

On a encore rencontré quelquefois dans la paupière le sarcome muqueux, c'est-à-dire celui dans lequel se produit une dégénérescence des cellules, aboutissant à la formation de cavités remplies d'une matière gélatiniforme. Souvent, dans cette variété de tumeurs, les vaisseaux mal soutenus se rompent, et il se produit des hémorragies interstitielles très abondantes, jouant un grand rôle dans la pigmentation du néoplasme.

On sait combien d'obscurités existent encore dans la question de l'origine du pigment ; il est tantôt le résultat de la transformation du pig-



FIG. 171. — Sarcome mélanique de la paupière. Disposition du pigment autour des vaisseaux.

ment sanguin, tantôt le produit d'une formation cellulaire spéciale. On trouve dans le sarcome de la paupière l'une et l'autre variétés ; le pigment hématique et le pigment autochtone s'y rencontrent ensemble ou isolément. Il est certain cependant que la première variété tient la plus grande place dans l'évolution du sarcome mélanique ; nous avons souvent, sur nos préparations, obtenu les réactions sidériques (fig. 176) et d'autre part bien souvent aussi la disposition du pigment était celle que représente la figure 171, qui provient de la tumeur représentée sur la figure 168. On y voit le pigment massé surtout autour des vaisseaux, dont quelques-uns sont complètement entourés par les granulations noires.

Sans insister ici plus longuement qu'il ne convient sur la variété mélanique des sarcomes palpébraux que nous étudions, nous dirons que cette

variété mélanique est commune et mérite de nous arrêter ; nous avons vu, dans un cas personnel, le pigment se présenter sous trois aspects différents : 1° sous forme d'amas noirâtres extra-cellulaires, formés par la réunion de granulations reliées par un pigment inattaqué par les réactifs acides. Ces amas sont d'un volume très irrégulier : quelques-uns gros comme les globules du sang, les autres beaucoup plus petits. Tous sont arrondis ; aucun n'a l'aspect anguleux d'un élément cristallisé ; on y trouve parfois une zone claire périphérique qui tient à un dépôt de substance albuminoïde ; 2° sous forme de cellules bourrées de pigment, entièrement noires. La mélanine se dépose dans le protoplasma, d'abord autour du noyau, puis dans toute la cellule, et le noyau lui-même s'infiltré de pigment ; 3° sous forme de granulations fines, grises ou noires, arrondies, réfringentes, contenues dans le protoplasma cellulaire ou dans l'intervalle des cellules.

Par le raclage, ces tumeurs mettent en liberté un grand nombre de granules mélaniques affectés de mouvement brownien (Ranvier).

Nous avons plusieurs fois étudié avec soin la structure du sarcome mélanique palpébral ; outre les observations citées plus haut, intéressantes au point de vue étiologique, nous reproduisons ici deux autres observations vraiment instructives ; la première appartient à Guibert, qui nous en a confié l'examen histologique, l'autre nous est personnelle.

OBS. DE GUIBERT. — Rouf. P..., 48 ans, de Saint-Vincent-Sterlanges, journalier, s'est fait, à l'âge de 40 mois, une brûlure à la joue gauche ; la paupière supérieure, la tempe et la paupière inférieure sont recouvertes actuellement de tissu cicatriciel. La paupière supérieure, fortement en ectropion, offre un énorme bourrelet conjonctival.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, le malade a vu de l'œil gauche, un peu moins clair toutefois que de l'œil droit. A cette époque, en s'amusant en classe avec un camarade, il reçut un coup d'ongle sur la cornée ; il se forma une taie à la suite et, à partir de cette date, l'œil gauche n'a plus rien distingué.

Il y a un an, le malade a remarqué sur la partie brûlée de la paupière inférieure une petite « grosseur dure, siégeant sur le rebord palpébral ». Elle s'est accrue considérablement depuis le mois de janvier, c'est-à-dire depuis huit mois. L'œil était larmoyant, mais à aucun moment il ne s'est produit d'hémorragie au niveau du néoplasme. Pas de douleurs au début, et ce n'est que depuis trois mois que la souffrance, qui n'a fait qu'augmenter chaque jour, est devenue intolérable. Elle consiste surtout en élan-cements du côté du nez et en fourmillements dans la paupière. Il n'existe pas de céphalée, et le malade répète toujours que la seule douleur qu'il éprouve est celle qu'il ressent au niveau de la base du nez, surtout à gauche. Pas de ganglion préauriculaire,

Les amas pigmentaires sont d'un volume très inégal ; quelques-uns sont toutefois gros comme les globules du sang ; les autres sont beaucoup plus petits ; tous ont une forme arrondie, aucun n'a l'aspect angulaire d'un élément cristallisé.

Il n'y a pas d'hémorragies dans cette tumeur, dont la vascularisation est médiocre, et il est très intéressant de constater que le pigment est placé dans la partie où les vaisseaux sont le moins abondants (fig. 172). Nous nous sommes d'abord préoccupé de savoir si ces éléments mélaniques résistaient à l'action des acides. Ils ne sont nullement attaqués par l'acide sulfurique pur, dans lequel ils ont baigné sur lame pendant 24 heures. L'acide chlorhydrique, comme l'acide sulfurique, a détruit le tissu du néoplasme, mais non le pigment.

Sur ce pigment nous avons fait la réaction de Perls, c'est-à-dire qu'en présence et après l'action de l'acide chlorhydrique, nous avons traité les coupes par le ferro-cyanure jaune de potassium. Le contact de ce liquide, prolongé pendant 24 heures, n'a pas décelé la présence de ferro-cyanure de fer et de potassium. Nulle coloration bleue n'en est résultée.

Il faut en conclure que les éléments mélaniques de ce néoplasme ne contiennent pas de fer. Ils se comportent, en présence des réactifs de Perls, comme le pigment normal sur la choroïde. Pour contrôler nos résultats nous avons parallèlement traité un fragment de cette membrane détaché d'un œil sain, et le pigment normal n'a pas non plus donné la réaction de Perls.

