

volume d'un gros pois, adhérente à la caroncule par un pédicule aminci et très court, ayant débuté 18 mois avant, par un petit point noirâtre, et n'occasionnant ni gêne ni douleur. La tumeur fut extirpée facilement, et Latteux constata qu'elle était constituée aux dépens de trois espèces d'épithélium : 1° l'épithélium de la caroncule ; 2° celui des glandes sébacées ; 3° celui des follicules pileux.

On comprend la gravité d'une pareille affection et l'importance qu'il y a pour le malade à ce qu'il en soit débarrassé le plus tôt possible.

CHAPITRE IV

DES PSEUDO-TUMEURS DES PAUPIÈRES

Les affections tuberculeuses et syphilitiques donnent lieu à des pseudo-tumeurs que nous avons déjà souvent rencontrées dans le cours de notre ouvrage, et on aurait pu s'attendre à trouver ici un paragraphe pour les gommés tuberculeuses et syphilitiques palpébrales. Il nous a paru inutile de donner à ces variétés de pseudo-tumeurs une telle importance ; ce que nous dirons plus loin, à propos du diagnostic différentiel (p. 782) des tumeurs des paupières, suffira à mettre en suffisante valeur les pseudo-tumeurs tuberculeuses et les pseudo-tumeurs syphilitiques de la paupière.

Nous n'avons qu'à retracer ici l'histoire des pseudo-tumeurs d'origine infectieuse. Cette histoire n'est autre que celle du chalazion. Nous allons la décrire avec tous les détails nécessaires.

Chalazion.

Le chalazion est une néoplasie consécutive à une inflammation des glandes de Meibomius aboutissant à la formation d'un tissu granuleux, embryonnaire, analogue à celui des bourgeons charnus.

Les causes de cette inflammation sont d'ailleurs nombreuses ; il n'est pas douteux que l'état général du sujet l'y prédispose dans une certaine mesure, mais il faut surtout incriminer deux facteurs : 1° la fatigue occasionnée, dans l'appareil de la vision, par les vices de réfraction et les efforts de l'accommodation ; 2° les éléments infectieux, qu'on trouve tou-

jours en si grand nombre dans la conjonctive, particulièrement sur la marge ou le bord libre des paupières.

L'étiologie du chalazion a d'ailleurs été beaucoup étudiée, et nous pouvons grouper les opinions qui ont été émises, à ce sujet, sous trois chefs principaux :

1° La théorie qui considère l'affection comme un simple kyste par rétention des glandes de Meibomius;

2° Celle qui incrimine l'inflammation primitive du cartilage tarse ou l'irritation consécutive au contact des microcoques développés dans les débris épithéliaux de la glande;

3° Celle qui admet que la tumeur se développe, en dehors du cartilage tarse, dans le tissu cellulaire de la région et qu'elle est indépendante de l'appareil meibomien.

1°. — La première théorie est la plus ancienne. Taignot¹ croit, avec Carron du Villards, que le chalazion est un follicule induré, comme un orgeolet passé à l'état chronique. Desmarres² admet que le siège et la nature de la tumeur n'ont rien de fixe. Il s'en tient à l'étymologie du mot chalazion (*χαλαζα*, grêlon) et donne ce nom à toutes les tumeurs qui se développent dans la paupière, qu'elles fassent saillie du côté de la conjonctive ou du côté de la peau, à une distance quelconque du bord libre.

Ces idées, vraiment trop larges, sur la pathogénie du chalazion n'ont pas été admises par Warlomont³ qui estime, comme Ryba l'avait indiqué avant lui, que le chalazion est toujours primitivement situé dans l'épaisseur du cartilage tarse et qu'il est dû au développement morbide d'une glande de Meibomius. Cette opinion a été longtemps acceptée par les classiques, notamment par de Wecker, qui l'a exposée dans les premières éditions de son livre, en faisant du chalazion un kyste athéromateux.

2°. — L'inflammation primitive du cartilage tarse a été incriminée par

¹ TAVIGNOT, *Maladie des yeux*, 1847, p. 157.

² DESMARRÉS, *Traité des maladies des yeux*, 1852, t. I, p. 605.

³ WARLOMONT, Article « Chalazion », *Dict. encyclopédique de DECHAMBRE*.

un assez grand nombre d'auteurs. De Vincentiis¹ place le point de départ de l'affection dans l'inflammation de la glande meibomienne. Cette inflammation engendre une prolifération cellulaire qui détruit le tissu tarsien; dans cette prolifération cellulaire se trouverait un nombre considérable de cellules géantes, développées aux dépens de l'épithélium glandulaire. Nous n'avons pas pu nous procurer le mémoire original de l'auteur et nous ne savons pas, d'une façon précise, comment il explique cette singulière transformation épithéliale.

La théorie de Vincentiis est d'ailleurs vraie; au début du chalazion il y a toujours de la périadénite meibomienne. Chrétien Bendz² déjà en 1858, dans un excellent mémoire, a bien établi, au point de vue clinique, la réalité de cette périadénite. Cet auteur démontre péremptoirement que le chalazion est tout différent de l'orgeolet, avec lequel on le confondait à cette époque, et qu'il ne constitue pas non plus une tumeur enkystée. C'est toujours pour lui une inflammation subaiguë ou chronique du tarse, accompagnée ou précédée de l'adénite meibomienne.

