

Autant qu'il est possible de conclure avec quelques observations, nous dirons que l'épithélioma des glandes de Meibomius se développe lentement et que son accroissement est quelquefois accéléré par une opération chirurgicale insuffisante; le néoplasme peut atteindre les proportions d'une petite noix; sa forme est souvent lobulée et sa dureté presque cartilagineuse.

Au début, il fait corps avec la marge palpébrale, mais il n'adhère pas à la peau de la paupière, qui reste toujours mobile à son niveau.

Quand il a acquis un notable développement, l'aspect du néoplasme est assez caractéristique.

Du côté de la conjonctive, il se présente sous la forme d'une masse blanchâtre ou jaunâtre, un peu irrégulière, tandis que la peau, distendue, est devenue comme parcheminée. Dans le cas de Scalinci les parties les plus bosselées correspondaient aux points les plus jeunes du néoplasme.

Ajoutons que cette tumeur a toujours été observée à la paupière supérieure, qu'elle est indolente et ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire.

Rien de particulier à dire au sujet de l'anatomie pathologique: le développement est celui que les lois de l'anatomie pathologique faisaient prévoir; l'épithélioma meibomien prolifère et détruit peu à peu les limites des cavités glandulaires.

Le diagnostic, au début, est difficile; le néoplasme a tout d'abord les allures d'un chalazion, d'autant plus que du côté conjonctival les désordres qu'il provoque ressemblent beaucoup à ceux du chalazion ulcéré. Il faudra songer à l'épithélioma meibomien chez un individu âgé, dont l'affection développée lentement, sans précédents inflammatoires, avec une consistance plus dure que celle du chalazion, prend, en s'accroissant vers la conjonctive, un aspect bosselé.

C'est par sa marche que l'adénome de la paupière se distinguera de l'épithélioma; l'adénome se développe très lentement, beaucoup plus lentement que l'épithélioma. Sans doute l'épithélioma meibomien n'a pas les allures rapides de certaines tumeurs malignes; il grossit même avec une certaine lenteur, ainsi que nous l'avons dit, mais toujours plus vite qu'un

adénome; il faut encore retenir de tout ce que nous enseignent les quelques faits connus que l'épithélioma meibomien se comporte comme celui des glandes sébacées, c'est-à-dire qu'il possède une bénignité relative.

### 3° ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE ET CARCINOME DE LA PAUPIÈRE

L'épithélioma de la conjonctive palpébrale est aussi rare que celui des glandes de Meibomius, et la plupart des classiques le passent sous silence; nous parlons ici de l'épithélioma primitif, car il est très fréquent de voir l'épithélioma de la conjonctive bulbaire gagner la paupière, ainsi que de voir l'épithélioma cutané atteindre la muqueuse.

L'épithéliome conjonctival, en infiltrant les tissus sous-jacents, peut produire, dans la paupière, de volumineuses tumeurs ressemblant à des carcinomes palpébraux. Ce carcinome palpébral mérite particulièrement de nous arrêter. Nous ne pouvons cependant en réunir ici qu'un petit nombre d'observations et, quand nous les aurons analysées, la plupart d'entre elles paraîtront suspectes et de faible valeur.

Dans le traité de de Wecker<sup>1</sup>, on trouve une observation de carcinome de la paupière avec une analyse de Cornil. Hirschberg<sup>2</sup> a publié un cas de ce genre en 1871; Purtscher<sup>3</sup> écrit en 1881 un très intéressant travail sur ce sujet, et Maklakoff<sup>4</sup> donne, en 1897, une nouvelle observation avec examen histologique d'Ewetzky, enfin Sourdille<sup>5</sup> a fait publier par son élève Villard un cas de carcinome réticulé primitif de la conjonctive palpébrale.

Avant de discuter ces observations, plaçons-les sous les yeux du lecteur.

OBS. DE DE WECKER. — *Fongus malin de la conjonctive.* — Pélagie P...

<sup>1</sup> DE WECKER, *Traité d'ophtalmologie.*

<sup>2</sup> HIRSCHBERG, *Annales d'oculistique*, t. LXVI.

<sup>3</sup> PURTSCHER, *Investigations on cancer of the lids. Archives of ophthalmology*, March, 1881.

<sup>4</sup> MAKLAKOFF, *Arch. d'ophl.*, t. XVII, p. 565.

<sup>5</sup> SOURDILLE, in TH. VILLARD, Paris, 1901.



56 ans, couturière, a toujours joui d'une excellente santé; mère de neuf enfants; elle n'a cessé d'être réglée qu'à 55 ans. Il y a six mois environ, à la suite de grands chagrins, cette femme s'aperçut que son œil droit pleurait continuellement et que la vision était fort gênée de ce côté par l'abaissement de la paupière supérieure. Ces phénomènes se prononçaient de plus en plus, sans s'accompagner de douleurs, quand la malade vint à la consultation de Morel-Lavallée, à l'hôpital Beaujon. Voici ce que l'on constata à cette époque (15 avril 1882) : l'œil droit est caché par la paupière supérieure, dont la couleur est normale, et qui présente, dans sa partie moyenne, une saillie très évidente, dépassant le niveau du bord sourcilier.

La fente palpébrale est très restreinte quand la malade laisse son œil en repos. En écartant les voiles palpébraux, on voit deux tumeurs : l'une, volumineuse, supérieure, adhérente à la paupière supérieure ; l'autre, petite, sur le bord externe de la cornée, sur laquelle elle empiète de quelques millimètres. De la grosseur et de la forme d'un pois, elle a une couleur rosée, presque transparente ; à sa surface, courent de très nombreux petits vaisseaux, très apparents à cause de leur couleur d'un rouge vif. Cette tumeur est immobile, adhérente à la sclérotique et à la cornée sur une large base.

La conjonctive n'est rougeâtre et injectée que sur les bords de cette tumeur ; la cornée est saine, et la vision parfaite.

La tumeur principale a des dimensions bien plus considérables : elle s'enfonce dans la partie supérieure de l'orbite ; on la fait saillir en retournant la paupière. De la grosseur d'une petite noix, bilobée à sa surface libre, elle s'attache au bord supérieur du cartilage tarse par un pédicule très mince, formé par les deux fenilles réunis de la conjonctive. On mesure facilement le peu d'épaisseur de ce pédicule en le comprimant entre deux stylets. La hauteur et la largeur de la tumeur sont presque égales et sont de 2 centimètres. La coloration n'est pas la même partout : rosée et transparente dans la plus grande étendue, elle est d'un rouge foncé, violacée dans certains points. La consistance est molle, la pression n'est pas douloureuse, mais produit de l'hémorragie, car les vaisseaux sont très nombreux. Quelques parties de la tumeur sont recouvertes d'une sécrétion puriforme ; il n'existe pas d'ulcération. On diagnostique un polype (fongus) de la conjonctive, tumeur de mauvaise nature.

