

deux paupières supérieures un bourrelet graisseux, ayant la forme d'un ovale transversal ; il s'agissait dans ce cas d'une hernie de la graisse de l'orbite, qui avait pénétré entre les fibres de l'orbiculaire ; cela venait sans doute d'une déformation congénitale. Armaignac<sup>1</sup> a fait connaître un cas analogue.

Dans ce chapitre des tumeurs bénignes de la paupière, nous devons encore signaler quelques cas de fibromes de la paupière supérieure, décrits par Goldzieher<sup>2</sup>, Snell<sup>3</sup> et Cargill<sup>4</sup>, en mettant bien le lecteur en garde contre la confusion du fibrome proprement dit et du névrome plexiforme.

#### § 6. — Sarcome des paupières.

Le sarcome primitif des paupières est une affection rare, et nous n'aurons que très peu de cas à ajouter à ceux que Fage a consignés dans son travail paru en 1898. Avant lui, van Duyse a publié sur ce sujet une étude d'ensemble, et après lui, Capellini ; si bien que l'histoire de la question est tout entier contenu dans les publications de ces trois auteurs. Nous signalerons, chemin faisant, les observations isolées qui ont été publiées ; quatre d'entre elles nous appartiennent.

**Étiologie.** — L'étiologie véritable est inconnue, comme celle de tous les néoplasmes ; nous en sommes réduit à noter les circonstances dans lesquelles la tumeur apparaît. L'âge est indifférent : on l'a observée à toutes les périodes de la vie.

La paupière supérieure est à peu près aussi souvent intéressée que la paupière inférieure.

<sup>1</sup> ARMAIGNAC, Tumeurs graisseuses symétriques, probablement congénitales de la paupière supérieure. *Revue clin. d'ocul.*, 1886.

<sup>2</sup> GOLDZIEHER, Fibrome de la paupière supérieure, avec hypertrophie considérable de la peau et asymétrie de la face. *Cent. für Augenheil.*, juin 1898.

<sup>3</sup> SNELL, Large fibrome de la paupière supérieure. *Transact. ophth. Society*, t. XVIII, p. 52.

<sup>4</sup> CARGILL, Les fibromes des paupières. *Transact. ophth. Society*, t. XX, p. 43.

L'envahissement des quatre paupières a eu lieu dans un cas de Schirmer, rangé par tous les auteurs dans la catégorie des sarcomes, mais qu'il faut, à notre avis, placer dans celle des tumeurs symétriques des paupières, dues à la pseudo-leucémie ; il n'existerait donc pas, selon nous, de sarcome multiple des paupières, et sur ce point la région palpébrale serait soumise à la même règle que les autres parties de l'économie. Si l'on excepte les tumeurs secondaires et par métastase, on est d'accord pour reconnaître qu'un sujet ne porte qu'un seul sarcome ou un seul carcinome à la fois. Le traumatisme joue pour les sarcomes de la paupière le même rôle que pour les autres tumeurs ; son action n'a jamais été plus nette que dans le fait que nous avons présenté à la Société française d'ophtalmologie, et nous allons ici rapporter cette observation, intéressante d'ailleurs à plus d'un titre.

Obs. (personnelle). — *Tumeur mélanique sous-conjonctivale de la paupière supérieure gauche. Exirpation. Récidive.* — Homme de 70 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 25 septembre 1890. Bons antécédents héréditaires et personnels ; il y a dix ans, apparition d'une kératite entraînant un leucome opaque supprimant presque la vision. Aucune diathèse spéciale n'explique cet accident ; il n'y a ni rhumatisme, ni alcoolisme, seulement un peu de misère physiologique, résultat du travail opiniâtre et de privations prolongées.

Au commencement de juin 1890, Jean G... reçut un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche ; il en résulta un gonflement très accusé de la région ; la paupière supérieure devint noire, ecchymotique, tendue par l'infiltration sanguine qui remplissait les mailles de son tissu.

Le sang se résorba lentement ; lorsque la peau de la région reprit sa coloration normale, c'est-à-dire quelques semaines après, notre malade constata, dans l'épaisseur même de la paupière, la présence d'une tumeur dure, régulière, aussi volumineuse, dit-il, que celle qu'il présente en entrant à l'hôpital.