L'opinion de Chrétien Bendz et celle que formula plus tard Vincentiis sont donc très analogues, et j'ajoute qu'elles sont exactes dans leurs principaux traits. Tout ce que ces auteurs ont avancé, l'un au point de vue clinique, l'autre au point de vue histologique, est exact; mais ils ont eu le tort de laisser complètement de côté le retentissement de l'inflammation tarsienne et de la périadénite sur le tissu cellulaire placé en avant du tarse.

C'est aussi en produisant l'inflammation du cartilage tarse qu'agissent les microbes étudiés par Poncet et Boucheron. Dans une très intéressante communication au Congrès d'ophtalmologie, Poncet (du Val-de-Grâce) a le premier décrit la présence de microcoques dans le contenu du chalazion.

Cet auteur a déjà fait remarquer que, lorsque le goulot de la glande est obstrué, la paroi de l'acinus n'est plus recouverte par l'épithélium normal; celui-ci est remplacé par du tissu embryonnaire très abondant,

¹ VINCENTIIS, cité dans DE WEAVER, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. I, p. 103.

² CHRÉTIEN BENDZ, *Annales d'oculistique*, 1858, t. XXXIX, p. 145.

qui paraît s'éloigner beaucoup de la forme épithéliale. Ce tissu embryonnaire se mélange à l'ancien épithélium desquamé. La paroi elle-même est farcie d'éléments jeunes, très nombreux.

Il en résulte que le contenu du chalazion est composé de petites cellules sphériques, avec ou sans noyaux, ou d'éléments épithéliaux plus ou moins abondants.

Poussant plus loin ses recherches, Poncet¹ a décelé dans ces débris épithéliaux la présence de gros microcoques. En suivant la technique employée par cet éminent histologiste, nous avons vérifié les résultats obtenus; nous y reviendrons plus loin.

Boucheron² a cultivé le microcoque du chalazion, et il a pu reproduire expérimentalement l'affection. A ce sujet, Poncet a bien voulu nous écrire qu'il a examiné au microscope ce chalazion artificiel et qu'il est absolument impossible de le distinguer du chalazion humain.

Pour Poncet et Boucheron, le chalazion serait donc une adénite meibomienne occasionnée par la présence de microcoques; ce serait au propre une inflammation microbienne. La tumeur ne serait autre chose que la réaction de ces éléments pathogènes sur le tissu du tarse, dans lequel la glande est creusée.

Après avoir méthodiquement reproduit toutes les recherches de Poncet nous sommes arrivé à la constatation des mêmes faits, c'est-à-dire que, selon nous, le contenu du chalazion est bien réellement composé de débris épithéliaux renfermant de nombreux microcoques.

Mais, comme les travaux de Virchow, de Michel, de Vincentiis, celui de Poncet est exclusivement limité aux lésions tarsiennes et glandulaires. L'auteur ne cherche pas à expliquer comment l'affection grandit au point de constituer une véritable tumeur sous-cutanée, n'affectant quelquefois avec le cartilage tarse que de lointains rapports d'origine.

Souvent, toutefois, à la face antérieure du tarse, sous la peau, on voit apparaître une tumeur du volume d'un gros pois, plus ou moins adhérente au cartilage tarse. C'est sur la nature et le développement de cette tumeur que les précédents auteurs sont incomplets.

¹ PONCET, *Société française d'ophtalmologie*, 1886.

² BOUCHERON, *Soc. franç. d'ophtalm.*, 1886.

Signalons cependant le cas que rapporte Panas dans son *Atlas d'anatomie pathologique*. Il s'agit d'une tumeur composée d'éléments sarcomateux, adhérente au cartilage tarse et développée à la suite d'une inflammation meibomienne; mais les relations entre la masse morbide et l'inflammation meibomienne ne sont pas évidentes, dans le cas dont nous parlons.

D'ailleurs, on sait que les relations de la production morbide du chalazion avec le tarse ont été niées très formellement par quelques auteurs, partisans de la troisième opinion.

3°. — Le chalazion serait, à toutes les périodes de son développement, absolument indépendant du cartilage tarse. Ce serait tout simplement un néoplasme du tissu cellulaire de la paupière. Thomas¹, de Tours, a défendu cette opinion dans sa thèse inaugurale sur les tumeurs des paupières; il affirme que le chalazion est complètement distinct du système glandulaire et, le plus souvent, du cartilage tarse. Il s'appuie sur les recherches de Robin, qui a trouvé dans la tumeur des cytoblastions, de la matière amorphe, du tissu lamineux et des vaisseaux. Ainsi constitué, le chalazion est mou, lorsque prédominent les cytoblastions; dur, au contraire, quand prédomine le tissu fibreux et qu'à la périphérie de la tumeur se trouve une zone de tissu cellulaire induré, donnant la sensation d'une poche résistante. Dans certains cas, dit Thomas, le chalazion repose sur le cartilage tarse, mais d'autres fois il en est très éloigné et occupe la région des fibres musculaires; toujours il est indépendant de l'appareil glandulaire. Sur ce dernier point, Thomas est tellement affirmatif qu'il décrit à part, dans un autre chapitre de sa thèse, les kystes meibomiens.

