédiatement et nous envoyâmes le malade à la campagne; il n'y eut aucun trouble de la vision, aucun déplacement du globe.

Examinée au microscope, la tumeur était un sarcome mélanique avec cellules fusiformes; le dépôt noirâtre était extrêmement abondant et nécessitait une coupe extrêmement fine afin d'en voir les détails. La surface libre de la tumeur était légèrement ulcérée et, aussitôt son ablation, le gonflement ganglionnaire au-devant de l'oreille disparut et nous ne pûmes découvrir aucun autre foyer d'infection.

OBS. DE DUFIL². — En 1874, j'eus occasion de voir, dans le service de Dolbeau, à l'hôpital Beaujon, un homme dans la force de l'âge qui était atteint d'une tumeur de l'orbite droite, ayant déterminé une protrusion avec fixité du globe oculaire; la vision était néanmoins conservée. La tumeur soulevait la conjonctive, surtout en dehors et en haut; elle était molle, animée de battements faibles, mais manifestes; enfin, on entendait, en auscultant le globe oculaire, un souffle doux à renforcement qui se propageait même vers la tempe correspondante. On eût pu croire à une tumeur érectile, à un

¹ BENNET, *Sarcome mélanique de l'orbite. Dublin Journal of Medical Sciences*, p. 66, 1880.

² DUFIL, *Th. de Paris*, 1882, p. 78 et 79.

anévrisme et surtout à un anévrisme artério-veineux de l'orbite, et cela d'autant mieux qu'il existait un commémoratif traumatique fort important. Plusieurs mois auparavant, cet homme était tombé sur une branche de bois qu'il tenait à la main et celle-ci avait pénétré par son extrémité pointue au travers de la paupière supérieure, au niveau de laquelle se voyait encore une cicatrice. Le gonflement de l'orbite et la saillie de l'œil avaient commencé à se produire quelque temps après cet accident.

Dolbeau, néanmoins, se fondant sur l'absence de réductibilité de la tumeur, sur la faiblesse du souffle et des pulsations, sur la marche graduelle et lente des phénomènes, admit l'existence d'une tumeur de mauvaise nature et, après avoir pratiqué une ponction exploratrice qui confirma le diagnostic en ne donnant issue qu'à une quantité insignifiante de sang, il se décida à pratiquer l'extirpation des parties molles de l'orbite.

L'examen anatomique de la tumeur justifia complètement son opinion ; il s'agissait d'une tumeur mélanique qui, ultérieurement, récidiva sur place et dans les ganglions lymphatiques, et détermina la mort du malade.

Obs. de GAYET¹. — Il s'agit d'un malade porteur d'une tumeur de l'orbite droit, saillante, à surface ulcérée et noire, croûteuse, anfractueuse, ayant toutes les apparences d'une tumeur mélanique intraoculaire tendant à s'échapper à travers la cornée. Cette apparence est trompeuse, car l'œil a été énucléé en 1884 et M. Gayet a pu retrouver la pièce anatomique. On peut y constater deux taches noires, staphylomateuses, situées dans l'épaisseur de la sclérotique et laissant la choroïde indemne.

Il y a 13 ans, cet homme avait subi l'énucléation de l'œil droit pour les suites d'un traumatisme ayant entraîné la perte de la vision de ce côté et menaçant par sympathie la vision de l'œil gauche. Au mois d'août de l'an dernier, il a constaté sur le moignon une tache noire, et une tumeur s'est développée depuis, jusqu'au volume actuel, se moulant sur la cavité orbitaire et débordant entre les paupières, donnant ainsi l'impression, au premier aspect, d'un véritable œil mélanique.

Mais le point intéressant de cette observation ressort de l'étude de la pièce anatomique. Elle permet de constater l'existence de trois taches mélaniques extérieures n'intéressant point la choroïde et dépourvues de malignité lors de l'énucléation exigée par les suites du traumatisme. Après avoir sommeillé plus de 12 ans, la malignité des germes mélaniques, persistant sur le lambeau conjonctival, s'est éveillée et a produit la tumeur présente.

