

le lambeau autoplastique de telle façon que l'extrémité interne du pédicule *cb* (fig. 176) vient tomber sur l'extrémité externe de la plaie d'avivement de la paupière *a* (fig. 176). Cette dernière plaie représente la branche horizontale d'un T, dont la branche verticale est formée par le bord antérieur du lambeau.

A quelque procédé qu'on ait recours, à moins que ce ne soit celui de Gaillard, il faut ôter avec précaution les points de suture le troisième ou le quatrième jour, continuer le pansement extérieur pour soutenir le lambeau et en prévenir la rétraction. Si on met en usage la méthode indienne, on évite d'exercer une pression trop considérable pour prévenir la gangrène du lambeau.

Appréciation. Rien de plus difficile que de préciser le procédé de blépharoplastie à préférer. C'est au chirurgien à en subordonner le choix, d'après l'étendue et la nature de la mutilation. Nous croyons cependant, d'une manière générale, que la *méthode française*, ou par glissement du lambeau, l'emporte sur la *méthode indienne*, ou par torsion du lambeau. Les procédés de Jones (p. 897), de Dieffenbach (p. 900), etc., donnent de beaux résultats, quand la perte de substance à combler n'est pas trop étendue, parce que la nouvelle paupière est formée de portions tégumentaires qui ressemblent à celles de l'ancienne. Le voile est-il au contraire détruit dans la plus grande partie ou dans la totalité de son étendue, la *méthode indienne*, qui permet de tailler de plus grands lambeaux, est préférable. Dans ce cas, on choisit de préférence pour la confection du lambeau une des régions avoisinantes où il n'existe pas de tissu cicatriciel. Toutes choses égales d'ailleurs, la région temporale est préférable alors, parce que la difformité peut être, en partie au moins, cachée par les cheveux. Le procédé à double lambeau, de Sédillot, est une modification heureuse qui trouvera des applications.

De quelque manière qu'on ait agi, la paupière nouvelle ne présente pas des conditions anatomiques et physiologiques identiques à celles d'une paupière saine. On peut bien obtenir que le voile de nouvelle formation ne se renverse plus au dehors, qu'il protège le globe; mais le plus souvent il reste entre les deux un espace où les larmes s'accumulent. Les mouvements de la paupière sont nuls ou considérablement diminués, parce que le muscle orbiculaire a été détruit en partie ou en totalité. C'est en vain qu'on chercherait à rétablir ces mouvements, en empruntant des lambeaux doublés de fibres musculaires (*procédé d'Hysern*). Ces fibres n'arrivent jamais à reconstituer un muscle analogue à l'orbiculaire. La peau de la nouvelle paupière ne présente pas les plis transversaux, la finesse et la couleur de l'état normal. Enfin dans les cas où la destruction de la paupière comprend le bord libre, le voile de nouvelle formation est dépourvu de cils. On a cherché à obvier à ce dernier inconvénient, en arrachant de l'autre paupière, avec des pinces, la quantité de cils nécessaires, et en les insérant dans de petites piqûres obliques de 1 millimètre de profondeur, pratiquées le long du bord de la paupière, en maintenant le tout avec des bandelettes agglutinatives.

CHAPITRE VII.

TUMEURS DES PAUPIÈRES.

Il en est de diverses sortes : des *verrues*, des *productions cornées*, des *névromes*, des *tumeurs graisseuses*; on y a signalé l'*enchondrome*, des *productions osseuses*. L'*œdème* n'y est pas rare. Quelquefois la peau de la paupière subit une hypertrophie considérable (*éléphantiasis*). On rencontre aussi aux paupières des *tumeurs vasculaires* de divers genres : *anévrismes* et *varices artérielles*, *tumeurs érectiles*, *tumeurs variqueuses*. Nous renvoyons à la première et à la seconde partie de cet ouvrage, ainsi qu'à notre *Traité des maladies des yeux* (p. 436 et suiv.) pour la connaissance de ces diverses affections, et nous nous bornerons à l'étude des *kystes*, de l'*emphysème* et des *tumeurs malignes*.