On pratiqua l'opération le 8 mai. La tumeur supérieure fut facilement enlevée avec les ciseaux courbes ; pour extirper la petite tumeur, il fallut disséquer, avec le bistouri, en enlevant la lame superficielle de la cornée. L'hémorragie fut insignifiante ; la cicatrisation se fit très rapidement. On cautérisa à deux reprises les parties occupées autrefois par les tumeurs. La malade quitta l'hôpital le 20 mai, les plaies étaient parfaitement guéries.

M. Cornil, qui avait bien voulu se charger de l'examen microscopique, nous communiqua le résultat suivant : le parenchyme de cette tumeur est uniquement composé de cellules ; ces cellules, étudiées à un grossissement de 500 diamètres, se présentaient sous forme de larges plaques arrondies ou ovalaires, mesurant de 0 mm. 020 à 0 mm. 046 dans leur diamètre. Les contours étaient parfaitement nets et ombrés. Elles renfermaient un ou deux noyaux ; ces noyaux eux-mêmes, ovalaires ou ronds, mesuraient de 0 mm. 013 à 0 mm. 016 et contenaient un ou deux nucléoles saillants et brillants de 0 mm. 002 à 0 mm. 003. Le plus grand nombre d'entre eux étaient transparents et finement granulés, mais quelques-uns commençaient à s'infiltrer de granulations grises.

Au centre de la tumeur, on ne voyait rien autre chose que ces cellules et ces noyaux cancéreux, mais à la périphérie de la tumeur principale, et surtout dans la petite portion enlevée, il était facile de s'assurer que ces éléments nouveaux s'étaient développés au milieu et aux dépens du tissu cellulaire. Là, en effet, on apercevait tout d'abord une grande quantité de fibres allongées et ondulées du tissu cellulaire. Entre ces fibres existaient les noyaux du tissu cancéreux.

En écartant et dilacérant les préparations, on voyait l'union intime des éléments de nouvelle formation avec le tissu cellulaire préexistant. Plusieurs cellules, contenant un noyau cancéreux avec son nucléole, avaient une forme allongée et se prolongeaient sur leurs bouts en pointes effilées, justifiant ainsi l'hypothèse que les éléments nouveaux se seraient développés dans les cellules du tissu cellulaire décrites par M. Virchow.

Obs. de J. HIRSCHBERG. — *Cancer de la conjonctive*. — Vieillard de 62 ans. Lorsqu'on retournait la paupière supérieure de l'œil gauche, on découvrait une tumeur du volume d'une demi-noix, de consistance cartilagineuse, dont le bord supérieur était distant de plusieurs lignes de la conjonctive bulbaire, ce qui en rendait l'extirpation possible, sans danger pour l'œil.

L'auteur excisa les deux tiers internes de la paupière supérieure, et en fit une nouvelle aux dépens d'un lambeau carré de la peau du front et à l'aide de la conjonctive bulbaire, qu'il fit glisser jusqu'au-dessous du lambeau cutané. Cette blépharoplastie réussit parfaitement, et après dix jours de traitement le malade put sortir. L'examen anatomique de la tumeur fit voir qu'elle dépendait manifestement de la muqueuse palpébrale, ce qu'on peut considérer comme une rareté anatomo-pathologique ; d'ordinaire, en effet, le cancer des paupières prend naissance dans les téguments externes. Vue au microscope, la tumeur présentait les caractères histologiques du carcinome, avec cette particularité qu'elle était formée d'un grand nombre de lobules microscopiques de forme cylindrique, ayant leur point d'insertion immédiatement au-dessous de la surface libre de la conjonctive. Cette structure lui donnait l'aspect d'une glande acéneuse.

Obs. de PURTSCHER. — Homme de 70 ans, présentant un épithélioma de la conjonctive bulbaire et palpébrale, ayant envoyé dans l'épaisseur de la paupière un grand nombre de cylindres épithéliaux anastomosés dans un stroma riche en cellules rondes. Le diagnostic, fait par le professeur Hirschberg, qui opéra le malade, fut celui de carcinome. L'auteur rapporte dans son travail des figures très démonstratives.

Obs. de J. MAKLAKOFF (de Moscou) — *Cancer primitif de la conjonctive palpébrale*. — Il s'agit du nommé K. G..., âgé de 60 ans, qui se fit admettre à la clinique ophtalmologique pour impossibilité d'ouvrir son œil gauche. En ectropionnant la paupière supérieure gauche, dont la peau distendue n'est nullement adhérente à la néoplasie, on constate que la tumeur, de surface rougeuse, a envahi la totalité de la paupière, tout en étant plus développée du côté du grand angle. Sa consistance rappelle celle du cartilage. La tumeur va en s'amincissant, du bord adhérent du cartilage tarse vers son bord libre, en empiétant sur le fornix, sans contracter d'adhérences, ni avec la conjonctive bulbaire, ni avec le fornix. A part cette néoplasie conjonctivale, dont le début remonte à trois ans, le malade ne présente rien d'anormal, ni du côté des yeux, ni du côté de



l'économie générale. L'extirpation de la tumeur fut faite sous le chloroforme, en commençant par le fornix de la conjonctive, mise à nu par une canthoplastie préalable.

Étant donnée l'adhérence de la tumeur au cartilage tarse, les muscles ainsi que le tissu cellulaire de la paupière ont été mis à découvert. En même temps, on écarta le quart interne du bord libre de la paupière avec les cils, en sorte que, après l'extirpation de la tumeur de la paupière supérieure, il n'est resté que la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et des fibres musculaires. Cette grande perte de substance fut restaurée par un lambeau autoplastique, en forme de languette, pris sur la tempe et attaché par des points de suture à la conjonctive du cul-de-sac et au bord libre de la paupière.

La paupière supérieure a été laissée ectropionnée jusqu'à ce que le lambeau ait pris ; ensuite le lambeau pédiculé fut détaché de sa base, et la paupière remise dans sa position normale.

Après durcissement dans le liquide de Müller, la tumeur enlevée fut examinée microscopiquement. Elle était constituée par un tissu alvéolaire épithélial avec grands noyaux. La conjonctive et le cartilage tarse montrent une infiltration cancéreuse diffuse. Les glandes de Meibomius, dans le voisinage de la néoplasie, se trouvent dans un état d'irritation, l'épithélium est en prolifération. La structure de la tumeur est partout uniforme. Pour ce qui est du point de départ de la néoplasie, l'auteur en laisse la question ouverte, notamment en ce qui concerne les glandes de Meibomius. Maklakoff insiste ensuite sur ce fait que : contrairement aux observations notées dans la littérature, où la tumeur était toujours circonscrite et proéminente dans le sac conjonctival, dans son cas, toute la conjonctive était envahie par le néoplasme.

Obs. de SOURDILLE. — *Carcinome réticulé primitif de la conjonctive palpébrale (périthéliome)*. — Homme de 62 ans, présentant dans sa paupière supérieure droite une tumeur qui occupe toute la paupière, s'arrête à quelques millimètres de la base d'implantation des cils et se termine brusquement du côté du cul-de-sac; latéralement elle atteint à peu près aux extrémités du tarse; son épaisseur maxima est de 8 à 10 millimètres; sa surface présente trois ou quatre grosses bosselures, qui lui donnent un aspect légèrement marronné. Il existe un ganglion parotidien. Extirpation. Guérison rapide.