Obs. d'ACHENBACH². — Tumeur mélanique rétrobulbaire, de la grosseur d'une noix, enlevée en totalité après énucléation ; pas de récurrence au bout de 6 mois. L'intérêt spécial est la présence du pigment dans la tumeur qui n'est pas en rapport avec la choroïde. L'auteur admet qu'il s'agit ici d'un développement pathologique du pigment qui existe normalement dans les cellules de la sclérotique.

¹ GAYET, Tumeur de l'orbite. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 15 mars 1897, et *Ann. d'ocul.*, 1897, p. 288.

² ACHENBACH, Mélanosarcome orbitaire provenant du tissu épiscléral de la portion postérieure du globe oculaire. *Virchow's Archiv f. path. Anat.*, vol. CXLIII, pp. 324-332, et *Rev. gén. d'ophth.*, 1896, p. 378.

Obs. de WILLIAMS (RICHARD)¹. — L'A... pratiqua l'énucléation de l'œil chez une femme de 40 ans, atteinte d'irido-cyclite chronique. Elle porte un œil artificiel et l'orbite paraissait normale, lorsque 4 ans après on y trouva un sarcome. La tumeur fut enlevée et présente à l'examen microscopique les caractères d'un sarcome mélanique à cellules fusiformes. La question importante serait de savoir si l'œil renfermait une petite tumeur qui aurait conduit, au bout de 4 ans, à une infection du tissu orbitaire.

Obs. de POLIGNANI². — Cet auteur a observé, dans un cas de mélanose généralisée, la présence de deux nodules métastatiques, l'un gros comme une petite lentille dans le droit inférieur de l'œil droit, l'autre un peu plus petit dans le droit inférieur de l'œil gauche.

Obs. (personnelle). — Tumeur mélanique de l'orbite. Exentération de l'orbite. Guérison. — M. X..., 60 ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant d'autre diathèse qu'une syphilis ancienne, vint me consulter en juillet 1890, pour une affection de l'œil droit dont l'histoire est la suivante :

En 1870, il avait déjà remarqué un léger affaiblissement de la vision qui, dès lors, augmenta régulièrement et progressivement, si bien qu'en 1885, ne pouvant plus se servir de son œil, il consulta un spécialiste, qui reconnut l'existence d'une choroidite postérieure et l'attribua à la syphilis.

Malgré le traitement spécifique, régulièrement suivi, la vision de cet œil diminua encore, mais avec assez de lenteur pour que le malade, dont l'œil gauche fonctionnait très bien, négligeât de se soigner jusqu'au 9 juillet 1890, jour où je l'examinai pour la première fois. Son œil droit avait une acuité de 1/20 et il présentait une neuro-rétinite que je n'hésitai pas à attribuer à la syphilis, à cause des antécédents.

Je ne revis le malade qu'au mois de juin 1892 ; ce jour-là, j'ai constaté un peu d'exophtalmie, avec un développement exagéré des veines de la base de l'orbite. Il n'y avait pas de douleurs spontanées ni provoquées ; l'exophtalmie, peu accusée d'ailleurs, était facilement réductible, l'acuité visuelle était tombée à 1/50 sans qu'il se fût produit de changement dans l'état de la papille et de la réline.

Je songai à une tumeur de l'orbite comprimant le nerf optique et je plaçai le malade en observation. Au mois de décembre, le diagnostic était évident ; l'exophtalmie était très marquée ; elle était interne et supérieure, on sentait au toucher, en bas et en dehors, une tumeur lobulée qui soulevait la paupière inférieure. Il n'y avait aucune douleur, ni dans l'œil, ni dans l'orbite, ni dans la tête. La vision était à peu près nulle, le malade comptait mal les doigts à 30 centimètres. Je lui proposai immédiatement une opération radicale qu'il accepta, mais qui, pour des raisons particulières, n'eut lieu que le 14 janvier 1893.