ARTICLE I.

Kystes des paupières.

Les kystes des paupières ont reçu des anciens chirurgiens et de la plupart des modernes les dénominations les plus diverses : *chalazion*, *chalazion*, *chalaze*, *chalaze*, *hordeolum*, *gresle*, *grain de grêle*, *grêlon*, *crithe*, *grain d'orge*, *orgueil*, *orgeolet*, *périoris*, *grando*, *porosis*, *vésicules sébacées*, *phlycténules*, *millet* des paupières. Ne connaissant pas la nature de ces tumeurs, ils les désignaient par un nom propre à en rappeler la ressemblance avec des objets usuels. Ainsi le *chalazion* (*χαλαζα*, grêlon), le *grêlon*, la *grêle*, *grando*, étaient comparés à un grain de grêle; le *crithe* (*κριθη*), le *grain d'orge*, *hordeolum*, l'*orgeolet*, à un grain d'orge. On les nommait encore *orgueil* et *orgueilleux*, parce que, dit Dionis, ces tumeurs sont toujours fixes et arrêtées, pendant que le *chalazion* est doué de mobilité.

Si, au lieu de dénommer ces tumeurs d'après des caractères physiques variables, on s'était attaché à en rechercher la véritable nature, en se fondant sur les données tirées de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique, on aurait évité cette déplorable confusion. Aujourd'hui que nous connaissons les nombreux appareils glandulaires contenus dans les paupières, il est facile de rattacher toutes ces productions appelées *chalaze*, *grêle*, *grêlon*, *crithe*, *grain d'orge*, *orgueil*, *grando*, etc., à des kystes *préexistants*. Quand on songe aux nombreux follicules de tout genre contenus dans l'épaisseur de ces voiles, on comprend que les produits sécrétés par ces glandes peuvent s'y accumuler, et que la membrane qui les renferme subit une distension progressive; d'où la formation d'une poche plus ou moins volumineuse. On comprend encore que le séjour prolongé de la substance sécrétée par la membrane folliculaire en modifie la com-

position ; que, par le fait de l'absorption des portions solubles, les particules solides augmentent de densité, au point de prendre, dans quelques cas, une consistance très-dure et comme pierreuse.

Les kystes des paupières se divisent, comme ceux des autres régions du corps, en *préexistants* et *consécutifs*, selon que l'enveloppe préexiste au contenu, ou bien au contraire se forme après ce dernier. En raison même de la structure de ces voiles, les kystes préexistants y sont infiniment plus fréquents que les kystes consécutifs. Nous divisons les premiers, d'après leur siège, en trois groupes : les kystes sébacés cutanés, les kystes sébacés sous-musculaires et les kystes développés aux dépens des follicules de Meibomius, que nous appellerons désormais kystes *meïbomiens*.

1^o KYSTES SÉBACÉS CUTANÉS DES PAUPIÈRES.

On les rencontre sur tous les points de la surface des paupières. Le volume varie depuis une tête d'épingle jusqu'à un gros pois. Ceux qui siègent près du bord libre sont recouverts par une couche tégumentaire tellement fine, qu'il est possible d'en constater la transparence à travers l'enveloppe ; aussi les a-t-on désignés sous les noms de *vésicules sébacées*, *phlycténules*. Quelquefois ces petites tumeurs, au lieu de renfermer un liquide transparent, contiennent une substance grasse, véritable matière sébacée qui, par son séjour prolongé dans la poche, s'épaissit et prend même une consistance pierreuse ; on les appelle alors *millet*, à cause de leur ressemblance avec des grains de millet.