Dans le courant des mois de juillet, août et septembre, cette grosseur palpébrale serait restée la même, uniformément dure, un peu irrégulière à sa surface, toujours recouverte par la peau saine, et mobile dans l'épaisseur de la paupière supérieure. D'ailleurs il n'y a jamais eu de douleurs, et les fonctions visuelles n'ont, à aucun moment, été entravées.

*Etat actuel.* — A son entrée à la clinique, Jean G... porte une tumeur grosse comme une noix de moyenne grosseur, un peu allongée dans le sens horizontal. Elle semble faire saillie sous la paupière soulevée et déformée, mais encore suffisamment ouverte pour que la vision s'effectue convenablement ; fait d'autant plus précieux qu'il existait un leucome supprimant presque complètement les fonctions de l'œil droit.

A la surface de la tumeur la peau glisse très facilement, et la palpation fait sentir à travers le tégument, normal dans sa couleur et son épaisseur, une masse assez dure,



un peu irrégulière, mobile dans tous les sens, sans adhérence au squelette, sans ramifications dans l'orbite. A travers la demi-transparence de la peau, on distingue la couleur noire du néoplasme. Le bord libre de la paupière est intact.

Le volume de la tumeur ne permet pas de retourner la paupière pour explorer la face conjonctivale, mais il est possible d'écartier cette paupière du globe de l'œil et d'examiner, par-dessous, l'état du cul-de-sac conjonctival. Ce cul-de-sac a ses dimensions ordinaires; la muqueuse y est saine partout et glisse au niveau de la partie postérieure du néoplasme, comme la peau à la surface antérieure.

La conjonctive bulbaire présente, en plusieurs endroits, des taches noirâtres qui tranchent sur l'aspect nacré de la sclérotique. Ces taches paraissent s'être développées en même temps que la tumeur et pour les mêmes causes.

La paupière inférieure n'offre rien de particulier. Il n'y a nulle trace d'engorgement ganglionnaire. L'état général est excellent.

De cet examen il résulte que Jean G... porte une tumeur datant de trois mois, développée à la suite d'une forte contusion et localisée dans le tissu cellulaire de la paupière, entre le cartilage tarse et la peau.

De quelle nature est cette tumeur? Son entière mobilité, l'absence de douleurs, son état stationnaire depuis plusieurs mois, l'intégrité non seulement du globe oculaire, mais encore de la conjonctive et de la peau, en imposent pour une tumeur bénigne; d'autre part, sa couleur et les petites taches pigmentaires de la conjonctive appellent l'attention sur la variété mélanique des néoplasmes, et c'est du choc de ces deux idées qu'a pu naître un instant l'incertitude du diagnostic.

Il n'est pas rare de voir des néoplasmes succéder aux traumatismes; les tumeurs du sein, du testicule en offrent de fréquents exemples; dans notre cas, il est donc conforme aux lois de la pathologie générale d'admettre qu'une néoplasie a succédé à l'irritation cellulaire engendrée par le traumatisme.

Mais, d'après les antécédents bien nettement indiqués par le malade, il est certain qu'un gros caillot, un hématome s'est d'abord formé dans la paupière et que la tumeur d'aujourd'hui lui a directement succédé. Sans doute il ne s'agit pas d'un caillot organisé, puisqu'il est démontré (Ranvier, Durante) que les caillots ne s'organisent pas, mais peut-être d'une tumeur due à la prolifération des cellules conjonctives entourant le caillot.

Ce diagnostic s'accorde à la fois avec les allures du mal et la couleur noire du tissu malade. Nous croyons avoir affaire à une tumeur bénigne, accidentellement colorée par du pigment sanguin.

Il doit suffire, dans ces conditions, d'extirper le néoplasme en respectant la paupière. Cette opération est pratiquée à l'hôpital Saint-André le 29 septembre 1890. Elle est d'ailleurs on ne peut plus facile; la sonde cannelée sépare aisément la tumeur du tissu cellulaire environnant.

Quelques points de suture réunissent la plaie, et le malade sort guéri de l'hôpital quelques jours après.