Cette opération consista dans l'ablation de tout le contenu de l'orbite, jusqu'au sommet ; je n'ai pas jugé nécessaire de faire l'ablation du périoste, recommandée par quelques chirurgiens, parce que, chemin faisant, je me suis aperçu que la tumeur, bien

¹ R. WILLIAMS, Sarcome mélanotique de l'orbite. *Trans. ophth. soc.*, 10 déc. 1897, et *Rev. gén. d'ophth.*, 1898, p. 329.

² POLIGNANI, Noduli di melano sarcoma metastatici nei muscoli extrinseci dell'occhio. Napoli, 1896.

limitée, n'avait contracté aucune adhérence avec le squelette; elle était même loin d'avoir atteint le sommet de l'orbite et faisait surtout saillie en avant. Néanmoins, je sectionnai le nerf optique et les vaisseaux au ras du trou optique; l'hémostase fut assurée par une pince à pression que je laissai à demeure pendant cinq jours.

L'opération ne présenta aucun incident digne d'être noté; elle fut terminée par un lavage antiseptique froid au sublimé à 1/2000; après avoir suturé les paupières débridées, la cavité orbitaire fut tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement compressif à la ouate hydrophile.

La guérison eut lieu sans encombre, trois semaines après elle était complète. Elle s'est depuis maintenue; elle est encore parfaite aujourd'hui, plus de six mois après l'intervention.

EXAMEN ANATOMIQUE. — *Description macroscopique*: La tumeur a le volume d'un petit œuf; elle présente un sillon antéro-postérieur produit par le muscle droit inférieur qui l'a évidemment gênée dans son développement; elle est partout recouverte d'une sorte de capsule fibreuse qui l'isole complètement du contenu de l'orbite; elle est, en un mot, enkystée.

Ses rapports avec l'œil et le nerf optique sont les suivants:

Le globe oculaire est tout à fait indépendant du néoplasme; la sclérotique, en arrière, adhère par des tractus serrés à l'enveloppe fibreuse de la tumeur qui n'a d'ailleurs, nullement pénétré la coque de l'œil. Le nerf optique a été presque complètement entouré par le tissu morbide, mais sa gaine seule a contracté des adhérences et il y a une complète indépendance entre le tissu morbide et celui du nerf optique, mais il est certain que ce nerf était depuis longtemps très comprimé et que cette compression peut expliquer la suppression de la vision, déjà si diminuée par la neuro-rétinite syphilitique.

Les muscles de l'œil ont été écartés par la tumeur qui paraît avoir pris naissance dans le tissu cellulaire placé entre le droit inférieur et le nerf optique.

Tels sont la forme et les rapports du néoplasme; à travers son enveloppe fibreuse il paraît brun foncé, et nul doute à première vue qu'il ne s'agisse d'une tumeur mélanique. Pendant l'opération, d'ailleurs, les pincées de Museux ayant déchiré la paroi, il en est sorti une bouillie noire caractéristique.

La coupe montre une coloration tout à fait analogue à celle de la truffe; les parties les plus noires sont en avant, à ce niveau la pièce est ramollie et très friable; en arrière, elle est plus dure et présente une coloration noire beaucoup moins accentuée. On distingue un tissu charnu, assez compact, rougeâtre, semé d'îlots bruns, très petits et très rapprochés.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Après l'inclusion dans la paraffine, les coupes ont été faites au microtome de Viallanes. Elles ont été colorées en masse par le picro-carmin.

La structure de la tumeur est celle d'un sarcome à petites cellules, présentant des dimensions assez variables, quelquefois polyédriques par pression réciproque, et contenant toutes un ou plusieurs petits noyaux. La disposition de ce sarcome revêt, en beaucoup d'endroits, la forme alvéolaire.