Ceux qui se montrent sur les faces des paupières se présentent sous la forme d'une tumeur bien circonscrite, de forme généralement sphérique, mobile en tout sens, avec adhérence de la peau, qui offre le plus souvent un petit pertuis, à travers lequel on peut, par la pression, faire sortir une matière blanche ressemblant à du suif. Cette substance une fois évacuée ne tarde pas à se reproduire, et le kyste reprend son volume primitif.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs restent longtemps stationnaires. Lorsqu'elles siègent au bord libre, où elles offrent, comme nous l'avons dit, l'apparence de *vésicules*, elles ne tendent pas non plus à s'accroître ; et si elles augmentaient de volume, elles ne tarderaient pas à se rompre, parce que l'enveloppe en est ténue. Les kystes qui se développent sur les autres points des paupières acquièrent un volume plus considérable, un gros pois et même une petite noisette ; il en résulte une difformité notable et une gêne plus ou moins prononcée dans les mouvements des voiles.

Les *vésicules* ne sauraient être confondues avec d'autres espèces de kystes ; les premières occupent constamment la portion du bord libre de la paupière qui est située au-devant de la rangée ciliaire ; et les cils qui sont placés en arrière, les orifices des follicules de Meibomius, qui occupent un plan plus reculé encore, sont complètement indépendants de ces petites tumeurs. Les kystes sébacés qui se forment plus ou moins loin du bord libre des paupières se distinguent des kystes sébacés sous-musculaires et des kystes meïbomiens, en ce que, dans les premiers, la peau fait corps avec la tu-

meur, tandis que, dans les deux autres espèces, la peau n'étant nullement adhérente à la paroi superficielle du kyste, se déplace facilement sans entraîner la poche.

Traitement. S'il s'agit d'une simple vésicule, on la saisit avec une petite pince à griffes, et on pratique l'excision de la paroi superficielle de la poche, après quoi on cautérise le fond avec l'extrémité d'un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe. Pour les autres kystes, l'incision simple est également insuffisante ; il faut de toute nécessité la faire suivre d'une cautérisation de la face interne de la poche, après en avoir évacué le contenu. Une méthode plus expéditive consiste, après avoir ouvert largement la petite tumeur, à saisir avec une pince la membrane muqueuse qui la revêt et à l'attirer au dehors par une traction douce et soutenue ; si on n'a pas enlevé tout le sac, on cautérise le fond avec un crayon de pierre infernale.

2^o KYSTES SÉBACÉS SOUS-MUSCULAIRES DE LA PAUPIÈRE.

Ces kystes se rencontrent surtout vers la partie supérieure de la paupière, au niveau du sourcil. Ils sont très-mobiles et peuvent être déplacés en tous sens ; la peau qui les recouvre est libre d'adhérences, sans changement de couleur. Ils se développent entre le muscle orbiculaire et le ligament large de la paupière. La présence de ce ligament met obstacle à l'extension de la tumeur du côté de l'orbite et la refoule en avant.

Il n'est pas facile de se rendre compte de leur mode de formation. Qu'ils reconnaissent pour point de départ l'hypertrophie d'un follicule sébacé, ou même d'un follicule pileux, puisqu'on y a rencontré parfois des poils, cela est incontestable ; mais ces follicules sont annexés à la peau du sourcil, et les poils qui forment cette éminence ne pénètrent pas plus profondément que le derme. C'est cependant au-dessous des fibres musculaires, que ces kystes prennent naissance. Il y a donc là une anomalie ; et si on réfléchit qu'au rapport des malades, ces tumeurs remontent à la plus tendre enfance et sont même *congénitales*, on en reportera le développement à une aberration de la force formatrice qui a produit des follicules sébacés ou pileux dans une région où ils n'existent pas habituellement.