*Examen anatomique.* — Un examen d'ensemble permet de se rendre compte des limites exactes de la tumeur et de constater que la conjonctive palpébrale est seule intéressée.

Un plus fort grossissement nous révèle, d'une façon plus précise, la structure intime du néoplasme : il est essentiellement constitué par des cellules d'apparence épithéliale. Ces cellules offrent un gros noyau arrondi ou ovalaire, tantôt granuleux, multinucléolé et prenant fortement les réactifs colorants, tantôt vésiculeux, avec un nucléole central se colorant moins fortement. Ce noyau est entouré d'une couronne plus large de protoplasma clair et réfringent. En certains points, le protoplasma a subi la dégénérescence muqueuse. Les dimensions de ces cellules sont très variables. Le plus grand nombre offrent un diamètre de 25  $\mu$  environ; à côté de celles-ci, on en trouve quelques-unes, véritables cellules gigantesques, dont le diamètre atteint et dépasse 40  $\mu$ ; d'autre part, certaines cellules ne dépassent guère les dimensions des cellules embryonnaires; tous les intermédiaires entre ces dernières et les cellules gigantesques s'observent.

Leur forme est variable; elles sont arrondies, ovalaires, cubiques, plus ou moins fusiformes, décrivant des figures polygonales par pression réciproque; en un mot, elles sont polymorphes. Ces éléments cellulaires ne sont pas disséminés au hasard; ils sont disposés dans un réticulum, qui communique à la coupe un aspect carcinomateux; ce réticulum, ainsi qu'on le voit bien sur des coupes pinceautées, est formé de fines fibrilles conjonctives qui se disposent, suivant les points de la coupe, en travées parallèles ou anastomosées; ces travées sont occupées par des cellules disposées bout à bout sur une ou deux rangées et paraissant s'insérer directement sur le réticulum. En d'autres endroits, ce réticulum présente l'aspect d'alvéoles, dans lesquels sont groupées les cellules; ici encore les cellules s'implantent sur les mailles conjonctives.

Les fibrilles qui constituent ce réticulum s'insèrent directement sur les vaisseaux et paraissent être des prolongements ramifiés et anastomosés de leur gaine adventice. Les vaisseaux qui leur servent de support sont généralement volumineux et constitués par des parois épaisses. Sur certains points, ces vaisseaux sont très nombreux et très volumineux, et attestent, d'une façon évidente, que la tumeur s'est développée sur un angiome.

La plupart des travées conjonctives que nous venons de signaler servent de support à de fins capillaires, reconnaissables seulement aux noyaux endothéliaux qu'on observe et à quelques globules sanguins étirés et déformés par le passage à travers une lumière trop étroite. Dans une grande partie de la tumeur, ces fibrilles sont tellement minces qu'il semble que les cellules épithélioïdes s'insèrent directement sur la paroi vasculaire.

Les couches les plus profondes du tarse, c'est-à-dire celles qui sont immédiatement accolées à la tumeur conjonctivale, sont intéressantes à étudier au point de vue de leur envahissement; les faisceaux fibreux sont dissociés par des cellules qui se disposent bout à bout; ces cellules présentent d'abord un aspect embryonnaire, puis ce sont leurs modifications protoplasmiques et nucléaires qui les amènent au type épithélioïde. A l'intérieur même du tarse, on ne constate point d'envahissement néoplasique; mais la plupart des vaisseaux, quel que soit d'ailleurs leur calibre, sont entourés par un manchon de cellules épithélioïdes jeunes; sur les coupes mêmes, on distingue parfaitement que ces cellules sont situées dans les espaces libres, véritables espaces lymphatiques qui entourent chaque vaisseau. L'épithélium conjonctival se comporte de façon différente suivant les points de la tumeur; à la périphérie, on le voit qui s'amincit peu à peu, mais tout en restant constamment séparé du chorion muqueux par la membrane basale. Au milieu de la tumeur, il a disparu presque partout; la membrane basale seule persiste, formant la limite très nette du néoplasme; en certains points, cependant, on en retrouve des débris, toujours séparés par la basale, mais offrant tous les caractères des épithéliums irrités: dégénérescence vacuolaire, infiltration de cellules lymphoïdes interépithéliales, etc.

D'après nos examens, il semble que l'épithélium s'est desquamé ou a été enlevé, grâce aux frottements que la conjonctive ectropionnée subissait constamment.

Nous avons vu que la tumeur était très riche en vaisseaux et que, sur certains points, la coupe présentait un aspect nettement angiomateux; sur quelques coupes, où l'envahissement n'est pas complet, on constate nettement, immédiatement à côté de la tumeur, un amas de vaisseaux à parois épaisses, au milieu desquels existent des espaces lacunaires incomplètement cloisonnés; ce sont des portions d'angiome non encore dégénérées.



La petite tumeur enlevée sur la conjonctive de la paupière inférieure présente les mêmes caractères histologiques que la tumeur principale.

Quant à celle qui siégeait sur la moitié inférieure de la cornée, elle offre le type du papillome corné.

L'examen histologique des ganglions lymphatiques démontre que ceux-ci sont profondément dégénérés; au milieu du tissu adénoïde qui les constitue, on observe des nodules arrondis, les uns très petits — on aperçoit même parfois une cellule néoplasique isolée — les autres plus étendus, composés soit de gros noyaux entourés d'une faible couche de protoplasma, soit d'éléments plus volumineux, polygonaux, d'apparence épithéliale, identique à celle des éléments de la tumeur primitive. Fait à noter, ces cellules ne présentent pas de réticulum intercellulaire, mais ont une disposition nettement alvéolaire.

Telle est, exposée aussi brièvement que possible, la structure histologique de cette tumeur.

En résumé, elle est essentiellement constituée par des cellules épithélioïdes, de dimensions variables, se disposant en travées sur une ou deux couches; ces travées suivent la direction générale des vaisseaux, c'est-à-dire qu'elles sont perpendiculaires au tarse et donnent à la coupe un aspect radié.

Les cellules sont adossées à un réticulum à fibrilles très minces, parcouru par des capillaires, limitant en de nombreux points de véritables alvéoles remplies de cellules.

L'aspect général rappelle donc la variété de tumeur décrite sous le nom de carcinome réticulé.

Scalinci a rapporté un fait, observé chez une femme de 53 ans, guérie depuis longtemps du trachome; sur la paupière supérieure, s'était développée une masse charnue, molle, élastique faisant corps avec le tarse; le néoplasme s'était propagé directement aux glandes acino-tubulaires de Ciaccio et, en certains endroits, affectait une forme nodulaire et alvéolaire simulant le carcinome.

De ces cinq observations, deux doivent être éliminées de notre sujet, celle de Cornil et celle de Sourdille; ces deux tumeurs sont, à n'en pas douter, d'origine conjonctive; ce sont des sarcomes endothéliaux analogues à ceux que nous avons longuement étudiés dans l'orbite.