L'intérêt de l'observation, déjà grand à cause de la marche clinique du mal, s'accroît encore avec l'examen anatomique de la tumeur.

*Examen anatomique.* — Le volume de cette tumeur est celui d'une petite noix; elle est ovoïde, assez régulière à sa surface; sa couleur, sa consistance, la physionomie de la coupe médiane sont celles d'une truffe. En raclant avec le couteau la surface de

la section, on distingue quelques fines travées fibreuses, mais il n'y a pas à proprement parler de cloisons. Des coupes, faites dans les diverses parties, ont révélé les détails suivants:

Deux ordres de cellules y dominent: des cellules fusiformes et des cellules rondes. Quelques vaisseaux et de rares travées fibreuses sillonnent le tissu; enfin, on trouve du pigment mélanique très abondant.

Des cellules fusiformes constituent un certain nombre de faisceaux semblables à ceux des tumeurs fibroplastiques; presque partout les cellules sont jeunes et sorties depuis peu de temps de l'état embryonnaire.

Les cellules rondes sont très nombreuses, et leurs dimensions très variables. Elles ont de 10 à 20  $\mu$  de diamètre, beaucoup d'entre elles présentent plusieurs noyaux.

Quelques vaisseaux, très rares, à paroi unique, sillonnent les coupes; à la périphérie on rencontre des traces d'hémorragies récentes; du côté de la conjonctive, la tumeur était limitée par un trousseau riche en fibres élastiques, colorées en jaune par le picro-carmin.

Mais le plus intéressant de tous les éléments histologiques contenus dans le néoplasme est le pigment.

Ce pigment est surtout intra-cellulaire; il est très inégalement réparti; beaucoup de cellules n'en contiennent pas du tout, quelques-unes en sont remplies au point de perdre tous leurs caractères, de prendre l'aspect d'une masse noire arrondie; les autres renferment dans leur protoplasma de fines granulations noires.

En traitant une coupe par l'acide sulfurique, nous avons vu disparaître les éléments cellulaires, tandis que le pigment restait intact. Sous l'influence de l'acide le tissu sarcomateux s'est recroquevillé, raccorni; toutefois, il n'a pas disparu tout à fait; il est resté une masse informe, translucide, au milieu de laquelle le pigment se détache avec netteté.

Nous avons ainsi obtenu une préparation typique de mélanine et nous trouvons cette substance sous les formes suivantes:

1° De gros amas conglomérés, irréguliers;

2° Des globes ronds de forme cellulaire, dans lesquels on peut voir (à un grossissement de 400 diamètres) de fines granulations tassées les unes contre les autres. Ces globules sont des cellules dont le noyau a été étouffé, le protoplasma détruit et qui sont en quelque sorte farcies de poussières mélaniques;

3° Des granulations libres de pigment.

Il résulte de cet examen que notre malade portait un sarcome mélanique, à jeunes cellules, présentant les caractères histologiques d'une tumeur maligne. Il y a donc contradiction apparente entre les phénomènes cliniques et l'examen anatomique; mais les résultats de ce dernier examen sont si conformes aux descriptions classiques, qu'il n'est pas permis de douter du diagnostic « sarcome mélanique », auquel nous nous sommes définitivement arrêté. Deux ans après, l'affection récidiva.

Dubar a vu, chez une petite fille, un sarcome palpébral se développer à la place d'une ecchymose traumatique; il en fut de même chez les malades de Zehender et de Van Duyse. La tumeur maligne se forma à l'endroit précis où s'était produite la bosse sanguine.



Dans une observation de Guibert, la tumeur, développée dans la paupière d'un homme de 48 ans, avait été consécutive à une brûlure ayant couvert d'un tissu cicatriciel la tempe et les deux paupières du même côté. Ce sont là des faits analogues au nôtre par leur étiologie.

**Symptômes.** — Au point de vue de la symptomatologie comme de l'anatomie pathologique, il faut subdiviser l'étude du sarcome palpébral et étudier successivement, comme l'a fait Guillemet<sup>4</sup> dans sa thèse : 1° le sarcome palpébral proprement dit ; 2° le sarcome né dans la conjonctive palpébrale.