On y trouve du pigment sous trois formes distinctes:

1° Un pointillé granuleux, très noir, disséminé entre les cellules;

2° Des amas de corps noirs, d'un volume irrégulier, formant des groupes plus ou moins épais et larges; beaucoup de ces corps sont ronds, réguliers et ressemblent à des globules sanguins altérés;

3° Des granulations pigmentaires, placées dans l'intérieur des cellules, refoulant le noyau; quelques cellules sont complètement remplies par ces granulations et le noyau a disparu. Quelques cellules renferment un corps pigmentaire rond, régulier, noirâtre; il est possible que cet élément soit un globule sanguin erratique, entré dans la cellule par le mécanisme de la phagocytose; nous poursuivons, d'autre part, des recherches sur ce point particulier et nous ne pouvons encore rien affirmer de positif.

Traitées par les acides sulfurique et chlorhydrique, ces granulations pigmentaires résistent (réactif de Robin) et persistent encore après la destruction du tissu.

Le tissu du néoplasme ne paraît pas très vasculaire; sur les coupes nous ne rencontrons qu'un petit nombre de vaisseaux. Il y a, en quelques rares endroits, de véritables hémorragies, reconnaissables à des masses de globules rouges bien évidents.

En présence d'une pareille lésion, nous avons mis tous nos soins à reconnaître l'origine du pigment, et nous avons utilisé les conseils donnés à ce sujet par Vossius et par Birnbacher¹.

Ces auteurs pensent qu'il existe deux variétés bien distinctes de pigment dans les tumeurs mélaniques: 1° un pigment analogue au pigmentum normal du tractus uvéal; 2° un pigment qui dérivé, après des transformations successives, des globules sanguins. Nous avons pu nous convaincre que cette dernière variété prédominait dans notre tumeur; peut-être même existe-t-elle seule, à l'exclusion de la première, et voici comment nous sommes arrivés à ce diagnostic important.

Nous avons examiné, à un fort grossissement (immersion, oculaire 8), des coupes colorées au carmin et montées dans la glycérine, et nous avons reconnu la présence d'un très grand nombre de globules sanguins, quelques-uns à peine altérés, au voisinage des parties pigmentées. Des cellules sarcomateuses, contenant des granulations noirâtres, présentaient un ou deux corpuscules arrondis, d'un brun clair, qu'on peut aussi, avec Birnbacher, considérer comme des globules rouges entrés dans la cellule. Ces globules ne sont visibles qu'à un grossissement très considérable et avec un éclairage puissant. Ils sont très différents des granulations pigmentaires, mais on peut voir une foule de corps noirâtres, plus ou moins déformés, capables de donner la clef des transitions qui vont du globule rouge sain, normal, aux grains pigmentaires intra ou extra-cellulaires.

Nous avons ensuite fait d'autres coupes qui ont été préparées comme l'indique Birnbacher dans le travail déjà cité. Ces coupes, colorées dans une solution aqueuse concentrée de fuchsine acide, ont été déshydratées au moyen de l'alcool absolu potassique, alcalin, puis éclaircies dans l'essence de girofle.

Ces préparations nous ont paru avoir l'inconvénient d'altérer le tissu sans mieux nous montrer les détails concernant les granulations pigmentaires; elles ont confirmé d'ailleurs les faits reconnus sur les préparations antérieures.

Cependant, ces constatations ne pouvant suffire à un diagnostic certain, nous avons utilisé les réactions mises en usage par Vossius, notamment la réaction de Perls, qui a pour but de déceler dans le pigment la présence du fer.

La réaction de Perls a donné des résultats très démonstratifs. Nous nous sommes assuré, avant d'y avoir recours, que les coupes ne renfermaient ni vaisseaux ni hémor-

¹ BIRNBACHER, De la pigmentation du sarcome mélanique. *Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, février 1884, p. 38 et suiv.

ragies, ce qui nous a été facile, car en examinant de très nombreuses préparations de cette tumeur, nous avons constaté que les vaisseaux y étaient relativement rares et les hémorragies interstitielles plus rares encore.

Après avoir traité la coupe par HCL, nous l'avons arrosée de ferrocyanure de potassium et portée dans la chambre humide; 24 heures après, une belle couleur bleue, s'affirmant encore dans les jours suivants, s'était développée. La formation du bleu de Prusse décelait, par conséquent, la présence du fer, qui ne pouvait être contenu que dans le pigment inter ou intra-cellulaire. L'origine hématique de ce pigment peut seule bien expliquer la réaction chimique dont il est ici question.