Symptômes. Ces kystes se présentent sous la forme d'une tumeur d'un volume qui atteint le plus souvent celui d'une noisette ou d'un œuf de pigeon, occupant le plus souvent la partie externe de la région du sourcil, généralement globuleuse, mobile en tous sens, si bien qu'on peut la ramener facilement tout entière sur l'arcade orbitaire, résistante, élastique, fluctuante, sans adhérence ni changement de couleur de la peau qui la recouvre. En raison même de la situation qu'il occupe, le kyste est plus ou moins apparent, suivant que les paupières sont closes ou largement ouvertes. Lorsque le patient abaisse la paupière inférieure, la tumeur, refoulée en arrière par la contraction du muscle orbiculaire, proémine à peine, tandis qu'elle devient saillante lorsque, le malade relevant la paupière supérieure, l'élevateur propre refoule la tumeur en avant.

On distingue facilement ces espèces de kystes des kystes sébacés *cutanés*,

parce que, dans les premiers, la peau qui recouvre la tumeur est indépendante, tandis que, dans les seconds, la peau adhère intimement à la poche. Il est plus difficile de différencier les kystes sébacés sous-musculaires d'un kyste séreux qui aurait pris son point départ dans la même région. Les kystes séreux sont très-rares; d'ailleurs, s'il reste le moindre doute sur la nature du produit renfermé dans l'intérieur de la poche, on a recours à une ponction, soit avec un trocart explorateur, soit avec une aiguille à cataracte, après avoir refoulé la tumeur au-dessus de l'arcade orbitaire pour ne pas s'exposer à blesser l'œil.

Le pronostic n'a rien de sérieux; ces sortes de tumeurs restent généralement stationnaires pendant des années, et elles sont plutôt un objet de difformité qu'un véritable inconvénient pour ceux qui en sont affectés.

Traitement. On tenterait en vain d'en obtenir la disparition par des *pommades résolutives* de tout genre. Les *caustiques* ne produisent la guérison qu'autant qu'ils détruisent au préalable la peau et le muscle orbiculaire qui les recouvre; ce qui nécessite des applications répétées, entraîne de grands délabrements, et par conséquent une cicatrice difforme. Les *injections irritantes* portées dans le kyste, notamment les injections iodées, sont tout à fait insuffisantes, parce que le kyste est revêtu à l'intérieur d'une membrane de nature muqueuse. On obtiendrait sûrement l'inflammation de la face interne du kyste par la simple *incision* de toutes les parties molles qui le recouvrent, à la condition de maintenir dans la poche un corps étranger, de la charpie par exemple, jusqu'à ce que la membrane granuleuse formée consécutivement se transformât en cicatrice. La présence permanente de ce corps étranger dans les tissus profonds peut occasionner une phlegmasie intense, des infiltrations purulentes. L'*extirpation* de la tumeur est donc la méthode à préférer.

3° KYSTES MEÏBOMIENS.

Ce sont les plus fréquents de tous; ce sont eux surtout qui ont été désignés sous le nom de *chalazion*, *grêlon*, *grain d'orge*, etc.; c'est à cette classe qu'il faut rapporter la grande majorité des tumeurs des paupières, appelées par Demours *loupes*; par Scarpa, *tumeurs cystiques*; par Dupuytren, *tumeurs enkystées*; par Deval, *tumeurs tarsiennes des paupières*. Ils se forment dans l'épaisseur d'un des follicules de Meibomius. Que par une circonstance quelconque, l'embouchure d'un des conduits accessoires dans le conduit principal du follicule s'oblitére, ou que le canal excréteur lui-même cesse d'être perméable dans un point de son trajet ou à l'orifice externe, la matière sébacée sécrétée par la face interne du follicule s'accumule au-dessus de l'obstacle et distend progressivement les parois du conduit. Le kyste est donc logé dans l'épaisseur du cartilage tarse.