#### A. — Sarcome palpébral proprement dit.

Il est assez commun de voir le néoplasme prendre, au début, les allures d'un chalazion ; si on l'extirpe, le chalazion récidive ; si on l'abandonne à lui-même, il ne tarde pas à prendre des proportions excessives, en présentant d'ailleurs une consistance variable : molle comme celle du sarcome encéphaloïde, dure comme celle d'un fibro-sarcome.

Si, à cette période voisine du début, la tumeur est mobile sur le tarse et peut en être facilement séparée, elle est assez aisée à diagnostiquer avec le chalazion, car celui-ci adhère toujours au tarse, mais il arrive bien souvent que le néoplasme lui-même adhère au tarse, et alors le diagnostic est difficile tant que les proportions de la tumeur ne sont pas considérables.

Quand le néoplasme se développe au lieu et place d'une bosse sanguine, ainsi que cela est arrivé dans les cas de Dubar, de Zehender et le nôtre, cette donnée étiologique est aussi d'une grande importance pour le diagnostic de l'affection.

Longtemps la peau reste mobile à la surface de la tumeur ; elle peut finir cependant par être envahie ; avant de s'infiltrer (fig. 167), elle s'amincit et laisse voir, par transparence, la nature mélanique du sarcome, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, présente souvent les caractères de la mélanose.

<sup>4</sup> GUILLEMET, *Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières*. Th. Paris, 1902.



FIG. 1. — Sarcome de la paupière (hôpital Saint-André, professeur BADAL).

Femme de 53 ans, présentant une tumeur du volume d'une noix, ayant complètement envahi la paupière inférieure de l'œil gauche. Au centre de la tumeur on constate une excavation à peu près ronde, de 1 centimètre environ de diamètre, de laquelle on voit continuellement sourdre un pus jaunâtre, assez abondant. L'examen histologique démontre qu'il s'agissait d'un sarcome.



FIG. 2. — Épithélioma de la paupière (hôpital Saint-André, professeur BADAL).

FIG. 2.

G. STEINHEIL, Dessin.



Cette observation de Guibert, la tumeur, développée dans la paupière d'un homme de 48 ans, avait été consécutive à une brûlure ayant entraîné d'un tissu cicatriciel la tempe et les deux paupières du même côté. Ce sont là des faits analogues au nôtre par leur étiologie.

**Symptômes.** — Au point de vue de la symptomatologie comme de l'anatomie pathologique, il faut subdiviser l'étude du sarcome palpébral et étudier successivement, comme l'a fait Guillemet<sup>1</sup> dans sa thèse : 1° le sarcome palpébral proprement dit ; 2° le sarcome né dans la conjonctive palpébrale.

A. — *Sarcome palpébral proprement dit.*

PLANCHE IX.

Il est assez commun de voir le néoplasme prendre, au début, les allures d'un chalazion. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome.

avec le chalazion, car celui-ci adhère toujours au tarse, mais il arrive bien souvent que le néoplasme lui-même adhère au tarse, et alors le diagnostic est difficile tant que les proportions de la tumeur ne sont pas considérables.

Quand le néoplasme se développe au lieu et place d'une bosse sanguine, ainsi que cela est arrivé dans les cas de Dubar, de Zehender et le nôtre, cette donnée étiologique est aussi d'une grande importance pour le diagnostic de l'affection.

Longtemps la peau reste mobile à la surface de la tumeur ; elle peut finir cependant par être envahie ; avant de s'infiltrer (fig. 167), elle s'amincit et laisse voir, par transparence, la nature mélanique du sarcome, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, présente souvent les caractères de la mélanose.

<sup>1</sup> GUILLEMET, *Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières.* Thèse, Paris, 1902.