La description de cet auteur est très exacte, sauf en ce qui concerne le siège et l'origine première de l'affection; elle a été à bon droit louée par tous; mais elle ne se rapporte qu'à une catégorie rare de chalazions arrivés à la période la plus avancée de leur développement.

De plus, et ceci est capital, ces tumeurs, contrairement à l'opinion de Thomas, ont, toutes, leur origine dans une périadénite meibomienne.

Les lésions histologiques intéressant le chalazion ont donc été suffi-

¹ THOMAS, *Des tumeurs des paupières*. Th. doct. Paris, 1866.

samment décrites; tous les auteurs ont vu, et très bien vu, une partie de la vérité; mais il nous a paru que personne n'avait exposé l'ensemble de la véritable évolution du mal.

Les auteurs qui s'en tenaient à la notion de kystes athéromateux étaient jusqu'à un certain point dans le vrai, puisque la tumeur commence toujours par une accumulation d'éléments épithéliaux dans les culs-de-sac glandulaires, mais d'autres phénomènes qui leur avaient complètement échappé entrent promptement en scène.

Ceux, plus récents et plus nombreux, qui ont décrit l'adénite et l'inflammation tarsienne ont dit une grande part de vérité; mais il n'est pas suffisamment démontré que le chalazion externe sous-cutané, décrit par Thomas et Robin, venait de cette adénite primitive.

Enfin, ces derniers auteurs ont complètement méconnu l'origine première de la tumeur qu'ils ont décrite.

C'est à montrer la filiation de ces phénomènes, la succession de ces trois phases: 1° rétention d'éléments épithéliaux; 2° adénite, périadénite, et destruction du cartilage tarse; 3° prolifération embryonnaire du tissu cellulaire environnant, que nous avons consacré nos efforts dans un travail déjà ancien (1889).

Anatomie pathologique et pathogénie. — L'histoire de la question que le lecteur vient de lire fait connaître les opinions principales émises sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du chalazion. Nous allons maintenant exposer notre opinion personnelle faite en étudiant de nombreux chalazions enlevés dans le service du professeur Badal et dans notre clinique. Nous décrirons d'abord les faits observés sur quinze malades.

Parmi ces tumeurs, les unes siégeaient à la paupière supérieure, les autres à la paupière inférieure. Tantôt elles faisaient saillie du côté de la conjonctive, tantôt elles proéminaient du côté de la peau; leur volume, leur consistance, leur réaction inflammatoire étaient variables, mais toutes, sans hésitation possible, méritaient bien le nom de chalazion, et c'est pour ne pas allonger inutilement ce travail que nous ne rapportons pas les observations *in extenso*.

L'intérêt clinique de ces cas est, d'ailleurs, aussi limité que possible, car le diagnostic en a toujours été facile et la guérison toujours obtenue d'après les procédés ordinaires décrits dans les classiques.

Les lésions histologiques seules ont donc de l'importance. Nous les exposerons en détail.

Sur les quinze chalazions dont il est ici question, huit ont été vidés par la pression ou par le grattage; dans les autres cas, il a été possible d'extirper, en même temps que le chalazion, le cartilage tarse avoisinant.

L'examen de ces derniers faits a été particulièrement intéressant, car il a permis de préciser les rapports de l'affection avec les glandes de Meibomius.

Les premiers examens nous ont permis d'étudier le contenu du chalazion. La matière molle, blanc rosé, obtenue par le grattage, a été immédiatement traitée par l'alcool, puis dissociée ou coupée après durcissement par les moyens ordinaires.

Cette substance est en grande partie composée de jeunes cellules embryonnaires. Les débris épithéliaux et les matières grasses y sont en très petit nombre; le liquide dans lequel baignent ces cellules ou ces noyaux embryonnaires est plus ou moins abondant; généralement il existe en faible quantité, et la diffluence du contenu du chalazion est simplement due à l'absence de trame, de charpente pour soutenir les cellules, que rien ne relie entre elles et qui, par cela même, ont une grande tendance à diffuser dans les tissus environnants.

Cependant, dans deux cas, nous avons constaté qu'au milieu de l'agglomération cellulaire se formaient déjà deux jeunes vaisseaux, témoins évidents de la tendance de ce tissu à l'organisation.

Sur le contenu du chalazion, durci et monté dans la paraffine, nous avons pu faire des coupes qui révèlent absolument les mêmes détails que les dissociations.

En étudiant le contenu du chalazion, il était indiqué de rechercher les microbes qui ont été récemment décrits par Poncet, au Congrès d'ophtalmologie et à la Société de biologie. Nous avons exactement suivi la technique indiquée par Poncet, dans son travail et dans une lettre parti-

culière qu'il a bien voulu nous écrire, et nous sommes arrivé à des résultats analogues aux siens.

Nous avons fait une double série de préparations.

1° Des coupes et des dissociations fraîches ont été traitées par la teinture de gentiane et la méthode de Gram.

2° D'autres préparations ont été faites, par le même procédé, après avoir au préalable soumis la substance à l'action de l'éther.

Sur les premières coupes nous avons obtenu une très grande quantité de petits noyaux colorés, qui n'étaient que des nœuds de chromatine déposés dans les noyaux des cellules, et au milieu de ces nombreux points violets, il était difficile de préciser la place et la quantité des vrais microcoques.

