

## Fibrome calcifiant de l'orbite<sup>(1)</sup>

PAR LE DR J.-N. ROY

Observation.— Edmond C., âgé de 14 ans, nous est conduit à l'Hôtel-Dieu, le 20 février 1907, pour une tumeur de l'orbite gauche. La mère nous raconte que dès le début de l'année 1904, son fils commença à se plaindre de légères douleurs de l'œil gauche, ainsi que de faiblesse de la vision. Cet œil jusqu'alors avait toujours été droit, mais à partir de ce moment eut une tendance à diverger. Les symptômes allèrent en augmentant jusqu'en octobre de la même année où l'on constatait en plus une exophtalmie moyenne, et une diminution de la contractilité musculaire. Un oculiste consulté à cette date l'admit dans son service, et eut l'amabilité de me transmettre les notes suivantes :

“ Tumeur du sommet de l'orbite, paroi externo-inférieure. Ablation de la tumeur, grosseur d'une noix, en passant par la région externo-inférieure de l'orbite. L'opération fut suivie d'un gonflement considérable et dur de tout le tissu orbitaire, exophtalmie prononcée, insensibilité.

“ Après quelques jours, une kéraïte neuro-paralytique faisant prévoir l'impossibilité de sauver l'œil, l'énucléation du globe fut pratiquée. L'insensibilité était tellement complète que cette énucléation pratiquée sans cocaine ni chloroforme n'éveilla aucune douleur.

“ Après trois ou quatre semaines, les tissus n'avaient récupéré ni leur sensibilité, ni leur souplesse, ni leur volume normal.

“ En présence de ces troubles trophiques et vaso-moteurs du globe oculaire et du contenu de l'orbite, je conclus à une lésion sérieuse des fibres trophiques du trijumeau, et des fibres sympathiques du plexus carotidien. Ces lésions nerveuses pouvant cependant ne pas être définitives, je préférerais attendre avant de pratiquer l'évidement de l'orbite.

“ Comme le malade était pauvre et ne pouvait supporter plus longtemps les frais de pension, il fut renvoyé dans sa famille avec les indications de traitement, et avec prière de revenir plus tard.

“ Le néoplasme enlevé a été confié à un confrère

qui devait en faire l'examen histologique ; malheureusement, jamais le rapport ne m'a été fourni.

“ Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, le pauvre C. a été sujet à des accès de toux, d'oppression et de tachycardie que j'ai cru devoir mettre sur le compte d'une névropathie trachéo-bronchique.”

Durant les deux années qui suivirent, les deux opérations, le gonflement des tissus orbitaires, tel qu'il est fait mention dans le rapport précédent, continua toujours à augmenter. Le malade se plaignait de douleurs lancinantes et de plénitude de l'orbite qui se compliquaient journellement par de la céphalalgie. Un liquide sanieux ne cessa de s'échapper de la plaie, malgré les lavages antiseptiques répétés deux fois par jour. La tumeur, en se développant, avait produit un ectropion considérable de la paupière supérieure. Pendant les quatre derniers mois qui précédèrent notre consultation, les parents remarquèrent que l'enfant était nerveux, penseur, pleurait pour un rien, se fâchait facilement, et n'était pas aussi intelligent qu'avant. L'appétit était bon, mais le sommeil agité, et quelquefois avait-il des mouvements incoordonnés des mains et des pieds.

En présence de ces symptômes et de l'augmentation lente mais continue du néoplasme, ils se décidèrent de faire examiner le malade une seconde fois.

La famille de notre petit patient se compose de treize enfants, dont quatre, morts en bas âge de maladies infectieuses, et les autres en excellente santé. Il n'y a rien d'intéressant à signaler au point de vue héréditaire, ni aucune histoire de néoplasie.

La mère nous dit que son enfant n'a jamais été malade, mais attire cependant notre attention sur une brûlure par eau bouillante qu'il aurait reçue, à l'âge de trois ans, aux paupières et au cou du côté gauche, et qui aurait guéri sans aucune complication.

A l'examen, nous constatons une tumeur volumineuse qui remplit et déborde l'orbite gauche. Cette tumeur empiète sur le rebord orbitaire supérieur et externe d'environ un centimètre, et sur l'inférieur de deux centimètres. L'arc sourcilier est repoussé en haut d'un centimètre et demi. La paupière supérieure est fortement ectropionnée, et il s'échappe de la cavité un liquide séro-purulent. Le néoplasme, qui est très peu mobile, donne à la palpation une sensation de rénitence. Les paupières ont une teinte violacée due à la dilatation veineuse. Toute cette région a conservé sa sensibilité.

Etat absolument normal de l'œil droit, et la réfraction nous donne  $120^\circ - 0.75 V = 1$ .

A la rhinoscopie antérieure du côté droit, nous

(1) Communication faite à la "Canadian Medical Association," Ottawa, Mai 1908.