Toutes les tumeurs mélaniques ne se comportent pas ainsi ; il en est, parmi les tumeurs vraiment dignes de ce nom, c'est-à-dire parmi celles dont le pigment résiste à l'action prolongée de l'acide sulfurique pur, il en est, disons-nous, qui donnent la coloration bleue par la réaction de Perls, c'est-à-dire dont le pigment contient du fer. Nous en avons un exemple très typique sous les yeux, ce qui nous a permis de comparer le mode différent de réaction du pigment selon les cas.

Ajoutons que lorsqu'on traite par le ferro-cyanure jaune de potassium une coupe de tumeur mélanique (sous l'influence de l'acide chlorhydrique), on peut être certain que la réaction ne se produit pas sous l'influence et à cause des éléments sanguins, contenus dans les préparations. Ceci est déjà indiqué par tous les auteurs, et par Perls en particulier, et nous en avons fait nous-même la preuve en traitant des coupes contenant de nombreux vaisseaux gorgés de sang par l'HCl et le ferro-cyanure jaune de potassium sans obtenir la réaction bleue caractéristique.

De tout ceci il résulte donc que la tumeur que nous avons examinée peut être à bon droit considérée comme contenant la variété de pigment qui, d'après Fuchs, Vossius, Oppenheimer, est directement fabriquée par les tissus et dont l'origine ne serait nullement hématique.

Cette variété de mélanose est, croyons-nous, la plus grave et doit faire craindre une récurrence. A ce point de vue, il importe cependant de remarquer qu'une faible partie seulement de la tumeur est pigmentée. Les trois quarts environ sont dépourvus de toute substance mélanique, cette substance étant localisée au centre même du néoplasme.

En résumé, le diagnostic histologique est le suivant : sarcome mélanique de la paupière, constitué par un mélange de cellules fusiformes et embryonnaires, contenant un pigment analogue au pigment choroïdien, ne paraissant pas d'origine hématique.

Obs. (personnelle). — M. C..., 52 ans, domestique, entre, le 7 mars 1900, à l'hôpital Saint-André, pour une volumineuse tumeur de la paupière supérieure de l'œil gauche.

Les antécédents ne présentent rien de particulier ; nous ne trouvons aucune diathèse ; l'affection s'est développée spontanément, sans aucun traumatisme occasionnel ; son début remonte au printemps 1899. Elle a remarqué, à la même époque, une petite masse noirâtre sur la conjonctive bulbaire et une augmentation de volume de la paupière, qui devint, en quelques mois, très épaisse, et commença à saigner, il y a environ deux mois.

Depuis le mois de juillet 1900, il s'écoule constamment et abondamment une saignée roussâtre et purulente.



FIG. 173. — Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale propagé à la conjonctive bulbaire.

Le 17 mars, au moment de notre premier examen, nous constatons que tout le cul-de-sac supérieur de la conjonctive est envahi par un néoplasme bourgeonnant, d'un aspect sanieux, noirâtre ; ce néoplasme se propage sur la conjonctive bulbaire, au-dessus de la cornée, et là, au niveau du limbe, un bourgeon plus volumineux que les autres s'est développé et recouvre la cornée, de façon que l'œil a complètement perdu ses fonctions (fig. 173).

La peau de la paupière glisse facilement au-dessus du néoplasme, qui occupe surtout la conjonctive et la région sous-conjonctivale. Il n'y a aucune douleur. La malade est amaigrie et d'un état général médiocre, sans présenter cependant l'aspect cachectique. Les ganglions lymphatiques ne sont pas injectés.

On propose une intervention chirurgicale qui est refusée.

Le 14 août 1900, la malade revient à l'hôpital avec une tumeur beaucoup plus volumineuse et qui, depuis 4 mois, n'a cessé de donner lieu à un abondant écoulement sanieux et purulent. Cette tumeur, grosse comme une orange, respecte encore complètement

la peau, qu'on peut faire aisément glisser à sa surface (fig. 173); elle remplit tout le cul-de-sac supérieur, si bien qu'il est impossible de retourner la paupière; l'œil est immobilisé, dans son excursion en haut, par la masse du néoplasme; la cornée est toujours recouverte par un gros bourgeon ayant pris racine dans la conjonctive du limbe.