Seules celles de Hirschberg, de Macklakoff et de Scalinci sont des tumeurs d'origine épithéliale, de véritables néoplasmes nés aux dépens de l'épithélium conjonctival et infiltrant la paupière au point de constituer une masse carcinomateuse digne de ce nom.

Nous ne ferons pas ici la critique des diverses opinions émises au sujet de l'origine du carcinome; pour nous, la question est tranchée depuis longtemps dans le sens de Robin et de Waldeyer, et si la confusion a pu

régner, c'est parce que beaucoup de sarcomes endothéliaux, à cellules épithélioïdes, ont été pris pour des carcinomes. Or, il convient de réserver ce nom aux seules tumeurs d'origine épithéliale, comme celles de Hirschberg, de Purtscher et de Maklakoff.

Nous pouvons rapporter ici deux autres observations bien certaines de carcinome de la paupière. L'un de ces faits a été déjà communiqué à la *Société de chirurgie de Paris*, l'autre, inédit, a été observé par Guibert, qui nous en a confié l'examen histologique.

Obs. (personnelle). — *Epithélioma tubulé de la conjonctive palpébrale, formant dans l'épaisseur de la paupière une volumineuse tumeur.* — Marie A..., 63 ans, de Saint-Sulpice-d'Izon (Gironde), cultivatrice, présentant des antécédents héréditaires et personnels parfaits, vient nous consulter à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 19 décembre 1899, pour une volumineuse tumeur occupant toute l'épaisseur de la paupière inférieure de l'œil gauche (fig. 199).

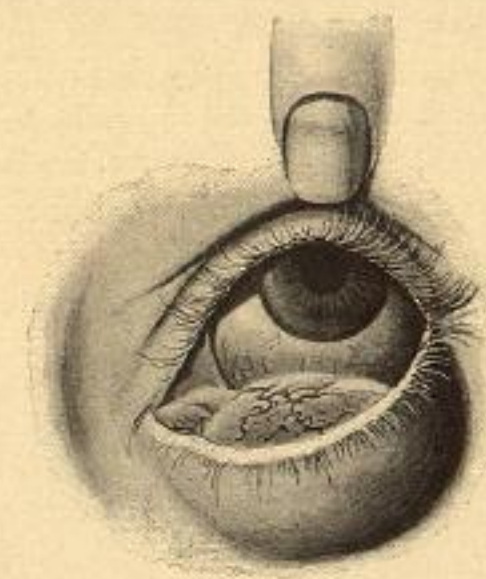


FIG. 199. — Epithélioma de la conjonctive palpébrale formant une tumeur dans la paupière.

Le début du mal remonte à 6 mois; à cette époque, la malade a remarqué que sa paupière commençait à s'épaissir; cet épaississement a augmenté peu à peu, sans entraîner ni douleurs, ni hémorragie, ni sécrétion conjonctivale; l'œil est normal.

Au moment de notre examen, nous constatons une saillie, grosse comme une grosse amande, soulevant la conjonctive, à laquelle elle adhère étroitement; cette membrane est congestionnée, vascularisée; on y remarque notamment une grosse veine bien évidente. Un sillon assez profond divise en deux parties inégales cette saillie sous-conjonctivale; au fond de ce sillon existe une ulcération donnant lieu à un peu de suintement séro-sanguinolent lorsqu'on cherche à en écarter les parois.

Si l'on prend cette tumeur entre les deux doigts, on constate sa parfaite indépendance



de la peau, qui glisse très facilement à sa surface. Cette palpation révèle, du côté de l'orbite, dans les profondeurs du cul-de-sac, la présence d'un prolongement s'insinuant entre les muscles droit inférieur et petit oblique.

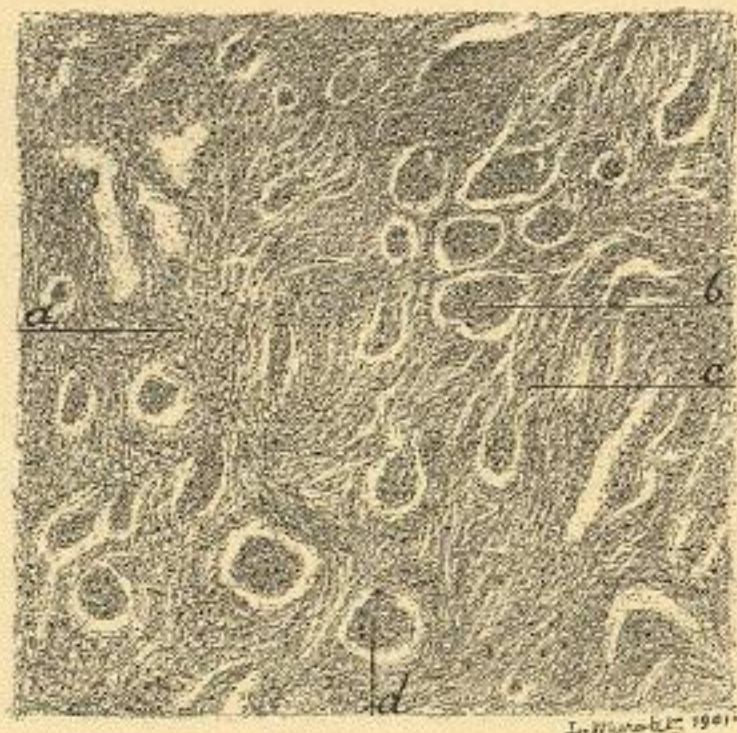


FIG. 200. — Epithélioma de la conjonctive infiltré dans la paupière et y formant une tumeur.

a, tissu conjonctif; — b, c, trainées épithéliales.

Cette tumeur est remarquable, non seulement par son volume, mais encore par sa

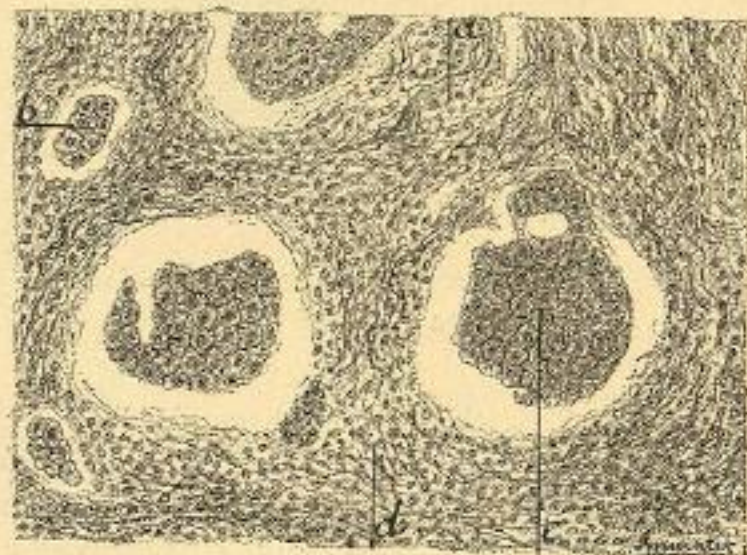


FIG. 201. — Aspect de la figure précédente à un fort grossissement (350 X).

a, tissu conjonctif; — b, c, cellules épithéliales.

consistance dure, qui rappelle absolument celle des tumeurs fibro-plastiques et en certains points celles du squirrhe. Ils existe deux ganglions sous-maxillaires qui doivent

tenir une grande place dans la discussion du diagnostic; mais ces ganglions, peu volumineux, existent, dit la malade, depuis très longtemps; ils seraient antérieurs au néoplasme, et, tout en reconnaissant la nécessité d'en pratiquer l'ablation, nous ne croyons pas devoir leur donner une signification capitale; à cause du volume de la tumeur, de sa dureté, de son indépendance avec la peau, de la rapidité même de son développement, nous nous arrêtons au diagnostic « sarcome de la paupière ».