Symptômes. Les kystes meïbomiens se présentent sous la forme d'une tumeur le plus souvent unique, quelquefois multiple: ainsi il en existe parfois deux et même trois à la même paupière. Dans tous les cas, la tumeur se montre sur une des portions de la paupière correspondant au car-

tilage tarse. Elle peut être plus ou moins rapprochée du bord libre du voile, de la commissure externe ou interne; elle varie de volume depuis une tête d'épingle jusqu'à une petite noisette. Elle est généralement globuleuse, parfois étranglée dans un point de son étendue, bien circonscrite, tout à fait immobile, ou du moins ne se meut qu'avec le cartilage tarse tout entier, dont elle fait partie intégrante; tantôt elle proémine à peine en avant, du côté de la peau; tantôt elle forme de ce côté un relief plus apparent. Lorsqu'on renverse la paupière, de façon à avoir sous les yeux la face conjonctivale du voile, on la voit faire, de ce côté, une petite saillie. La conjonctive, à l'endroit correspondant, présente généralement une injection prononcée, apparaissant sous la forme d'une petite tache d'un rouge sombre. En saisissant alors la production morbide entre le pouce appliqué sur la face conjonctivale et l'index appliqué sur la portion correspondante de la peau, il est facile de reconnaître que la tumeur est résistante, élastique et parfois fluctuante, qu'elle fait partie intégrante du cartilage tarse. La peau qui la recouvre ne lui est nullement adhérente et ne change pas de couleur, à moins qu'on ne l'irrite par l'application de certains topiques. Chez quelques sujets, on reconnaît que les orifices des follicules de Meibomius sont oblitérés, au niveau de la portion du cartilage tarse qui renferme le kyste.

Ce n'est que lorsque la tumeur prend un certain accroissement et qu'elle proémine du côté de la conjonctive, qu'elle donne lieu, pendant les mouvements des paupières, à une sensation de gêne. Elle est toujours une difformité.

Le diagnostic en est facile, pourvu que l'on tienne compte de la situation de la tumeur par rapport au cartilage tarse, de l'intégrité de la peau qui la recouvre, de la facilité à la faire saillir sous la conjonctive, après avoir renversé la paupière.

Traitement. Il est incontestable que, chez quelques sujets, ces kystes disparaissent *spontanément*. On peut aussi essayer d'en obtenir la guérison par l'emploi de topiques dits *résolutifs*. La *ponction* simple est tout à fait insuffisante; le contenu de la tumeur, une fois évacué, ne tarde pas à se reproduire. Pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut que la plaie faite par le chirurgien s'enflamme, et que cette inflammation se communique aux parois du kyste; ce qu'on a cherché par la méthode des *ponctions multiples*. Carron du Villards a combiné la *ponction* avec la *cautérisation* au moyen d'une forte aiguille dans la cannelure de laquelle on met de la poudre de Vienne humectée, et que l'on enfonce dans la tumeur. Nous ne signalons que pour mémoire le *séton*, moyen long, douloureux, et qui donne lieu à une infiltration œdémateuse de la paupière, qui peut être suivi d'une phlegmasie érysipélateuse et même d'un phlegmon diffus. Il n'y a pas non plus à accorder grande importance à l'*écrasement* préconisé pour les kystes du bord libre de la paupière. L'*incision simple* de la tumeur, soit par la face conjonctivale, soit par la face cutanée, avec énucléation de la substance contenue dans le kyste, expose à la récurrence de l'affection. L'*extirpation*, soit par la surface cutanée, soit par la face conjonctivale, est une méthode infaillible, en ce sens qu'on emporte la production mor-

bide, qu'on ne laisse aucune portion du kyste dans l'épaisseur de la paupière, ce qui exposerait à la récurrence. Mais c'est une opération longue, douloureuse, donnant lieu à une hémorragie abondante et à une perte de substance du cartilage tarse.

L'incision du kyste, soit par la *face cutanée*, soit par la *face conjonctivale*, suivie de la *cautérisation* avec un crayon de nitrate d'argent, est une méthode préférable aux précédentes. En agissant par la *face conjonctivale*, la douleur est moins vive que par la peau, l'hémorragie incomparablement moins abondante, l'opération plus courte, parce qu'on est plus rapproché des parois du kyste ; on évite enfin toute cicatrice apparente.