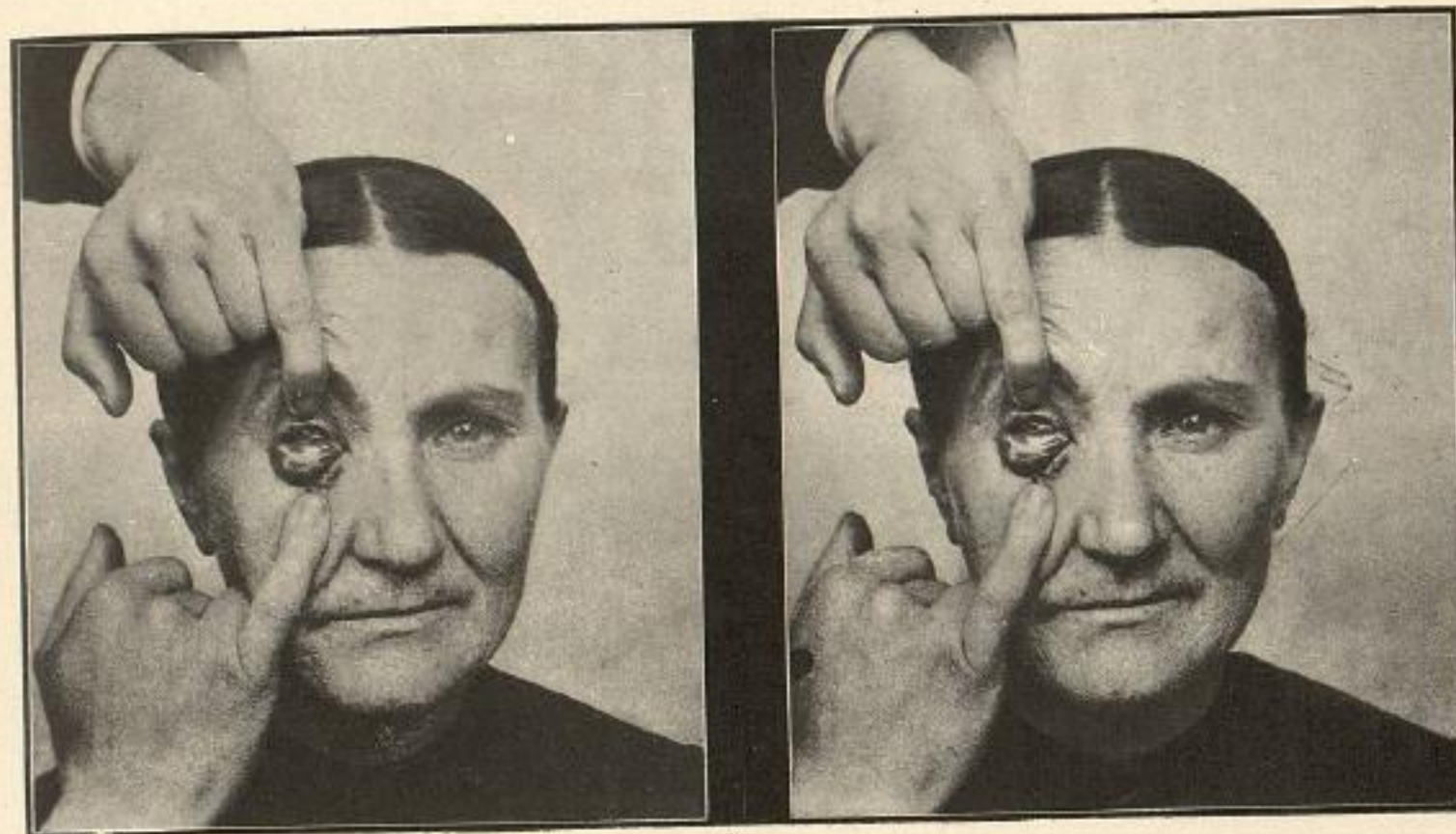


FIG. 1.



FIG. 2.



Le volume du néoplasme est d'ailleurs variable; c'est celui d'une noisette (Guibert), d'une noix (Forster, Fage, Lagrange), d'un petit œuf de poule (Eperon), d'une petite pomme (Lilienfeld), d'une orange (Capellini, Lagrange), du poing, d'une tête d'enfant (van Duyse).

C'est lorsque le volume devient ainsi très considérable que la peau surdistendue s'ulcère; au niveau de l'ulcération il s'établit un processus



FIG. 167. — Sarcome mélanique des deux paupières; adhérence de la peau et de la tumeur.

inflammatoire (pl. IX, fig. 1) dû à des infections microbiennes exogènes, et ces infections expliquent l'engorgement ganglionnaire qui apparaît assez souvent à cette période. Cet engorgement n'est pas dû, dans ce cas, à la généralisation de la tumeur: les ganglions sont rarement atteints par les éléments sarcomateux.