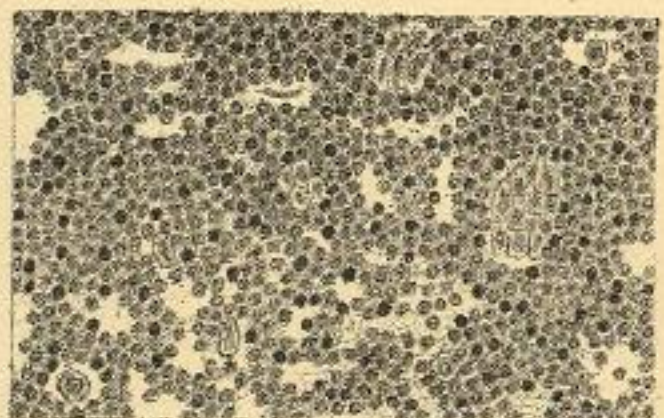
FIG. 202. — Coupe d'un ganglion ayant subi la dégénérescence épithéliale; on y voit de nombreux îlots, composés par la prolifération épithéliale métastatique.

Nous nous sommes trompé; la tumeur est enlevée très complètement dès le lendemain, avec les ganglions sous-maxillaires, et l'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma tubulé, émané de la conjonctive, s'étant infiltré dans l'épaisseur de la paupière, en provoquant autour de lui une abondante prolifération cellulaire, donnant à cette tumeur, sur beaucoup de points, l'aspect du squirrhe.

Examen macroscopique. — L'examen macroscopique de la tumeur nous montre



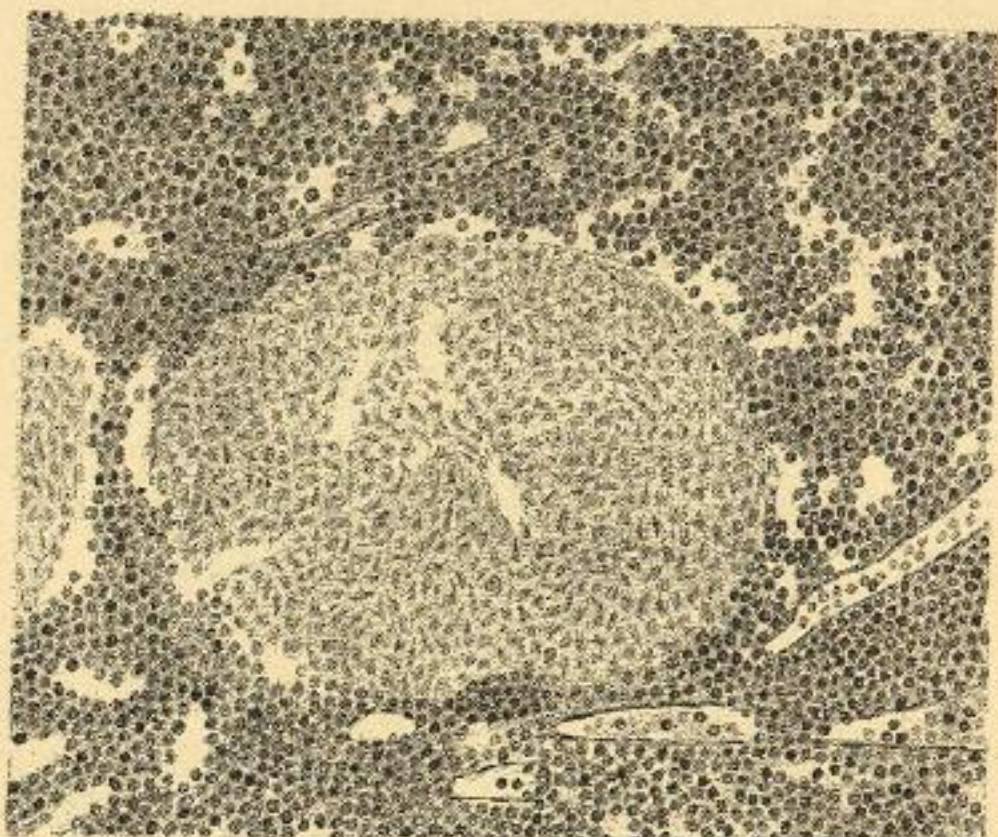
qu'elle est assez régulièrement entourée d'une gangue cellulaire; mais il ne s'agit pas là d'un enkystement véritable, car la tumeur ne se séparerait pas de son enveloppe sans



St. Mucetot 1902

FIG. 203. — Epithélioma de la paupière; cellules épithéliales isolées et petits noyaux épithéliomateux au milieu du tissu d'un ganglion.

déchirure, il serait impossible de l'énucléer au vrai sens du mot, et ce défaut d'en-



St. Mucetot 1902

FIG. 204. — Gros noyau d'épithélioma métastatique au milieu du tissu d'un ganglion.

kystement indique déjà la malignité du mal. Il est impossible de séparer la conjonctive du néoplasme; la muqueuse en fait partie intégrante.

A la coupe, on obtient une surface lisse, blanche, avec une faible quantité de suc; il n'y a dans la tumeur ni hémorragie apparente à l'œil nu, ni cavité kystique.

*Examen histologique.* — L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé, développé aux dépens de l'épithélium conjonctival. Cet épithélium a proliféré abondamment dans l'espace sous-conjonctival, en entraînant autour de lui une abondante prolifération cellulaire embryonnaire; la masse du néoplasme est formée, pour la plus grande partie, par du tissu conjonctif, mais il est certain que l'élément fondamental du néoplasme est ici représenté par les tubes épithéliaux, et ce cas est bien avant tout un épithélioma tubulé de la conjonctive ayant formé une volumineuse tumeur dans l'épaisseur de la paupière (fig. 200 et 201).

Le ganglion sous-maxillaire extirpé a été examiné au microscope; il contenait une abondante prolifération épithéliale (fig. 202, 203, 204).

Toutes ces figures montrent, mieux qu'une description, les détails essentiels de la structure de ce néoplasme et corroborent notre diagnostic.