En revanche, les autres préparations ont été très nettes. Nous avons pendant huit jours laissé dans l'éther la substance extraite du chalazion, après l'avoir, au préalable, divisée en menus fragments; le flacon d'éther était régulièrement agité plusieurs fois dans la journée. Après avoir vidé le flacon, nous avons recueilli les débris tombés au fond, et les avons traités par la teinture de gentiane, la solution iodo-iodurée, l'alcool pur et l'essence de girofle.

C'est ainsi que nous avons obtenu la préparation représentée dans notre travail (*Archiv. d'ophth.*, 1889). Si on la compare aux dessins que donne Poncet, on remarque que les microcoques sont, sur notre figure, beaucoup moins nombreux. De plus, les cellules épithéliales, sur lesquelles ou à côté desquelles nous les avons rencontrés, nous ont paru beaucoup plus rares qu'à l'auteur dont nous avons vérifié les recherches.

Ces cellules sont dégénérées, caduques, après la décoloration par l'éther elles ne gardent plus qu'un vague contour; elles apparaissent sur le fond de la préparation comme une plaque vitreuse, très transparente, parsemée de rares points bleuâtres qui sont les microbes.

Il ne nous paraît pas probable que ces microbes jouent un rôle important dans la pathogénie du chalazion; ce sont là, très probablement, des produits contingents et accessoires; mais si leur rôle est douteux, leur existence n'en est pas moins certaine.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire d'histologie de la Faculté avec le concours de notre excellent ami, M. Ferré, à cette époque chef des travaux histologiques, qui a bien voulu en contrôler les résultats.

Il ne faut pas s'étonner de trouver ainsi, dans tous les chalazions, des cellules épithéliales; ces cellules viennent des parois mêmes de la glande de Meibomius; bientôt ces parois s'effondrent sous la poussée inflammatoire, dont la marche est incessante. Il se fait ainsi dans le tarse, du côté de la conjonctive, une perte de substance comblée par le tissu nouveau que nous avons examiné. Les bords de cette perte de substance sont d'ailleurs en prolifération embryonnaire, et le volume de cette petite tumeur augmente sans cesse, jusqu'au moment de son ouverture spontanée ou accidentelle.

Le chalazion ainsi formé a été appelé chalazion interne, par opposition au chalazion externe, qui se forme à la face antérieure du tarse.

Cette dernière variété, le chalazion externe, a été étudiée sur de nombreuses coupes. La tumeur avait été au préalable extirpée avec une plus ou moins grande étendue du tarse correspondant.

Au sujet de ces dernières préparations, trois ordres de phénomènes doivent être considérés :

- 1° Ceux qui se passent au milieu du cartilage tarse;
- 2° Ceux qui siègent au milieu même de la masse morbide;
- 3° Ceux qui se produisent à la périphérie.

La figure 207 représente une coupe totale de la tumeur; on voit une masse formée de noyaux embryonnaires, entourée d'une épaisse coque fibreuse et reposant sur le cartilage tarse présentant lui-même une glande coupée en long, distendue par des produits de sécrétion et enflammée; étudions séparément ces trois ordres de lésions.

1° *Lésion du cartilage tarse.* — Les glandes meibomiennes sont toutes malades, les figures 207, 208, 209 représentent très exactement le degré de leur inflammation. Elles sont dilatées, altérées dans leur tissu propre et dans leur contenu. On y voit une grande accumulation d'épithélium desquamé, reconnaissable à sa couleur blanche, son indifférence pour le carmin, sa forme irrégulière.

Tantôt les glandes meibomiennes sont coupées transversalement (fig. 209), tantôt la coupe les a prises parallèlement ou obliquement à leur axe. Lorsque la section de la glande est ainsi longitudinale (fig. 208), on voit un large boyau plein de masses épithéliales et, autour de cette