Procédé opératoire. Le malade est assis sur une chaise basse, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide ; s'il est pusillanime, il est préférable de le mettre dans une position horizontale, pour prévenir une syncope. La paupière est renversée de bas en haut, si c'est la supérieure (fig. 178) ; de haut en bas, si c'est l'inférieure, après avoir au préalable embrassé la tumeur dans la pince-anneau (a, fig. 178), dont la plaque est appliquée sur la face cutanée et l'anneau sur la face conjonctivale du voile. Au moyen d'un bistouri pourvu d'une petite lame, on incise transversalement la paroi conjonctivale du kyste (b, fig. 178). On introduit une curette dans l'intérieur de la poche, pour en évacuer tout le contenu, dont la consistance est généralement assez visqueuse, pour que cette matière ne s'échappe spontanément qu'en partie. Un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe est promené sur toute la face interne du kyste ; dès qu'on a retiré l'agent caustique, un aide pratique avec une seringue une injection d'eau salée sur la plaie, puis le chirurgien lui-même exprime plusieurs fois une éponge im-

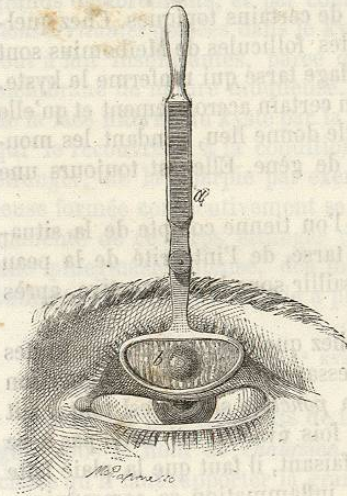


Fig. 178.

bibée d'eau, sur la face interne de la paupière ; de cette façon on prévient la diffusion du caustique sur la cornée. Alors seulement la pince-anneau (a, fig. 178) est desserrée, et la paupière rendue à sa situation normale. Le pansement consiste à appliquer, pendant les deux premiers jours, une compresse imbibée d'eau froide sur les paupières ; et les jours suivants à baigner l'œil dans une solution étendue de sulfate de zinc.

ARTICLE II.

Emphysème des paupières.

L'emphysème des paupières est le résultat du passage de l'air dans le tissu cellulaire de ces voiles. Borné quelquefois à cette portion de l'appa-

reil de la vision, l'emphysème se propage, dans d'autres circonstances, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et jusque dans l'orbite. En tous cas, la condition nécessaire à la production de cette lésion est la communication du tissu cellulaire palpébral avec les voies aériennes.

Causes. En cas de fracture de l'orbite communiquant avec les fosses nasales, l'air se fraye un passage, pendant les efforts d'expiration, non-seulement par l'orifice antérieur des fosses nasales, pour être expulsé au dehors, mais encore par l'ouverture accidentelle qui fait communiquer les fosses nasales avec le tissu cellulaire de l'orbite et des paupières. J'ai observé un cas d'emphysème des paupières par un autre mécanisme ; il existait une *blessure de la région naso-labiale, avec décollement des téguments sur le côté droit du nez*. Pendant l'expiration, l'air passait des fosses nasales dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté droit du nez, pour s'infiltrer sous la peau des paupières. D'autrefois la maladie se produit pendant un étirement ou l'action de se moucher ; on l'a attribuée, dans ces derniers cas, à la rupture d'un des conduits lacrymaux pendant le violent effort d'expiration. Il est plus probable qu'il se fait une rupture de la membrane de Schneider, au niveau de la portion de la paroi externe des fosses nasales correspondant à la paroi interne de l'orbite, et que la paroi osseuse elle-même, très-faible en cet endroit, et peut-être préalablement altérée, cède du même coup. Qu'une communication plus ou moins large s'établisse spontanément entre l'un des points de l'orbite et les fosses nasales, ou les dépendances de ces cavités, il se produira un emphysème des paupières et de l'orbite, sans même que le malade soit forcé d'exécuter un effort. L'emphysème des paupières se rencontre encore dans les cas d'emphysème général, à la suite d'une lésion des organes de la respiration.