Tels sont les faits de sarcome mélanique primitif que nous avons pu recueillir; ils sont relativement peu nombreux et c'est pour cela que nous les avons rapportés avec quelques détails; ils ne diffèrent en somme des leuco-sarcomes orbitaires que par la présence du pigment. Il serait très désirable de pouvoir, dans ce groupe de tumeurs pigmentées, distinguer plusieurs variétés, mais dans l'état actuel de la science nous ne pourrions répéter ici que ce que nous avons dit dans le tome I (p. 328) de notre ouvrage et nous y renvoyons nos lecteurs.

§ 2. — Étude clinique des sarcomes orbitaires. Étiologie, symptômes, diagnostic et pronostic.

Les sarcomes orbitaires sont complexes à tous les points de vue; ils sont divers dans leur forme anatomique, variables dans leur siège, inégaux dans leur puissance de généralisation, inconstants dans leurs rapports avec les parties voisines; si l'on ajoute que leur étiologie nous est à peu près inconnue, on comprendra qu'il est bien difficile d'en écrire l'histoire clinique avec quelque clarté. Nous nous y appliquerons cependant et, pour tâcher d'être complet, sans cesser d'être clair, nous dirons d'abord de l'ensemble de ces tumeurs ce qui les caractérise, ensuite les signes différentiels qui distinguent chaque espèce.

Étiologie. — Nous ne savons rien, au fond, des causes qui entraînent le développement des sarcomes orbitaires, et notre ignorance à ce sujet vient de l'insuffisance de nos connaissances en ce qui concerne

la pathologie générale; nous en sommes réduit à noter quelques circonstances qui favorisent le développement des néoplasmes malins de l'orbite.

Ces tumeurs paraissent avoir une fréquence variable selon les pays; Hartridge¹ pense qu'il n'en existe qu'un cas sur 10.000; à Bordeaux, elles sont sensiblement moins rares; sans prétendre donner ici un chiffre précis, nous dirons qu'il existe une tumeur orbitaire en moyenne tous les 1.500 malades.

Le *jeune âge* est une cause prédisposante, surtout pour les sarcomes malins à cellules rondes; ces tumeurs ont été surtout constatées chez les enfants.

C'est à tort que quelques auteurs incriminent particulièrement le sexe féminin ou le sexe masculin; les statistiques démontrent que l'un et l'autre sexe y sont également exposés, et la tumeur affecte indifféremment l'un et l'autre côté (Stirling²).

Comme pour toutes les autres tumeurs, le *traumatisme* joue un rôle assez considérable dans l'étiologie; au niveau de l'orbite, comme ailleurs, il bat le rappel des diathèses, selon l'expression de Verneuil. Virchow a signalé cette influence étiologique et nous la trouvons indiquée dans un certain nombre d'observations.

Thomas Hay³ signale l'apparition d'un sarcome à la suite d'une chute; dans une observation de Berger⁴, il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui, à la suite d'une contusion du bord sourcilier du côté droit, présente trois mois après l'accident les symptômes manifestes du sarcome de l'orbite; de même Verrall⁵ a rapporté l'observation d'un homme de 24 ans qui reçut un coup de corne de bœuf dans l'œil droit; peu de temps après, apparut, à l'endroit blessé, une tumeur arrondie, ayant environ le volume d'une noisette; c'était un sarcome myéloïde qui récidiva après une pre-

¹ HARTRIDGE, Orbital tumours. *The ophthalmic Review*, décembre 1899.

² STIRLING, Sarcome primaire de l'orbite avec des notes sur 29 cas. *Royal London ophthalmic Hospit. Reports*, déc. 1893.

³ HAY, *Annales d'oculistique*, 1878, p. 176.

⁴ BERGER, in DUFAL, Thèse Paris, 1882.

⁵ VERRALL, Un cas de sarcome myéloïde de l'orbite. *British medical Journal*, 29 avril 1893.