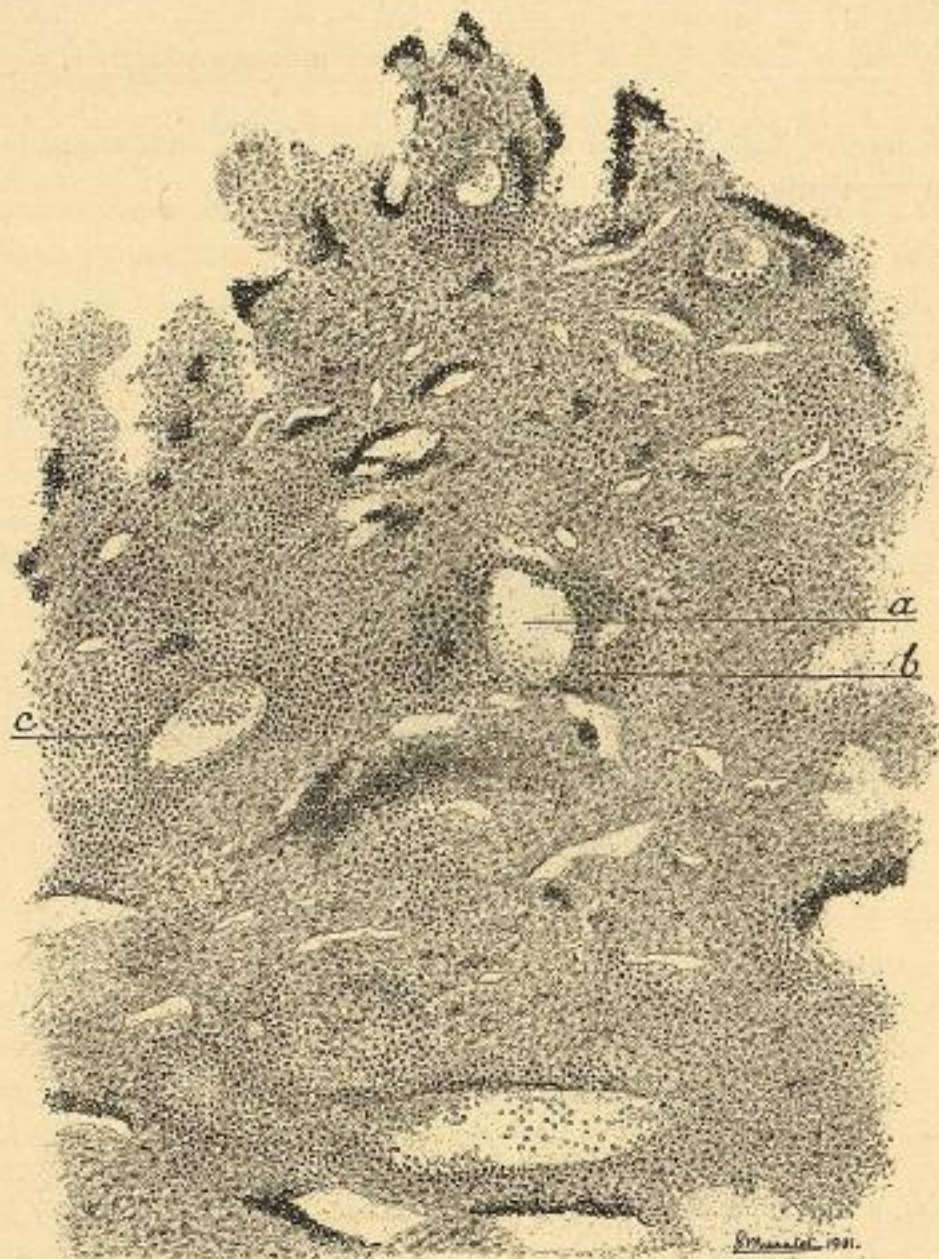


FIG. 174. — Sarcome mélanique de la paupière. Angio-sarcome.
a, lumière du vaisseau; — b, c, parois vasculaires dégénérées.

Nous proposons à la malade l'ablation de la paupière supérieure et l'exentération complète de l'orbite, que nous pratiquons le 17 août 1900.

Les suites immédiates de cette opération ont été heureuses, mais, six mois après, il se produisit une récidive dans l'orbite.

L'examen histologique de la pièce a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique, intéressant au point de vue de sa structure et de son mode de pigmentation.

Sans donner ici une description histologique trop longue, et en n'indiquant que les

détails essentiels, nous dirons que l'étude de la pièce anatomique a été faite au niveau de la tumeur épibulbaire recouvrant la cornée et au niveau de la paupière.

Dans ces deux parties, il s'agit, non d'un épithélioma, ainsi que l'aspect de la tumeur, les désordres conjonctivaux, son ulcération hâtive, permettaient de le supposer, mais d'un sarcome, et notamment d'un angio-sarcome (fig. 174 et 175).

Nous avons pu constater de très intéressants désordres dans les parois mêmes des vaisseaux, et il nous a été possible de saisir, en quelque sorte, le mécanisme des hémorragies, en étudiant l'effondrement des parois vasculaires sous l'influence de la dégénérescence sarcomateuse des vaisseaux.

Avec une pareille altération vasculaire, on comprend que les hémorragies interstitielles soient nombreuses et abondantes. C'est par ces hémorragies que, dans ce cas s'explique la pigmentation du sarcome.

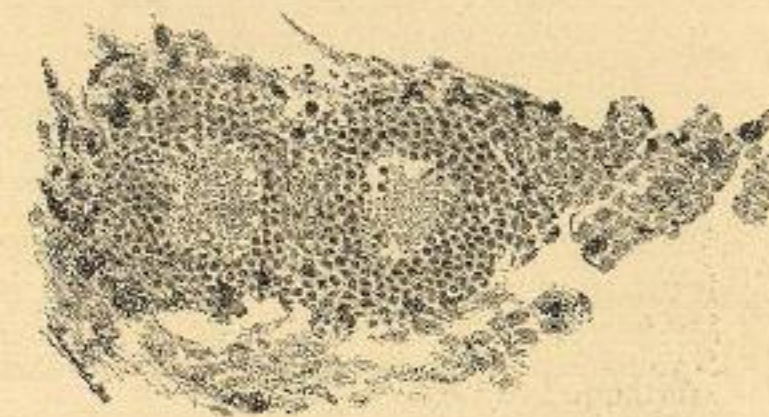


FIG. 175. — Angio-sarcome de la paupière. Détails de la paroi de deux vaisseaux (gross., 550).

Au sujet de l'origine du pigment dans les néoplasmes, on sait que l'accord est loin d'être fait, et il n'est pas téméraire d'affirmer que l'obscurité de cette question égale encore son importance.

Langhans et Birnbacher donnent au pigment une origine purement hématique.

Vossius partage cette opinion, mais remarque qu'à côté de ce pigment, d'origine hématique, existe un pigment diffus, brun chocolat, que n'influencent pas les réactifs de Perls et de Quincke.

Enfin, Virchow, Recklinghausen, Valdeyer, Fuchs croient à la formation métabolique du pigment, c'est-à-dire à sa formation aux dépens des matériaux albuminoïdes de la cellule.

Nous n'insisterons pas ici sur le détail de ces opinions, que nous avons exposée, déjà (V. t. I, *Tumeurs de l'œil*, p. 331); nous dirons simplement qu'en sommes dans les sarcomes mélaniques de la conjonctive, on peut agiter trois hypothèses: 1° le pigment provient des globules rouges extravasés; 2° le pigment est autochtone, se forme par la transformation des matériaux albuminoïdes de la cellule; 3° le pigment dérive des cellules pigmentées normales ou aberrantes préexistant dans la région.