Les troubles fonctionnels consistent dans la gêne de la vision; les troubles subjectifs sont peu accusés; la douleur est nulle ou très modérée.

Après avoir envahi toute l'étendue de la paupière (pl. VIII, fig. 2), la tumeur atteint les parties voisines et on peut la voir gagner la face, la joue, la fosse temporale, l'autre paupière, l'orbite et les sinus voisins, et même la cavité crânienne. L'état général devient de plus en plus mauvais pendant



le développement du néoplasme, et le sujet succombe, soit à la cachexie, soit aux phénomènes cérébraux résultant de l'extension locale du mal.

B. — *Sarcome né dans la conjonctive palpébrale.*

Van Duyse et Fage ont remarqué que cette variété topographique du sarcome primitif des paupières avait une physionomie particulière, tenant

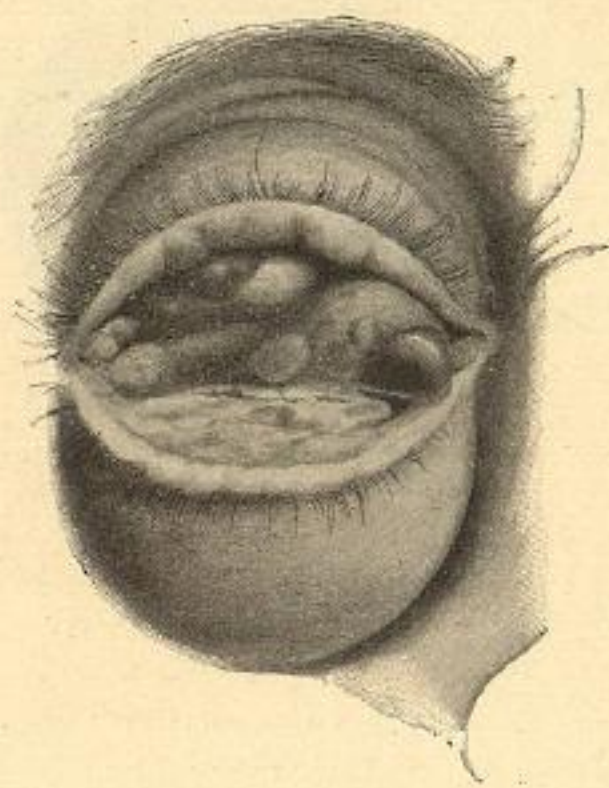


FIG. 168. — Sarcome mélanique des deux paupières, né dans la conjonctive; récédive après une première opération.

à sa tendance à se pédiculiser. Ce néoplasme se forme dans le tissu cellulaire, très serré, qui unit la conjonctive au cartilage tarse, et comme il ne peut se développer du côté de celui-ci, il soulève la muqueuse et fait une saillie très prononcée du côté de l'œil. La pression contre le globe oculaire le déforme, l'aplatit et le déplace plus ou moins. Le néoplasme, après avoir envahi les paupières, se propage à la conjonctive bulbaire, et, bientôt, l'œil est recouvert par la tumeur et comme enfoui au-dessous d'elle.

On sait, d'ailleurs, que le globe résiste longtemps aux atteintes du néoplasme.

Il en était ainsi pour le malade auquel se rapporte la figure 168; l'œil était intact et la cornée transparente sous l'énorme masse morbide.

La conjonctive, distendue d'abord, ulcérée ensuite, laisse voir le néoplasme avec la couleur noire qu'il présente fréquemment.

Le pédicule résulte du développement spécial que subit la tumeur sous



FIG. 169. — Sarcome mélanique de la paupière, né dans le cul-de-sac supérieur.

l'influence de la pression des paupières; il est d'habitude assez large; il était très net dans l'observation de Horner (mélano-sarcome, paroi cellulaire de la conjonctive tarsiennne), de Talko (sarcome palpébral fusocellulaire pigmenté), de Ceppi (tumeur palpébrale conjonctivale chez un enfant de 5 ans), de Chilsom (sarcome conjonctival palpébral à éléments cellulaires arrondis chez un enfant). Ce pédicule s'attache d'habitude au fond du cul-de-sac bulbo-palpébral (fig. 169).