Enfin, voici une dernière observation d'épithélioma pavimenteux conjonctival formant dans l'épaisseur de la paupière une volumineuse tumeur, extirpée par Guibert (de la Roche-sur-Yon).

*Obs. — Epithélioma pavimenteux de la conjonctive palpébrale, formant une tumeur dans la paupière.* — Un homme de 69 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels sont bons, a remarqué, il y a trois ans, une rougeur à la partie supérieure de l'œil gauche; mais, à ce moment, un médecin consulté déclara que le fait n'avait pas d'importance; il y a un an, apparut une petite grosseur située dans la paupière, et depuis trois mois cette tumeur a pris un développement considérable, en entraînant quelques rares phénomènes douloureux.

En mai 1903, le malade paraît à première vue atteint d'ophtalmie purulente; la paupière supérieure, rouge et gonflée, retombe sur la paupière inférieure, mais au toucher elle est dure comme du bois et légèrement bosselée; l'induration se prolonge du côté de la voûte orbitaire, et il est impossible d'imprimer à la paupière le mouvement de bascule nécessaire pour la renverser complètement; la face postérieure conjonctivale du tarse est sillonnée de dépressions, rappelant un peu l'aspect de la conjonctivite printanière; la cornée est recouverte d'un épais pannus, ulcéré sur le côté externe; il existe un peu de sécrétion. Pas de ganglion préauriculaire.

Après une injection de cocaïne et d'adrénaline, une incision est faite parallèlement aux cils; la peau est disséquée, et la face antérieure de la tumeur assez facilement isolée; pour arriver sous le rebord orbitaire on fait une incision verticale; la conjonctive est isolée de la masse morbide jusqu'au milieu de la face postérieure, où elle est adhérente; un fil passé au milieu de la tumeur permet de la détacher sans difficulté, et de l'arracher du tissu connectif qui l'entoure; on constate alors que quelques parcelles de la glande lacrymale adhèrent à la face externe du néoplasme.

L'incision verticale de la peau est suturée, et la guérison complète en sept jours. Bientôt le pannus cornéen diminue et l'ulcération se répare.

*Examen histologique.* — L'examen macroscopique de la pièce montre une tumeur solide, de la grosseur d'une aveline, allongée, lisse dans les trois quarts de son étendue et ulcérée sur l'une de ses faces. La face lisse correspond à la peau qui en a été facilement détachée pendant l'opération; il existe à ce niveau une mince enveloppe de tissu



connectif isolant la tumeur ; la face conjonctivale est ulcérée sur la presque totalité de son étendue.

Cette tumeur a une largeur de 25 millimètres et une hauteur de 15 millimètres ; elle est légèrement incurvée en forme de scaphoïde ; le bord concave étant celui qui regardait l'œil, le bord convexe étant recouvert par le tégument, c'est-à-dire que la tumeur avait la forme du cartilage tarse.

L'examen histologique démontre, avec la plus absolue évidence, qu'il s'agit d'un

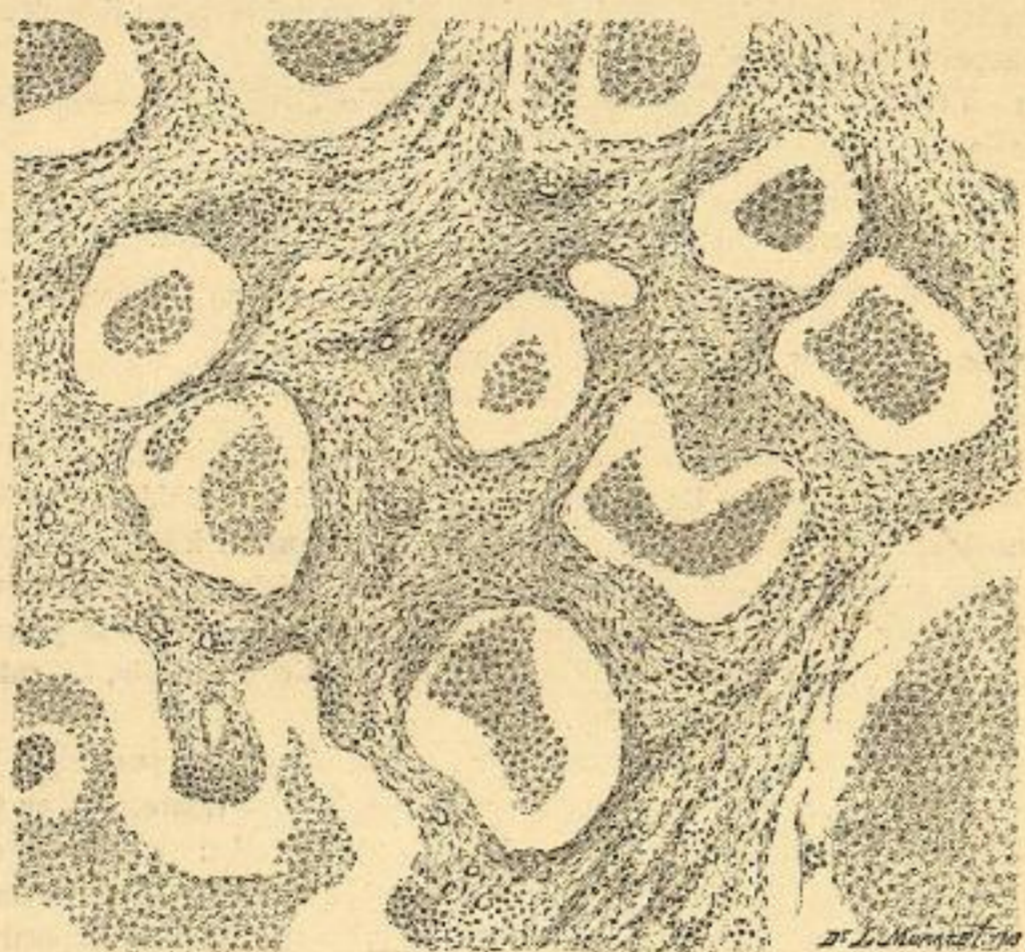


FIG. 205. — Epithélioma pavimenteux de la paupière. Travées épithéliales coupées en travers et paraissant contenues dans des loges analogues à celles du carcinoma.

épithélioma, du type pavimenteux. Des colonnes de tissu épithélial anastomosées, enchevêtrées les unes dans les autres, pénètrent dans le tissu conjonctif environnant, en écartant les mailles, se développant dans les interstices avec une grande intensité ; sur les colonnes ainsi sectionnées les cellules épithéliales se présentent sous la forme d'îlots remplissant des loges, c'est-à-dire que la pièce a toutes les allures du carcinoma (fig. 205).