Il paraît très facile, au premier abord, de reconnaître à quelle catégorie des tumeurs mélaniques on a affaire; il semble que les réactions hémossidériques de Perls et de Quincke peuvent établir d'emblée l'origine hématique du pigment; il n'en est rien,

parce qu'il est prouvé que, lorsque le pigment hématique est ancien, il ne donne plus lieu à ces réactions sidériques. Il en est de même de la réaction de Robin par l'acide sulfurique ; cette réaction permet de différencier les vieilles hémorragies de la pigmentation elle-même ; mais quand le pigment s'est développé par l'action que les cellules sarcomateuses exercent autour d'elles sur les globules extravasés, lorsque ces globules ont été transformés, digérés par l'action cellulaire, le réactif de Robin se trouve en face d'un vrai pigment et ne l'attaque pas.

Dans le cas que nous avons étudié, le pigment nous a paru présenter une double origine ; son origine hématique résulte des réactions hémoxidériques partielles que

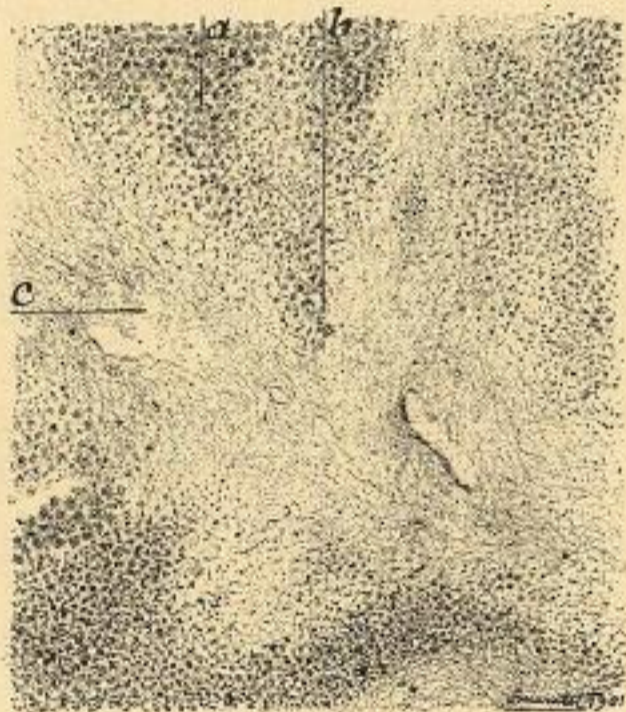


FIG. 176. — Sarcome mélanique de la paupière. Disposition du pigment.
a, b, amas de pigment se colorant en bleu sous l'action du ferro-cyanure ; — c, vaisseaux contenant du pigment.

nous avons obtenues en quelques points (fig. 176) ; elle résulte aussi du rôle joué par les hémorragies interstitielles ; nous avons pu saisir le passage des débris de globules dans l'intérieur des cellules sarcomateuses, nous avons même pu voir des globules entiers pénétrer dans le corps de grosses cellules sarcomateuses.

Mais, dans le cas actuel, la majeure partie du pigment est probablement autochtone ; nous en trouvons la preuve dans son abondance loin des orifices vasculaires et dans des endroits où il n'y a pas eu d'hémorragies. Notre cas serait donc un exemple de sarcome renfermant du pigment hématique et du pigment d'origine autochtone.

La gravité de cette tumeur, qui a assez promptement récidivé, s'explique donc aussi bien par sa nature mélanique que par sa structure sarcomateuse. Au point de vue clinique, elle n'est qu'un cas ordinaire et banal de tumeur mélanique ; au point de vue histologique, elle est remarquable par la coexistence des deux espèces de pigment.

C'est en étudiant la mélanose des tumeurs palpébrales que nous

sommes arrivé à isoler le pigment mélanique à l'aide d'un procédé particulier, qui mérite d'être ici reproduit, car il permet de différencier, d'une façon très certaine, le vrai pigment du faux pigment ; nous ne disons pas d'isoler le pigment vrai du pigment d'origine hématique, car le vrai pigment est peut-être toujours d'origine hématique, mais, par notre procédé, on distingue le pigment mélanique des débris des anciennes hémorragies qu'on rencontre souvent dans les néoplasmes et particulièrement dans les néoplasmes palpébraux.

En outre, ce procédé permet d'étudier très complètement la morphologie des granulations pigmentaires.

On sait qu'en traitant une coupe par l'acide sulfurique (Robin) le tissu sarcomateux se recroqueville, se raccornit et qu'au milieu de cette masse informe se détache le pigment vrai.

Toutefois ce n'est pas encore là une préparation parfaite de mélanine ; par la réaction seule de l'acide sulfurique pur (réactif de Robin), nous n'avons pu faire disparaître complètement la masse sarcomateuse ; elle a été désorganisée, les éléments cellulaires ont toujours été détruits, mais toujours aussi il est resté un magma informe, masquant plus ou moins les éléments mélaniques inattaquables par l'acide.

L'acide azotique a détruit, un peu plus complètement que l'acide sulfurique, les éléments néoplasiques, et nous ne voyons pas, d'une façon précise, en quoi ce premier réactif est inférieur au second pour la recherche du pigment mélanique ; mais ni l'un, ni l'autre, n'ont complètement détruit les cellules du sarcome, il est toujours resté un résidu blanchâtre dans lequel les particules noires du pigment se trouvent comme engluées.

Pour obtenir une préparation pure et propre de mélanine, nous avons eu recours avec succès au procédé suivant :

Après avoir traité une large coupe, bien pigmentée, par l'acide sulfurique pur, nous avons placé cette coupe, imbibée par le réactif, pendant vingt-quatre heures dans la chambre humide ; le tissu néoplasique s'est en quelque sorte liquéfié ; nous avons ajouté de la glycérine neutre, puis luté selon les procédés ordinaires. Deux jours après il n'apparaissait dans la préparation rien autre chose que le pigment préexistant dans la coupe.