Les troubles fonctionnels consistent en une gêne de la vision qui varie évidemment beaucoup selon le volume et le siège de la tumeur. Le larmoiement, l'hypersécrétion, l'œdème de la conjonctive sont des phénomènes irritatifs communs, sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister.



**Anatomie pathologique.** — Faire l'anatomie pathologique détaillée du sarcome palpébral est ici bien inutile. Ces sarcomes présentent d'abord les caractères de toutes les tumeurs de ce genre, plus quelques particularités; ce sont ces particularités que nous devons nous borner à faire ressortir.

Le sarcome palpébral peut être embryonnaire, c'est-à-dire composé de jeunes cellules rondes, en voie d'active prolifération; plus fréquemment il revêt la forme fasciculée; au microscope on y distingue des éléments fusiformes très nombreux, groupés en faisceaux; entre les faisceaux se trouvent des nids plus ou moins abondants de cellules embryonnaires.

Le sarcome de la paupière appartient quelquefois à la variété de l'angio-sarcome.

Nous avons noté cette particularité dans plusieurs cas, mais jamais avec autant de netteté que dans le cas suivant, sur lequel nous appelons l'attention.

**Obs. — Angio-sarcome mélanique de la paupière.** — La tumeur qui nous est adressée par le docteur Guilbert, de la Roche-sur-Yon, a été enlevée chez une femme de 72 ans; elle a la forme et le volume d'une petite amande; sa surface est relativement lisse, et son extirpation paraît avoir été faite au milieu des tissus de la paupière, en quelque sorte par décortication. Il n'y a à son niveau, ni lambeau de peau, ni muqueuse.

Cette tumeur a un aspect noirâtre, un peu moins foncé que le sont quelquefois les tumeurs mélaniques, mais il paraît cependant bien certain, à première vue, qu'il s'agit de cette dernière variété de néoplasme. L'examen macroscopique, fait à la loupe après la coupe du néoplasme en deux parties égales, ne permet de reconnaître aucun des éléments normaux de la paupière, on ne distingue aucun vestige du cartilage tarse.

Durci dans les alcools successifs et monté dans la paraffine, cette tumeur nous donne des préparations très caractéristiques d'un angio-sarcome. La figure 170 représente, en un point choisi, les formations angio-sarcomateuses classiques, mais il ne faudrait pas croire que la partie dessinée représente un des rares points typiques de nos coupes; toutes les préparations qui ont été faites sur des fragments divers, pris en des points différents, fourmillent de lésions de ce genre, si bien que pour la représentation figurée nous n'avons que l'embarras du choix.

Il s'agit donc d'un angio-sarcome typique. Après cette constatation, deux particularités seulement retiendront notre attention :

1° Les formations angio-sarcomateuses sont parmi les plus évidentes que nous ayons rencontrées dans les néoplasmes orbitaires et palpébraux. La paroi vasculaire, dégénérée en totalité, et les cellules morbides restent encore contenues entre l'espace endo-

thélial et la gaine périthéliale externe; si bien que la lumière centrale du vaisseau persiste encore et que son contour est encore nettement dessiné, ainsi qu'on le voit sur la figure 170; les vaisseaux dégénérés se présentent ainsi sous forme de tubes étroits, à parois très épaisses.

Dans ces parois les cellules sarcomateuses ne présentent rien de particulier à signaler, si ce n'est la disposition rayonnée qu'elles affectent par rapport à la lumière du vaisseau.