L'examen des loges, fait à un grossissement suffisant (fig. 206), montre de toute évidence qu'il s'agit d'un épithélioma et non d'un sarcome endothélial alvéolaire ; la preuve en est : 1° dans la forme absolument caractéristique des cellules ; 2° dans ce fait que les cellules n'ont que des rapports de contact très éloigné avec les parois des cavités qui les contiennent ; le plus souvent même il n'y a pas contact du tout. Le durcissement et la préparation des éléments anatomiques ont séparé les cellules épithéliales de la paroi, si bien qu'il existe entre cette paroi et les cellules un certain intervalle.

Il ne s'agit donc pas d'un sarcome alvéolaire, et c'est bien de tissu épithélial que la tumeur est faite ; on peut de plus affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma du tégument, infiltré dans les éléments connectifs de la paupière, et non d'un carcinoma glandulaire.

En effet, les cellules épithéliales font non seulement des colonnes compactes, creusant des loges dans le tissu conjonctif, mais encore infiltrent ce tissu ;

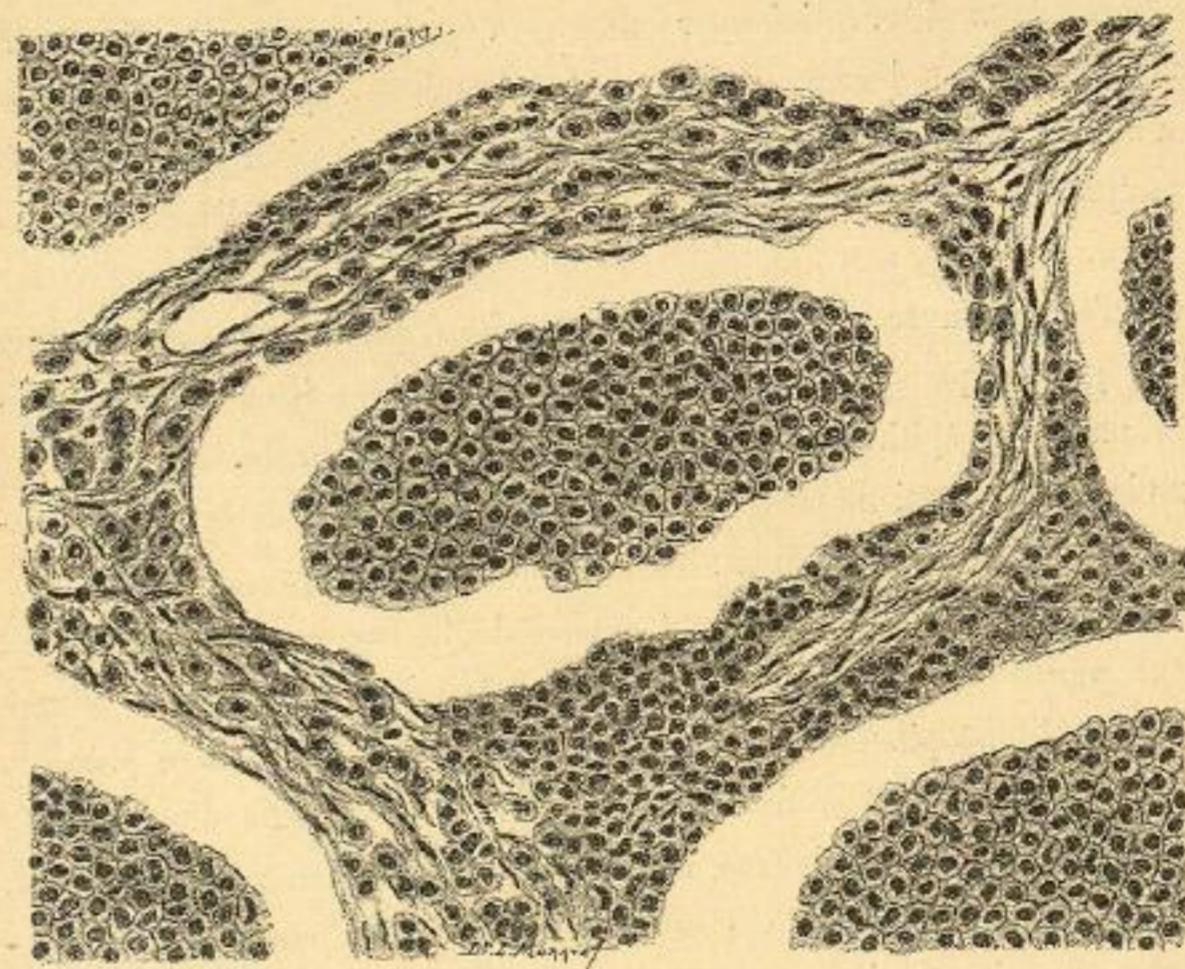


FIG. 206. — Epithélioma pavimenteux de la paupière. Aspect de l'épithélium à un fort grossissement.

c'est ainsi qu'on trouve de l'épithélioma non seulement dans les loges, mais encore dans la paroi desdites loges. La figure 206 montre avec évidence cette disposition ; en outre on voit, à la surface muqueuse de la tumeur, un gâteau épithélial épais, duquel partent des colonnes qui vont ainsi creuser des loges dans le tissu conjonctif ; enfin, le forme des cellules montre bien qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, émané de la peau ou d'une muqueuse, et non des glandes de la paupière.

La peau étant ici complètement intacte, c'est la muqueuse conjonctivale qui est en cause ; on se rappelle que cette muqueuse était adhérente au néoplasme dans une grande partie de son étendue ; il paraît certain que là, tout d'abord, s'est développé l'épithélioma, qui a ensuite envahi les profondeurs de la paupière.

Sur les coupes, on ne trouve aucun vestige du cartilage tarse ni des glandes de Meibomius, parce qu'en effet ce cartilage était en dehors du néoplasme ; celui-ci s'était développé dans cette partie de la conjonctive placée entre le cartilage et le fornix ; à ce



niveau on ne pourrait incriminer d'autres éléments glandulaires que les glandes acino-tubuleuses de Kranse et les glandes lacrymales accessoires. L'aspect même des cellules épithéliales, aussi bien que tous les autres caractères de cette tumeur, montrent qu'il ne peut être question d'un carcinome glandulaire.

Il s'agit donc d'une ulcération épithéliale de la conjonctive s'étant développée dans la profondeur et formant une tumeur dans l'épaisseur de la paupière.

De ces deux observations personnelles d'épithélioma conjonctival, formant dans la paupière une tumeur, nous pouvons rapprocher l'observation de Druaut et Milian<sup>1</sup>, dans laquelle il s'agissait d'un épithélioma de la paupière revêtant la forme d'un cylindre et né dans l'épithélium de la peau.

Ce n'est pas avec ces quelques observations, qui sont en somme des raretés, qu'il est possible d'écrire une histoire clinique des carcinomes palpébraux et des épithéliomas de la conjonctive palpébrale. Il n'y a rien dans leur allure qui ne rentre dans le cadre ordinaire de la symptomatologie des tumeurs malignes; il nous suffira de dire que leur diagnostic repose: 1° sur le développement rapide de la tumeur, *sa consistance ferme, parfois même cartilagineuse, sa surface inégale*; 2° sur les allures malignes du néoplasme; 3° sur l'envahissement ganglionnaire précoce.