Nous avons obtenu ainsi une préparation de mélanine, visible dans tous ses détails morphologiques et se présentant sous trois aspects principaux : 1° des amas noirâtres manifestement formés par la réunion d'une série de granulations séparées par des intervalles inégaux, reliées entre elles par un ciment transparent inattaqué par le réactif acide : ces amas sont probablement les vestiges des cellules gorgées de mélanine, entièrement noires sur les coupes colorées au carmin ; 2° de fines granulations disséminées, très nombreuses et arrondies ; 3° de petits corpuscules irréguliers, anguleux, très variables dans leur forme et dans leur volume.

Cette étude anatomique permet de tirer une première conclusion : c'est que la matière mélanique est la même dans une tumeur d'origine choroïdienne et dans une tumeur développée dans le tissu cellulaire palpébral ; elle nous conduit, en second lieu, à faire connaître un procédé facile et pratique à l'aide duquel on peut isoler la mélanine contenue dans les néoplasmes pigmentés.

Parmi les cas de sarcome mélanique étudiés par les auteurs (V. tableau), nous citerons particulièrement ceux de Richet et de Gallenga.

Dans le *Mouvement médical* (15 février 1879, p. 77) Richet mentionne en quelques mots, trop succinctement peut-être, un cas de sarcome fasciculé ayant pour point de départ la conjonctive palpébrale, avec une apparence mélanique évidente. Les ganglions parotidiens ne semblaient pas envahis ; néanmoins ils furent enlevés et soumis à un examen dont le résultat n'est pas signalé. En rapportant ce cas, le professeur de l'Hôtel-Dieu fait ressortir la malignité d'une semblable lésion.

Le fait de Gallenga est beaucoup plus longuement rapporté par cet auteur, dont la description est reproduite dans les *Annales d'ophtalmologie* de 1885.

Obs. — Il s'agit d'un malade dont l'affection avait débuté par une petite tumeur noire, pédiculée, au milieu du bord ciliaire de la paupière supérieure droite. Cette tumeur fut enlevée par la ligature ; mais, un mois et demi après, il y eut récurrence dans l'épaisseur même de la paupière. Quinze mois après son début, cette seconde tumeur avait le volume d'une noisette.

La peau était mobile sur le néoplasme, et celui-ci proéminait sous la conjonctive. Trois bosselures étaient reconnaissables dans la région du bord ciliaire.

La tumeur, extirpée complètement, présentait 20 millimètres de largeur, 18 de hauteur et 16 d'épaisseur. La surface de section était très noire.

L'examen microscopique montra, dans la peau et le muscle orbiculaire correspondant à la partie inférieure de la tumeur, une infiltration de cellules conjonctives jeunes. La tumeur est enveloppée en avant, en haut et en bas, par une capsule de tissu conjonctif, à fibres serrées et entremêlées de cellules conjonctives. Dans cette capsule on remarque d'assez gros vaisseaux, gorgés de sang.

À côté de la tumeur principale existent deux noyaux secondaires ; l'un est beaucoup moins riche en vaisseaux que la masse principale de la tumeur ; l'autre ne présente que quelques petits amas de pigment, émigrés, dit Gallenga, de la tumeur principale. Un tissu conjonctif lâche, infiltré d'éléments cellulaires jeunes, entoure ce noyau, qui confine aux *infundibuli* des glandes du bord palpébral et au conduit lacrymal resté intact.

La grosse tumeur est formée de cellules rondes, petites et grandes, mais surtout de cellules fusiformes. Le pigment est disposé, tantôt en amas ronds, tantôt en granulations occupant l'intérieur même des cellules. Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu connectif à mailles fines et minces, devenant plus épais à proximité des vaisseaux. Les cellules rondes ont de 8 à 10 μ et deux ou plusieurs noyaux ; d'autres, plus grandes, de 18, 23 et 30 μ , ont un plus grand nombre de noyaux, de 5 à 6 μ . Les cellules fusiformes, très abondantes, ont aussi plusieurs noyaux. Ces noyaux, ainsi qu'il arrive souvent dans les sarcomes pigmentés, sont dépourvus de mélanine.

Les cellules sont tassées les unes contre les autres ; en quelques endroits seulement on aperçoit le stroma. Les vaisseaux abondent, mais il n'y a nulle part d'extravasation.

Le nodule pigmenté du bord ciliaire est entouré d'une coque, et le deuxième nodule sous-conjonctival est également entouré d'une capsule ; cette dernière petite tumeur dépend de la masse principale, la première en paraît au contraire indépendante. Le cartilage tarse a été complètement détruit ; Gallenga le considère comme le siège primitif du mal.

Il y a, entre le fait de Gallenga et le nôtre, quelques différences et beaucoup d'analogies.

Les différences portent sur l'origine, la disposition en noyaux séparés et l'étiologie.

L'un des sarcomes, dont nous avons rapporté l'histoire (p. 675), constituait une tumeur unique, encapsulée comme dans le fait précédent, mais également distincte du tarse, de la conjonctive et de la peau. Son origine était dans le tissu cellulaire lâche de la paupière, et non dans le cartilage. De plus il a eu évidemment, comme cause occasionnelle, un traumatisme, fait majeur qui domine son étiologie.

Il y a, par contre, une grande similitude entre les détails histologiques signalés par Gallenga et ceux de notre première observation personnelle. Dans les deux cas il y avait, près de la tumeur, d'assez nombreux vaisseaux gorgés de sang ; le pigment intra-cellulaire, les cellules rondes et fusiformes présentaient les mêmes dispositions.

La seule différence anatomique porte sur le nombre des cellules fusiformes, un peu plus grand peut-être dans notre fait que dans celui de Gallenga.

Van Duyse, Capellini, Kastalkaia, etc., ont rapporté des cas analogues.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs malignes de la paupière n'est difficile qu'au début; à la première période, en effet, on peut confondre un sarcome avec un chalazion, mais l'hésitation ne sera pas de longue durée pour un clinicien exercé. L'augmentation de volume du néoplasme, sa consistance, ses rapports avec la peau montreront vite qu'il ne s'agit pas d'un chalazion. (V. chap. V : « Diagnostic des tumeurs des paupières ».)