Symptômes. L'emphysème des paupières est facile à reconnaître. Les paupières offrent une tuméfaction plus ou moins considérable, assez mal circonscrite, sans changement de couleur de la peau ; la pression sur ces voiles donne au doigt cette sensation bien caractéristique de crépitation produite par la migration de gaz dans le tissu cellulaire. Une autre circonstance propre à la maladie, c'est que les efforts pour se moucher augmentent la tuméfaction des paupières, parce qu'ils ont pour résultat de faire passer une nouvelle quantité d'air des fosses nasales dans l'épaisseur de ces voiles. Quelquefois l'air gagne de proche en proche le tissu cellulaire sous-conjonctival ; la muqueuse oculaire est soulevée autour de la cornée, et il se forme une espèce de *chémosis gazeux*. Dans d'autres cas, l'air s'infiltré dans le tissu cellulaire de l'orbite et l'œil est repoussé en avant.

Marche. Terminaisons. L'emphysème des paupières se comporte différemment, suivant les causes qui l'ont produit. Celui qui est le résultat d'une fracture des parois de l'orbite disparaît en général promptement, parce que la lésion osseuse ne tarde pas à se consolider. Celui qui est la conséquence d'une lésion organique, ayant déterminé une perte de substance de la cloison osseuse qui sépare l'orbite des fosses nasales, est plus difficile à guérir. Celui qui se rattache à un emphysème général est grave, surtout en raison de la lésion des organes respiratoires qui en est le point de départ,

Traitement. L'application sur les paupières de compresses trempées dans un liquide résolutif; l'abstention, pendant quelques jours, de tout effort d'expiration forcée, notamment de l'action de se moucher, suffisent pour dissiper l'emphysème, quand ce dernier est le résultat d'une lésion traumatique. Il n'est pas nécessaire de ponctionner les parties tuméfiées, pour donner issue au gaz infiltré. Cette conduite ne serait motivée que dans les cas où l'emphysème persiste longtemps, malgré l'emploi des moyens qui viennent d'être indiqués. Lorsque l'affection est le résultat d'une lésion organique des fosses nasales ou des dépendances de ces cavités, telles que les sinus frontaux, on n'obtient la guérison qu'après celle de la lésion osseuse; et comme celle-ci est quelquefois au-dessus des ressources de l'art, on peut être contraint de mettre en usage un traitement palliatif, consistant à éviter tout effort d'expiration forcée, notamment l'action de se moucher fortement, et de presser de temps en temps la tumeur des paupières, pour en faire passer le contenu dans les fosses nasales.

ARTICLE III.

Tumeurs malignes.

Les caractères propres aux tumeurs malignes ou cancéreuses des paupières sont de présenter une tendance fatale à l'ulcération, d'envahir progressivement les parties voisines, de récidiver quand on les a extirpées.

Causes. On les rencontre de préférence chez des sujets adultes. La paupière inférieure est plus souvent atteinte que la supérieure. Rien ne prouve qu'elles soient produites par des phlegmasies chroniques terminées par induration; si plusieurs chirurgiens en ont jugé autrement, c'est qu'ils ont confondu les indurations simples avec le cancer. C'est aussi gratuitement qu'on a accordé un certain rôle, dans le développement de la maladie, à des causes externes, des contusions, des froissements des paupières, l'emploi de topiques irritants.

Variétés. Celle qu'on rencontre le plus fréquemment est le cancer *épithélial*; la forme *squarreuse* est rare, l'*encéphaloïde* plus rare encore. Quand le mal commence par la conjonctive, c'est, en général, le cancer *mélanique*. L'affection débute par le bord libre de la paupière, ou à une certaine distance de ce dernier; parfois au niveau des commissures.