Ces signes devront suffire à différencier le néoplasme des lipomes, des végétations tuberculeuses, du chalazion et du chancre syphilitique, qui se reconnaît à son siège sur le bord libre de la paupière, à l'apparition concomitante des syphilides et des plaques muqueuses, à son développement très rapide, à sa tendance à la cicatrisation et enfin à l'âge du malade. (V. page 782, « Diagnostic des tumeurs des paupières ».)

**Traitement.** — Le traitement de l'épithélioma sera différent selon la variété à laquelle on aura affaire; les petits épithéliomas, tout en surface, méritent évidemment une thérapeutique autre que les épithéliomas profonds, largement destructeurs, formant souvent, dans les paupières, de vastes excavations, et quelquefois de véritables tumeurs.

On a guéri des épithéliomas avec des applications de compresses de

<sup>1</sup> DRUAUT et MILIAN, Cylindre de la paupière inférieure, *Société anat. de Paris*, mars 1899.

chlorate de potasse, de résorcine, des attouchements avec l'acide acétique concentré, avec l'acide chromique; mais les topiques les plus recommandables sont certainement l'arsenic et le violet de méthyle: ils ont donné à beaucoup de praticiens d'heureux résultats.

L'arsenic, bien souvent utilisé autrefois (pâte de Rousselot), est aujourd'hui employé un peu différemment, sous forme de pâte ou de solution. La pâte sera ainsi formulée (F. Hùe):

Acide arsénieux . . . . .	1 gramme.
Poudre de talc . . . . .	13 —
Poudre de gomme . . . . .	1 —

Elle sera appliquée plusieurs fois à la surface du mal, en prenant bien garde que l'œil échappe à son action; la solution arsenicale sera employée selon la formule de Cerny et Trunczek:

Acide arsénieux . . . . .	1 gramme.
Alcool éthylique . . . . .	} 75 —
Eau distillée . . . . .	

Cette solution est employée en badigeonnages tous les deux jours sur la partie malade; mais, avec elle aussi, il faut prendre bien garde de respecter le globe oculaire. Il en résulte que cette application de l'arsenic n'est possible que pour les épithéliomas de la peau de la paupière éloignés du bord ciliaire.

Quelquefois, cependant, on y a recours pour de vastes épithéliomas térébrants, ayant passé de la paupière dans l'orbite, détruit l'œil, et pour lesquels les malades refusent l'intervention chirurgicale.

Le violet de méthyle, auquel nous devons quelques remarquables résultats, est, à cause de son innocuité pour l'œil, plus facilement applicable dans le traitement des épithéliomas palpébraux; on peut l'employer en solution à 1 p. 50, et même injecter 10 gouttes sous la peau d'une solution au 1/1000 avec une seringue de Pravaz. Ce médicament est vraiment très recommandable; une malade, à laquelle nous avons enlevé deux fois au bistouri un petit épithélioma de la paupière, avait eu deux récurrences, malgré une ablation très large; la pyocyanine la débarrassa complètement de son affection.



On peut donc, par des moyens de douceur, guérir complètement des épithéliomas, à la grande satisfaction des malades, qui évitent ainsi les cruautés de l'instrument tranchant, mais nous ne conseillons pas de s'attarder à cette thérapeutique médicale des lésions épithéliales de la paupière; il n'y faudra recourir que dans les cas légers, tout à fait au début, et lorsque le malade refusera l'intervention sanglante.

C'est à l'ablation très étendue que le chirurgien devra recourir, sans se préoccuper de la perte de substance qui en résultera; en taillant largement dans les parties saines, l'opération, par une excision triangulaire, ovoïde, rectiligne, etc., enlèvera le mal dans sa totalité.

Toutefois, en faisant cette excision, une préoccupation majeure dominera l'opérateur, elle a trait à la nécessité de *conserver le plus possible la muqueuse conjonctivale*. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané seront amputés largement; autour de l'épithélioma on trouvera toujours facilement de quoi combler la perte de substance cutanée, mais nulle part on ne trouvera une muqueuse capable de remplacer la conjonctive disparue, et la muqueuse conjonctivale est indispensable au bon fonctionnement de l'œil.

Lorsque la perte de substance est ainsi établie par l'excision bien complète du néoplasme, il faut, sans retard, s'occuper de réparer cette perte de substance. Quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons Verneuil, ont conseillé de laisser bourgeonner, cicatriser la plaie et de faire plus tard une opération secondaire. Il n'y a aucune bonne raison d'agir ainsi, et aussitôt après l'ablation de la tumeur, il faut pratiquer la *blépharoplastie*. Nous ne croyons pas devoir ici décrire cette opération, dont le lecteur trouvera l'histoire dans tous les traités de médecine opératoire. Pratiquée judicieusement, elle donne les meilleurs résultats entre des mains expérimentées; nous recommandons à ce sujet la lecture d'un travail, riche de documents, que le professeur Cirincione<sup>1</sup>, de Gênes, a publié récemment; nous avons nous-même recueilli un grand nombre de faits de ce genre et pratiqué beaucoup de blépharoplasties immédiates qui nous ont donné les meilleurs résultats, et nous aurions pu reproduire ici

<sup>1</sup> CIRINCIONE, *Sulla blépharoplastica e sui cancri palpebrali*. Napoli.

grand nombre de figures analogues à celles de cirincione, si nous n'avions eu la crainte de surcharger cet ouvrage, déjà bien volumineux.

On sait que la blépharoplastie se fait par autoplastie ou par hétéroplastie. La blépharoplastie à pédicule, selon les procédés de Dieffenbach, Denonvillers, Burow, Fricke, etc., est la méthode la plus usitée; très rarement on se servira d'un lambeau pris à distance; dans ce dernier cas, on aurait recours à l'application d'un lambeau pris sur l'avant-bras, c'est-à-dire à la méthode italienne, en suivant alors les préceptes formulés par Berger<sup>1</sup>, qui a écrit sur cette méthode un excellent travail; mais cette méthode italienne, à laquelle nous avons eu personnellement recours avec plein succès, n'est utile que lorsqu'il n'y a pas, sur la face, la peau saine nécessaire à une autoplastie, mais dans l'immense majorité des cas d'épithélioma, cette peau ne manque pas. La méthode italienne rend surtout service quand on fait des blépharoplasties pour remédier aux difformités qu'entraînent les brûlures graves et étendues de la face.

La blépharoplastie par hétéroplastie a bien peu d'indications dans le traitement de l'épithélioma des paupières; on aurait recours, dans le cas d'absolue nécessité, à l'hétéroplastie dermique (Lefort).

Nous bornerons là ces quelques considérations sur la blépharoplastie, dont l'étude, faite dans tous les traités spéciaux, nous entrainerait loin du cadre de cet ouvrage.

<sup>1</sup> BERGER, *Société de chirurgie*, 17 mars 1880, et *Congrès français de chirurgie*, 9 octobre 1889.