Plus tard, quand la tumeur de la paupière revêt, par sa marche, un caractère évident de malignité, on peut confondre le sarcome avec l'épithélioma meibomien et même l'épithélioma cutané. Il peut même arriver qu'un épithélioma tubulé, né dans la conjonctive, entraîne, en envoyant ses colonies épithéliales dans l'épaisseur de la paupière, la formation d'un volumineux néoplasme qui en impose pour un sarcome intra-palpébral.

Le lecteur en trouvera plus loin une observation personnelle que nous avons communiquée à la Société de chirurgie; mais ce sont là des faits bien rares et, en pratique, le diagnostic sera toujours facile; le seul écueil consiste à prendre un sarcome au début pour une adénite meibomienne, c'est-à-dire un chalazion, et à faire une opération incomplète. L'étude que nous faisons plus loin du chalazion donnera toutes les indications utiles pour éviter cette erreur de diagnostic. Rappelons ici que la méthode glycogénique de Brault est applicable en pareil cas et permettra de différencier une tumeur maligne d'un chalazion qui est, par essence, une tumeur bénigne.

Le pronostic du sarcome des paupières est malin et justifie une thérapeutique active, consistant dans l'extirpation très large du néoplasme, selon les règles chirurgicales qui concernent le traitement du cancer; après l'extirpation, la perte de substance sera comblée par une blépharoplastie appropriée, selon les principes ordinaires de cette opération, qu'il nous paraît inutile de détailler ici.

AUTEURS ET INDICATIONS bibliographiques	SEXE, AGE PAUPIÈRE malade	ÉTUDE CLINIQUE	ÉTUDE HISTOLOGIQUE	TERMINAISON
Lilienfeld. <i>Klin. Monatsbl. f. Aug.</i> , 1875-1876.	F. 16 ans. P. S. D.	Tumeur à développement rapide, de la grosseur d'une petite pomme, tombant à mi-hauteur de la joue. Ablation. 6 jours plus tard récurrence locale. Excision.	Sarcome très vascularisé, dans lequel les cellules fusiformes dominent, et ayant son point de départ dans la peau.	Mort par envahissement de la parotide et des ganglions sous-maxillaires.
Proult et Bull. <i>Arch. f. Augenh.</i> , t. VIII, 1879.	F. 18 ans. P. I.	Tumeur localisée au côté externe de la paupière inférieure, occupant la conjonctive et le tarse, s'étendant du bord palpébral au fornix et, en dehors, au delà de la commissure.	Sarcome à cellules rondes et fusiformes, non pigmentées, avec dégénérescence amyloïde.
Richet. <i>Mouvement médical</i> , 15 février 1879.	Tumeur d'apparence noirâtre en certains points et ayant pris naissance dans la conjonctive palpébrale. Les ganglions parotidiens sont peut-être envahis.	Sarcome mélanique fasciculé.
Dr Ceppi. <i>Soc. anal. de Paris</i> , nov. 1880. <i>Ann. d'ocul.</i> , t. LXXXV, p. 271.	Enfant 5 ans 1/2 P. I. G.	Tumeur composée de 2 à 3 lobes assez distincts, du volume d'une noisette, d'apparence charnue, rouge et très vascularisée dans la plus grande partie de sa surface, de consistance ferme et élastique. Elle fait corps avec la conjonctive, recouverte par elle. Opération; Récidive 2 mois après. Enucléation. Récidive rapide. La tumeur, de la grosseur d'une pomme, s'étendait du nez à l'oreille.	Sarcome à cellules rondes ou sarcome encéphaloïde. Par places, se rencontraient les caractères du sarcome fasciculé.	Mort dix mois après la première opération, après deux récurrences.
Chisolm. <i>Ann. d'ocul.</i> , 1881 t. LXXXV, p. 270.	F. 5 ans. P. S. G.	Tumeur arrondie, lisse, sans coloration spéciale, siégeant plutôt sous que dans la paupière. Elle était insérée sur la muqueuse, dans le cul-de-sac conjonctival, au moyen d'un court pédicule. Développement rapide. Opération. Récidive rapide ayant amené perforation de la cornée.	Sarcome à petites cellules arrondies.	Récidive.
Blanch. <i>Rec. d'opht.</i> , octobre 1882.	F. 56 ans. P. S. D.	Tumeur placée sur la conjonctive palpébrale, grosse comme une fève, irrégulière à sa surface et pigmentée. Enucléation de la tumeur.	Sarcome globocellulaire mélanique, ayant pris naissance dans la conjonctive palpébrale et ayant intéressé un peu le tarse.	Pas de récurrence deux mois après l'opération.
Éperon. <i>Arch. d'opht.</i> , mai-juin 1883.	F. 32 ans. P. I. G.	Tumeur à développement assez rapide et du volume d'un petit œuf de poule, occupant la partie interne de la pau-	Sarcome globocellulaire non pigmenté, né aux dépens du tissu conjonctif des muscles	Pas de récurrence quatre mois après l'opération.