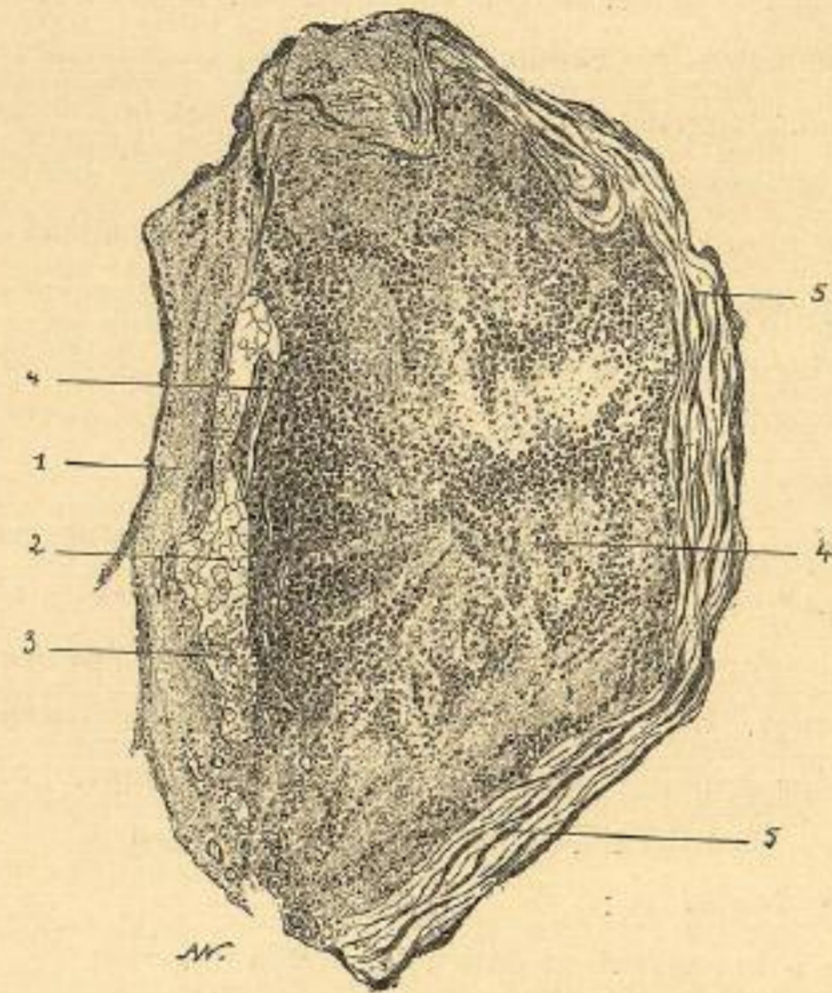


FIG. 207.

1, cartilage tarse ; — 2, glande de Meibomius coupée longitudinalement ; — 3, cellules embryonnaires envahissant la glande ; — 4, tissu du chalazion ; — 5, enveloppe fibreuse (gross. 80).

longue cavité, des acini plus petits (fig. 208), contenant le même produit d'excrétion.

Ces canaux glandulaires ne présentent pas de paroi propre ; leur cavité est limitée par une zone exclusivement formée de noyaux embryonnaires, tassés étroitement les uns contre les autres, et qui ont, à ce niveau, remplacé le cartilage tarse. Ces noyaux sont semblables à ceux qui constituent le contenu du chalazion évacué sur la conjonctive. Ils sont le résultat de la périadénite meibomienne provoquée par la présence des produits épithéliaux intempestivement accumulés.

Dans les cas de chalazion externe, le cartilage tarse (fig. 207, 208) est sain sur son côté conjonctival ; l'inflammation péri-glandulaire est localisée à la moitié antérieure du cartilage. Entre les glandes et le tissu cellulaire anté-tarsien, le fibro-cartilage est presque partout infiltré par

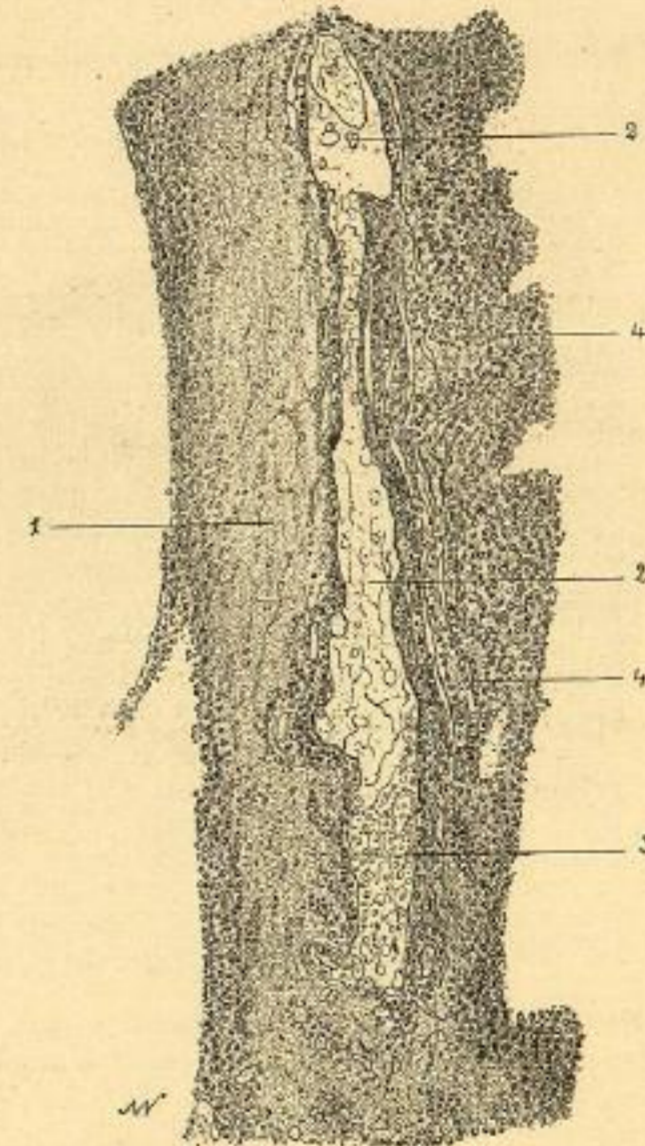


FIG. 208.

1, cartilage tarse ; — 2, glande de Meibomius distendue coupée longitudinalement ; — 3, noyaux embryonnaires envahissant le cul-de-sac glandulaire ; — 4, tissu du chalazion (gross. 250).

des noyaux embryonnaires, qui gagnent ainsi le tissu cellulaire lâche de la paupière, où ils pullulent et prolifèrent en toute liberté.