Symptômes. Le cancer *épithélial*, la seule variété dont il sera question ici, débute en général par une ou plusieurs élevures, ou petites plaques, dont la couleur ne diffère pas de celle des parties saines, et qui ressemblent à des verrues. Ces tubercules grossissent peu à peu, perdent leur mobilité, en s'étendant par leurs racines aux parties plus profondes, et au bout d'un certain temps se couvrent de quelques veines dilatées et de varicosités bleuâtres. Plus tard arrive la période d'ulcération. Les progrès de l'ulcère sont lents; quelquefois celui-ci demeure stationnaire pendant des années; chez quelques sujets, il diminue d'étendue, se cicatrise même, pour se rouvrir plus tard, faire de nouveaux progrès et se cicatriser

de nouveau. Chez quelques sujets, l'ulcération a une marche plus rapide; les paupières peuvent être complètement détruites, le globe participe au mal, il est dénudé, enflammé et se rompt. Les os n'échappent pas eux-mêmes à ce travail de destruction; ce qui met tôt ou tard la cavité de l'orbite en communication avec les fosses nasales ou même avec l'intérieur du crâne. D'autres fois, l'ulcère envahit la face; les joues sont détruites. Ou bien encore la plaie ne fait pas de progrès en largeur et s'étend au contraire profondément. La peau qui environne l'ulcère conserve en général ses caractères normaux; les bords de la perte de substance sont parfois garnis d'élevures ou de tubercules d'un rouge pâle. Dans cette forme de cancer, il y a rarement des hémorragies; les malades n'éprouvent pas de souffrances vives, à moins que le travail d'ulcération ne se propage aux filets nerveux d'une certaine importance, tels que les nerfs sus et sous-orbitaires.

Diagnostic. Dans la période d'induration, le cancer des paupières peut être confondu avec d'autres tumeurs. Le premier diffère des autres par la circonscription, la dureté plus prononcée, les inégalités, l'existence de vaisseaux variqueux. A la période d'ulcération, la confusion est possible avec le lupus et avec les ulcères syphilitiques des paupières. Lorsque l'affection siège au grand angle, et que le travail de destruction s'est propagé à une certaine profondeur, on peut croire au premier abord qu'il existe une fistule du sac lacrymal. On évite de commettre une pareille erreur, en pratiquant une injection d'eau par les points lacrymaux. En cas d'ulcère cancéreux, avec intégrité du sac, aucune goutte de liquide ne reflue par l'ulcération.

Pronostic. Il est grave, en raison de la mutilation plus ou moins étendue qu'on est obligé de faire subir aux paupières pour guérir le mal, et de la fréquence des récidives.

Traitement. Les médications internes de nature diverse, les topiques de tout genre ne réussissent pas mieux à guérir le véritable cancer des paupières que celui des autres régions du corps. Le seul moyen rationnel est de détruire le mal, ou d'enlever la portion dégénérée.

A. Caustiques. Ils ne sont applicables qu'aux tumeurs cancéreuses ulcérées, plus étendues en surface qu'en profondeur. Ceux qu'on a employés sont: la poudre du frère Côme, la poudre de Rousselot, la pâte de Canquoin, la pâte de Vienne, la pierre infernale, la pâte de sulfate de zinc préparée avec le sel pulvérisé et la glycérine. On connaît le danger inhérent aux préparations arsenicales, dont l'absorption peut produire des phénomènes d'empoisonnement. Le nitrate acide de mercure préconisé par Velpeau a l'inconvénient de pouvoir atteindre le globe. Les autres caustiques sont passibles de la même objection, et le soin de disposer la plaque de l'élévateur derrière la paupière, pendant l'application de l'agent destructeur, ne met pas toujours à l'abri des blessures de l'œil. Ajoutons encore que les caustiques ont une action lente.

B. Extirpation. On la pratique de diverses manières, d'après le siège et l'étendue du mal. Si le tubercule cancéreux ne comprend pas toute l'épais-