AUTEURS ET INDICATIONS bibliographiques	SEXE, AGE PAUPIÈRE malade	ÉTUDE CLINIQUE	ÉTUDE HISTOLOGIQUE	TERMINAISON
Gallenga. <i>Gaz. delle clin.</i> , 1884.	F. P. S. D.	pière inférieure et la région du sac lacrymal. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ablation. Autoplastie. Tumeur noirâtre ayant débuté au milieu du bord ciliaire. Coupée à l'aide d'un fil, elle récidive et acquiert le volume d'une noisette entourée de petits noyaux annexes.	qui recouvrent la région de l'angle interne. Dégénérescence hyaline périsvasculaire faible. Sarcome pigmenté à cellules rondes et fusiformes, né dans le tarse et ayant, dans le bas de la tumeur, envahi l'orbiculaire et la peau.	
Forster. Rapportée par VAN DUYSE. <i>Ann. d'ocul.</i> , 1887.	H. 32 ans. P. S. D.	Tumeur de la grosseur d'une noix, recouverte en avant par la peau normale, en arrière par la conjonctive palpébrale gonflée, mais mobile sur elle. La tumeur est bosselée en avant, unie en arrière.	Sarcome fuso-cellulaire avec aspect myxomateux. Quelques coupes de tubes glandulaires déformés.	
Van Duyse. <i>Ann. d'ocul.</i> , 1887.	P. S.	Pièce de la collection anatomo-pathologique de l'œil de l'Institut anatomique de Berlin (n° 182, o). Volume = 2 ^{es} . 5 de diamètre. Tumeur sphérique, non lobulée, pédiculée.	Sarcome pigmenté.	
Van Duyse. <i>Ann. d'ocul.</i> , sept.-oct. 1887.	H. 48 ans. P. I. G.	Tumeur de la grosseur d'un haricot, occupant la muqueuse de la paupière inférieure, de manière à être en partie visible lorsque les paupières sont ouvertes. Extirpation de la tumeur, qui ne paraît pas intéresser les tissus sous-jacents.	Sarcome fuso-cellulaire mélanique.	Récidive au bout de 7 mois.
Van Duyse. <i>Ann. d'ocul.</i> , sept.-oct. 1887 et mai-juin 1889.	F. 7 ans. P. S. G.	Tumeur apparue à la suite d'un coup, ayant acquis en quelques semaines le volume du poing; enlevée en juillet 1887, en conservant la peau et la conjonctive. Récidive en octobre. Ablation de la paupière jusqu'au-dessus du sourcil. 2 ^e récidive. En février 1888, évidemment de la cavité orbitaire. La tumeur ne tarda pas à remplir de nouveau cette cavité. Le décès eut lieu en août 1888.	Myxosarcome, né dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le tarse de l'orbiculaire. La tumeur refoule devant elle le muscle et la peau, d'une part; de l'autre, elle refoule la conjonctive et le tarse dans sa partie inférieure, le septum orbitaire dans sa partie supérieure, en englobant les expansions du tendon du releveur de la paupière. Pas de pigmentation.	Mort un an environ après l'apparition du néoplasme qui avait récidivé trois fois sur place.
Zehender. 1872-1873. Rapportée par VAN DUYSE, <i>Annales d'ocul.</i> , 1887.	Garçon 6 ans. P. S. D.	Tumeur survenue à la suite d'un coup sur la région orbitaire et ayant rapidement augmenté de volume. Aspect kystique. Incision, puis, quelque temps après, ablation	Probablement sarcome parvicellulaire.	Mort peu de temps après l'extirpation.

AUTEURS ET INDICATIONS bibliographiques	SEXE, AGE PAUPIÈRE malade	ÉTUDE CLINIQUE	ÉTUDE HISTOLOGIQUE	TERMINAISON
Lagrange. <i>Soc. française d'ophl.</i> , 1891. Fromaget et Cabannes. <i>Soc. d'ophl. de Bordeaux</i> , 1894.	H. 70 ans. P. S. G.	de la tumeur. Récidive rapide. Exentération. Tumeur noirâtre, du volume d'un pois, faisant saillie sous la paupière supérieure gauche. Pas d'adénopathie. Extirpation du néoplasme en septembre 1890. Quelques mois plus tard, récidive locale et apparition d'une autre tumeur dans la paupière inférieure. En novembre 1894, excision des deux tumeurs. En mai 1895 et en octobre 1895, extirpation de deux nouvelles tumeurs apparues dans le cul-de-sac inférieur.	Sarcome mélanique composé de cellules rondes et de cellules fusiformes, dont l'origine se trouve dans le tissu cellulaire lâche de la paupière.	Trois récidives.
Fage. <i>Soc. franç. d'ophl.</i> , 1893.	F. 49 ans. P. S. G.	Tumeur ayant le volume et la forme de la moitié d'une grosse noix, occupant toute la paupière supérieure. Engorgement du ganglion préauriculaire. Ablation de la paupière supérieure et extirpation du ganglion. Pas de récidive locale, mais reproduction rapide du néoplasme dans la région préauriculaire et parotidienne.	Sarcome embryonnaire à petites cellules rondes, non pigmenté, développé entre le tarse un peu aminci par compression et la peau intéressée vers les parties moyennes de la paupière. Les glandes de Meibomius sont intactes.	Mort avec métastase et cachexie.
Wilmer. <i>Soc. d'ophl. américaine</i> , mai 1894. Zimmermann. <i>Ophl. Review</i> , juin 1894.	F. 30 ans. P. I. H. 50 ans. P. S. G.	Petite tumeur apparue il y a 6 ou 8 mois. Extirpation. Petite tumeur noirâtre, un peu bosselée, adhérente à la peau, siégeant dans la moitié externe de la paupière. Extirpation. Blépharoplastie.	Myxosarcome alvéolaire mélanique. Sarcome mélanique à cellules fusiformes, paraissant avoir pris naissance dans les glandes de Meibomius et n'ayant intéressé sensiblement ni la conjonctive, ni l'orbiculaire.	Pas de récidive 18 mois après l'opération.
Fage. <i>Soc. d'ophl. de Paris</i> , 1896.	F. 37 ans. P. I. G.	Tumeur du volume d'une grosse fève, survenant après une double opération de chalazions, et occupant les 2/3 externes de la paupière. Ablation de la paupière en V.	Sarcome globos-fuso-cellulaire non pigmenté, développé entre le tarse non entamé et le muscle orbiculaire.	Pas de récidive deux ans après l'opération.
Guibert. <i>Soc. franç. d'ophl.</i> , 1896.	H. 48 ans. P. I. G.	Cette tumeur s'était développée sur une cicatrice de brûlure et siégeait sur le rebord palpébral. Développement rapide, pas d'hémorragie. Douleurs très fortes. Œil en mauvais état. Encléation, large ouverture de la loge orbitaire.	Sarcome mélanique constitué par un mélange de cellules fusiformes et embryonnaires, contenant un pigment analogue au pigment choroidien et ne paraissant pas d'origine hémattique.	Récidive.