2° Le milieu de la tumeur, la masse morbide, est exclusivement formée de cellules embryonnaires ; quelques-unes sont fusiformes, mais elles sont en très petit nombre. Sur certaines coupes (voy. fig. 210), au milieu de ces cellules, on remarque un grand nombre de vaisseaux coupés dans tous les

sens. Aucun de ces vaisseaux n'a dépassé sensiblement son premier stade d'évolution. Leurs parois minces présentent cependant un double contour pour un certain nombre d'entre eux (voy. fig. 210).

D'où viennent ces vaisseaux? Nous ne les avons jamais vus provenir du dehors à travers la coque fibreuse. Quelques-uns renferment des globules sanguins bien développés, de telle sorte que leur communication

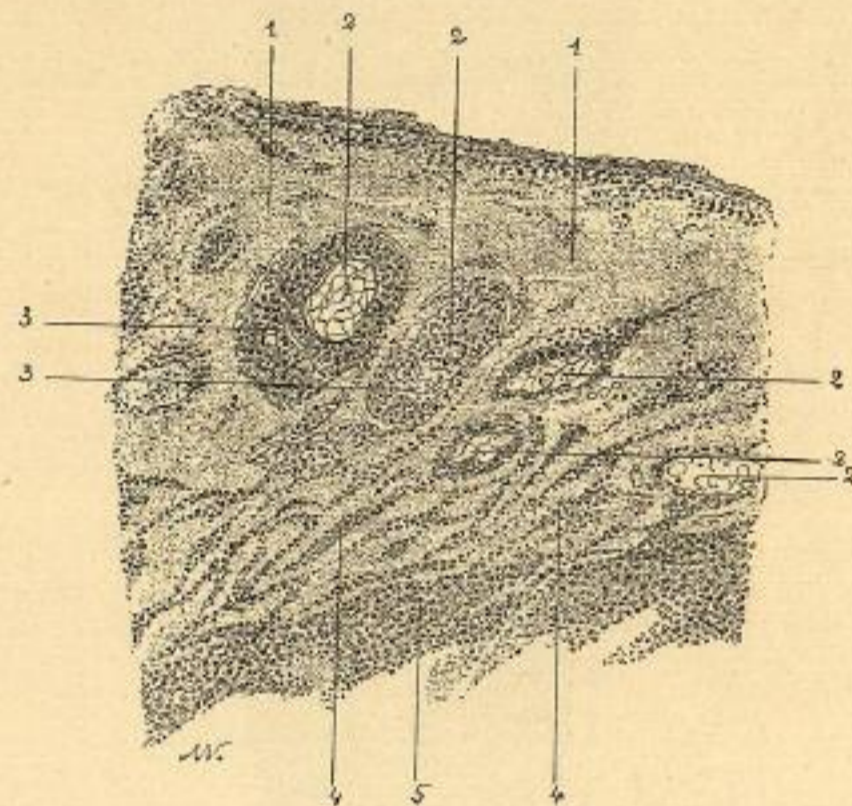


FIG. 209.

1, cartilage tarse; — 2, glandes de Meibomius coupées transversalement; — 3, périadénite; — 4, traînées de cellules embryonnaires propageant l'inflammation en avant du tarse; — 5, tissu du chalazion (gross. 250).

avec la circulation générale est certaine; quant à leur genèse, il est probable qu'elle a lieu, de toutes pièces, aux dépens des cellules du néoplasme. Sur beaucoup de préparations, nous avons vainement cherché les cellules géantes décrites par de Vincentiis et, dans nos premières études sur ce sujet, nous les avons à tort niées; elles existent quelquefois, mais elles sont sans importance sur la signification de l'affection. Poncet ne les a jamais rencontrées.

Les figures 207, 208, 209 et 210 montrent très clairement les lésions, qui permettent absolument d'assimiler la structure du chalazion à celle du bourgeon charnu.

3° *Limites du chalazion.* — Ces limites se présentent sous deux aspects différents; tantôt le chalazion est enkysté, régulièrement entouré par une coque fibreuse, qui forme une barrière très résistante entre le tissu du nodule et le reste de la région; tantôt, au contraire, mais beaucoup plus