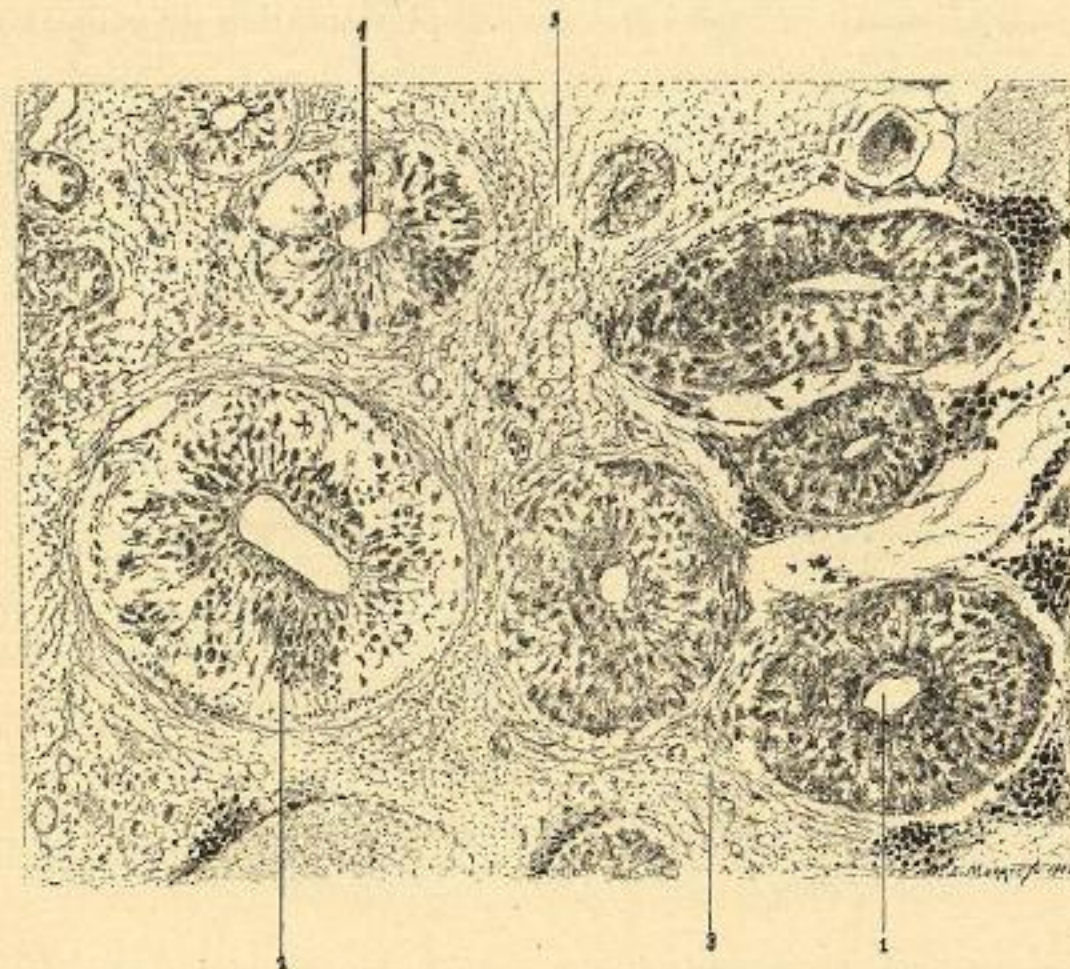


FIG. 170. — Angiosarcome mélanique de la paupière.

1, lumière centrale du vaisseau; 2, cellules sarcomateuses de la paroi vasculaire;  
3, tissu conjonctif intervasculaire.

Elles sont en voie de prolifération rapide et montrent toutes les modifications ordinairement constatées dans les cellules en pareil cas.

2° Le pigment mélanique est rare; il est certainement la conséquence des hémorragies interstitielles assez nombreuses qu'on trouve dans le néoplasme.

Le pigment n'existe pas dans les cellules sarcomateuses qui forment les tubes épais dont nous venons de parler, c'est-à-dire dans les parois des vaisseaux; il est accumulé en certains points, assez nombreux, presque tous rapprochés d'une vieille hémorragie. Il ne s'agit vraisemblablement pas de pigment autochtone, mais de pigment hématique. Le volume variable des grains pigmentaires, leurs formes arrondies, la présence de nombreux gros agrégats de matière mélanique, la rareté des grains pigmentaires intra-cellulaires, permettent encore d'affirmer l'origine sanguine du pigment de ce néoplasme.