AUTEURS ET INDICATIONS Bibliographiques	SEXE, AGE PAUPIÈRE malade	ÉTUDE CLINIQUE	ÉTUDE HISTOLOGIQUE	TERMINAISON
Cappellini. <i>Ann. ottalm. de Pavie, 1898.</i>	F. 61 ans. P. I. D.	Tumeur prise d'abord pour un kyste et opérée, et se reformant, 1 mois 1/2 après, sous un aspect noirâtre, de la dimension d'une grosse amande. Ablation facile et probablement complète.	Sarcome à cellules rondes et fusiformes, grandes et moyennes, pigmenté en partie, revêtu d'une capsule de tissu conjonctif.	Pas de récurrence, du moins immédiate.
Casey et Wood. <i>Recueil ophthalm. Chicago, 1898.</i>	Enfant de 7 mois. P. S. D.	Petite tumeur ayant absolument l'aspect du chalazion et qui fut enlevée.	Sarcome.
Kastolskaia. Du mélanosarcome de la paupière. <i>La clinique ophthalmologique, Paris, 1898, p. 117.</i>	F. 31 ans. P. I. G.	Tumeur fortement pigmentée, datant de 2 ans, augmentant surtout depuis 10 mois. Elle adhère à la peau, ne communique pas avec le tarse et se répand sur le bord libre de la paupière.	Mélanosarcome.	Malade non suivie.
Thilliez. <i>Clinique opht. de Lille, 1898.</i>	F. 45 ans. P. S. G.	Petite saillie de la paupière supérieure gauche dont le début remontait à 10 ans, et qui ressemblait à un chalazion, de la grosseur d'un pois. Quelques mois après l'extirpation, il se forma de nombreux bourgeons mélaniques dans la paupière, qui fut enlevée en totalité. Récidive dans l'orbite. Exenteration suivie de récurrence rapide.	Mélanosarcome.	Trois récurrences rapides.
Viasey. <i>Ann. di ottalm. Pavie, 1898.</i>	H. 26 ans.	Tumeur de la grosseur d'un petit pois, occupant la caroncule lacrymale. Extirpation et cautérisation au thermocautère.	Sarcome formé de grandes et de petites cellules rondes. Un peu de pigment.
Carlo Capellini. <i>Ann. di ottalm. Pavie, 1899.</i>	F. 64 ans. P. I. D.	Tumeur noirâtre, de la grosseur d'une amande, faisant corps avec la partie profonde de la paupière, soulevant la conjonctive sans adhérer. Première opération suivie de récurrence locale. Deuxième opération suivie de guérison, mais apparition de deux petits points pigmentés à la surface bulbaire.	Sarcome mélanique à cellules polynucléées, allongées et fusiformes. Notable infiltration d'éléments pigmentés et de pigment diffus.	Infiltration sarcomeuse des tissus voisins.
Dubar. <i>Echo méd. du Nord, 1900.</i>	F. 8 ans. P. S. G.	Formation de deux petits nodules au niveau de l'angle interne, à la suite d'un traumatisme. Ptosis complet. Trois récurrences rapides. Envahissement de l'orbite en totalité.	Sarcome à cellules rondes en pleine karyokinèse.	Généralisation pulmonaire probable.

AUTEURS ET INDICATIONS Bibliographiques	SEXE, AGE PAUPIÈRE malade	ÉTUDE CLINIQUE	ÉTUDE HISTOLOGIQUE	TERMINAISON
De Berardinis. <i>Annali di oftalmologia, t. XXX, fasc. 1, 1901.</i>	H. 80 ans.	Tumeur à développement rapide, du volume d'une grosse noix, extirpée par de Vincenzi; la conjonctive fut remplacée par un fragment détaché de la muqueuse labiale.	La néoplasie avait pris naissance dans la conjonctive tarsienne, se propageant ensuite à celle du cul-de-sac supérieur et à la conjonctive bulbaire. Il s'agissait d'un endothélium provenant à la fois de l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des cellules fixes du tissu conjonctif.	Pas de récurrence.
Guillemet. Thèse de Paris, 1902.	F. 26 ans. P. S. G.	Tumeur se développant à la suite d'un chalazion opéré. Induration, douleur et rougeur. Sa consistance est ferme, élastique. Infiltration de la conjonctive très adhérente au tarse. Ablation de la tumeur le 23 novembre. Le 25 décembre, nouvelle ablation d'éléments indurés sur la cicatrice. Le 10 février, ablation totale de la paupière supérieure. Pas d'apparence de récurrence.	Travées de tissu conjonctif enchevêtrées. Quelques cellules géantes, à noyaux multiples. Pas de vaisseaux à parois formées de cellules néoplasiques, ce qui empêche de faire le diagnostic formel de sarcome(?).	Trois récurrences suivies d'une guérison apparente de trois mois.

N. B. — Pour compléter les indications bibliographiques relatives au sarcome de la paupière, nous citerons encore :

STORY, Sarcome palpébral. *J. m. Sciences, Dublin, 1881.*

TEILLAIS, Tumeur de la paupière et de l'angle externe de l'œil. Sarcome fusocellulaire. *Journal de méd. de l'Ouest, Nantes, 1883.*

DIANOUX, Sarcome de la paupière supérieure. *J. de méd. de l'Ouest, Nantes, 1886.*

RANDALL, Sarcome of the eyelid simulating a Meibomian cyste. *Trans. Am. ophth. Society, Boston, 1887.*

RAWSACHOFF, Ein Fall für Sarkom der Augenlider. *Klin. Monatsb. f. Augenheilk., Stuttgart, 1898.*

FRUGIELE, Angio-sarcome plexiforme kystique de la paupière. *Giornale dell' Assoc. dei medici, Napoli, 1899.*

STEINER, Ein Fall von Sarkom der Oberlider. *Cent. f. prakt. Augenheilk., février 1899.*