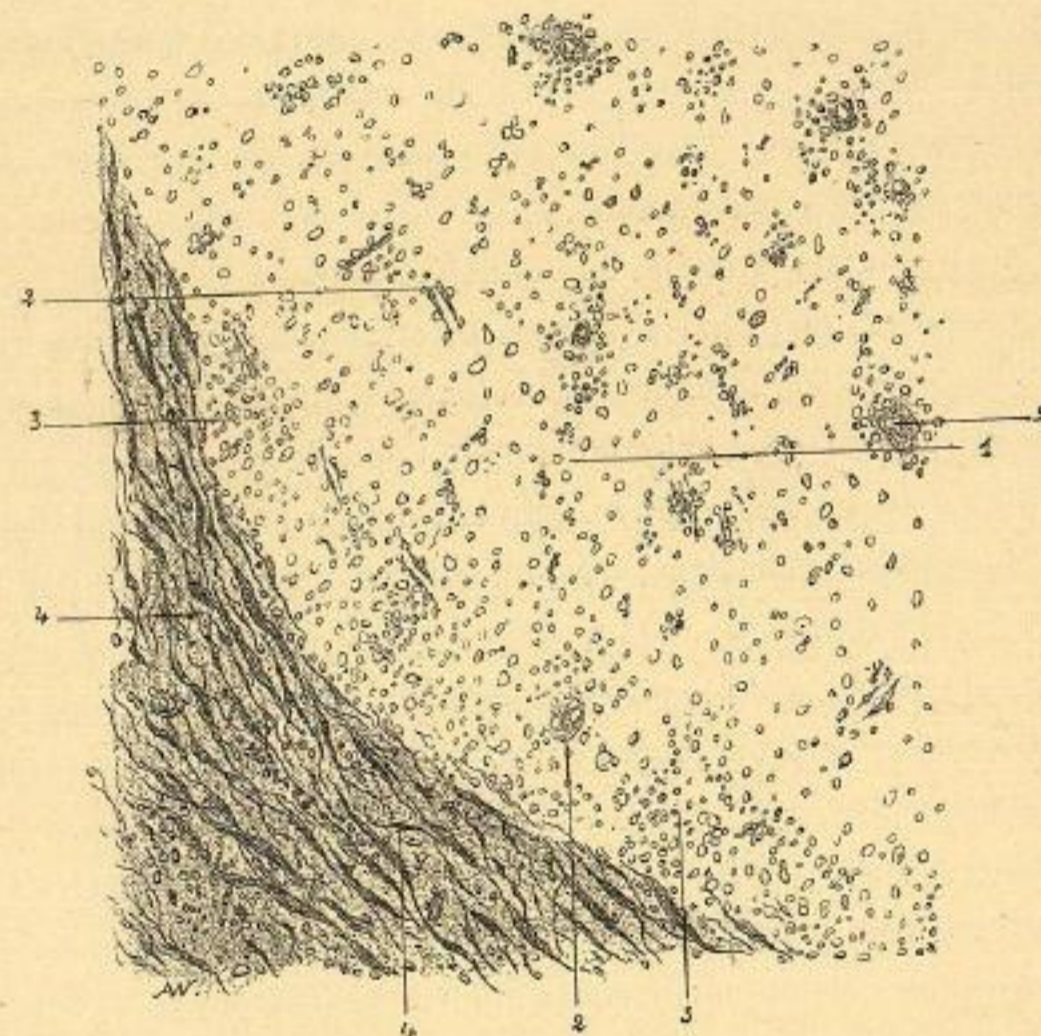


FIG. 210.

1, tissu du chalazion; — 2, vaisseaux jeunes; — 3, cellules embryonnaires; — 4, enveloppe fibreuse (gross. 350).

rarement, il est impossible de trouver une limite nette à la lésion, dont la forme est irrégulière et dont le contenu diffuse au hasard des mailles du tissu conjonctif. Cette disposition se rapporte d'habitude à des chalazions jeunes.

En ce qui concerne l'enkystement ou le non enkystement du chalazion, on observe donc tous les degrés possibles; la formation de l'enveloppe fibreuse est un phénomène accessoire qui dépend des réactions générales du tissu conjonctif, en présence des noyaux embryonnaires,

produits de la périadénite, qui lui arrivent par la face externe du cartilage tarse.

Dans deux des cas que nous avons examinés, il n'y avait pas d'enkystement, les noyaux embryonnaires étaient disséminés au-devant du tarse; il est vraisemblable qu'au bout d'un certain temps une barrière conjonctive se serait développée à leur contact. Au contraire, dans d'autres cas, la coque fibreuse présentait près d'un millimètre d'épaisseur. Cette coque n'envoyait dans l'intérieur du nodule aucune travée conjonctive, elle jouait le rôle d'un véritable sac, n'ayant avec son contenu que des rapports de contact (voir fig. 207 et 208).

On comprend que l'épaississement de cette poche d'une part, d'autre part l'organisation vasculaire et conjonctive du nodule, augmentent la consistance de la production morbide et que le chalazion se présente ainsi sous l'aspect général d'un fibrome. La forme et la sensation spéciales de certains chalazions, très durs et très anciens, n'ont pas besoin d'autres explications.

Tels sont les faits et les résultats de leur examen. En quoi ces résultats différent-ils de ceux qui ont été précédemment acquis ou de ceux qui ont été mis en lumière depuis notre travail déjà ancien.

Comme Poncet, nous avons reconnu l'existence de bactéries dans l'épithélium; avec de Vincentis nous pensons que le chalazion a toujours pour cause une adénite meibomienne; mais ces auteurs ne se sont occupés que de ce qui se passe dans le cartilage tarse et n'ont rien dit de la pathogénie du chalazion externe, saillant sous la peau.

De plus, le contenu du chalazion interne, celui qu'on vide en incisant la conjonctive, a été peu étudié; si l'on en croit Poncet, on y trouve une grande quantité d'épithélium et de produits glandulaires. Nous croyons les épithéliums beaucoup moins nombreux; la substance est presque exclusivement composée de cellules embryonnaires.

Mais ce sont surtout les lésions du cartilage tarse qui avaient été négligées. C'est du processus ulcératif qui l'atteint que dépend la variété de chalazion (chalazion interne ou externe). Les glandes de Meibomius étant plus rapprochées de la face interne du cartilage que de la face externe, on comprend que les produits de la périadénite fassent de préfé-

rence saillie sous la conjonctive. Plus rarement, le tarse se laisse envahir dans sa moitié externe ou antérieure, et l'adénite, après avoir détruit cette partie du cartilage, gagne le tissu cellulaire voisin. Ce fait de la propagation de la périadénite au tissu cellulaire n'avait jamais été décrit avec toute la netteté désirable.

En ce qui concerne le contenu du nodule, nous avons constaté les faits déjà exposés par beaucoup d'auteurs, à savoir que le tissu du chalazion est celui du granulome. Toutefois nous n'avons vu qu'un petit nombre de cellules géantes et nous ne croyons pas qu'il convienne de donner une place importante à ces cellules dans la structure de la néoplasie.

Parmi les travaux qui ont été publiés en France sur le chalazion, il importe de citer ici celui de Priouzeau¹, élève du professeur Dianoux (de Nantes). Cet auteur, après avoir accepté ce que nous avons écrit sur l'évolution et l'anatomie pathologique du chalazion, s'est appliqué à préciser le rôle des éléments infectieux dans l'étiologie de cette affection.

Il place, au début du chalazion, une conjonctivite à forme spéciale, dont les sécrétions contiennent une ou plusieurs espèces de microbes, en général le staphylocoque; ces microbes produiraient le chalazion, en envahissant les conduits excréteurs et en provoquant l'adénite meibomienne.

Nous reproduisons ici le tableau des différents microbes rencontrés dans vingt-huit examens bactériologiques du chalazion (Priouzeau).

	A L'ÉTAT DE PURETÉ	ASSOCIÉS	TOTAL
Staphylocoque	6	18	24
Diplobacille de Morax	»	7	7
Pneumocoque de Friedlander	»	6	6
Streptocoque	2	4	6
Tétragène	1	1	2
Leptothrix	»	2	2

Nous croyons qu'en effet ces microbes jouent un rôle important; mais que de malades ont des conjonctivites à staphylocoques sans avoir de chalazion. Il faut encore que, dans la glande, se produisent des modifications spéciales la prédisposant à l'inflammation. Ces modifications peu-

¹ PRIOUZEAU, *L'étiologie du chalazion*. Th. Paris, 1897, et *Annales d'oculistique*, 1898, t. CXIX, p. 126.

vent tenir à l'état général du sujet; elles tiennent surtout aux troubles de la circulation apportés dans les paupières par les spasmes et les fatigues qu'entraînent les vices de réfraction non corrigés. Les microbes, qui existent toujours en plus ou moins grande quantité dans notre flore conjonctivale, trouvent dans les glandes ainsi préparées un terrain de culture qui leur est très favorable. Telle est, à notre avis, la meilleure façon d'envisager l'étiologie du chalazion et la juste part qui revient aux causes diverses dont la clinique et la bactériologie nous révèlent l'existence.

Symptômes et diagnostic. — Il paraîtrait à tous superflu des arrêter longuement sur les symptômes du chalazion. Il consiste dans une grosseur, unique assez souvent, mais plus souvent multiple; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer sur la même paupière 2, 3 et 4 chalazions de différents volumes; la paupière en est quelquefois comme farcie et déformée sur toutes ses parties. Au point de vue clinique, cette néoplasie se subdivise en chalazion interne et chalazion externe, selon qu'elle fait saillie du côté de la conjonctive ou du côté de la peau. Elle se présente dans tous les cas comme une petite grosseur accompagnée de phénomènes inflammatoires variables, quelquefois nuls, quand le chalazion est ancien, quelquefois accusés au point de masquer la néoplasie. Ces phénomènes inflammatoires existent tantôt dans le chalazion au début, tantôt sur un chalazion déjà ancien, jusque-là indolent et bien enkysté. Il n'est pas rare de voir, à la suite de ces accidents inflammatoires, le chalazion s'ouvrir, s'éliminer et disparaître ainsi spontanément.

Il n'est pas rare non plus de voir lentement rétrocéder un jeune chalazion, surtout lorsqu'on a judicieusement combattu les causes de l'affection; pommade jaune contre les éléments infectieux, et verres appropriés contre les vices de réfraction; la guérison peut ainsi survenir d'elle-même en quelques semaines.

Le diagnostic différentiel ne se pose qu'avec le sarcome de la paupière, et nous allons dire plus loin tout ce qu'il importe de savoir à ce sujet (p. 782 et suiv.).

Traitement. — Il sera bon de ne pas se hâter de recourir au traitement

chirurgical, à moins qu'il ne s'agisse d'un gros chalazion très ancien et entouré d'une coque épaisse; si la pseudo-tumeur est à son début, le traitement par les pommades et par les verres peut en venir aisément à bout, et il ne faut pas manquer d'essayer ce traitement pendant quelques semaines; si, au contraire, la néoplasie est ancienne et bien enkystée, il faut recourir, sans trop de retard, au traitement chirurgical, qui consistera dans l'incision du chalazion et son curettage attentif. Cette incision sera faite, autant que possible, du côté de la conjonctive. Cependant, dans le cas de chalazion externe fortement saillant sous la peau, on se trouvera bien de disséquer la poche et de l'enlever, sans l'ouvrir, à travers une incision cutanée, qu'on réunira ensuite par un ou deux points de suture et qui guérira sans laisser de traces.