

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC DES TUMEURS DES PAUPIÈRES

En présence d'une affection des paupières présentant les caractères d'une tumeur, il faut se poser et résoudre trois questions :

1° S'agit-il d'une vraie tumeur ou d'une fausse tumeur ? d'un néoplasme ou d'une néoplasie infectieuse ou spécifique ?

2° S'il s'agit d'une pseudo-tumeur, doit-on songer à une lésion syphilitique, tuberculeuse ou à un chalazion ?

3° S'il s'agit d'une vraie tumeur, a-t-on affaire à un kyste, à une tumeur vasculaire, à un néoplasme quelconque, d'origine conjonctive ou épithéliale ?

1° **S'agit-il d'une vraie ou d'une fausse tumeur ?** — Les néoplasmes ont pour caractère majeur, aux paupières comme ailleurs, d'être en voie incessante d'organisation ; quand ils ne s'accroissent pas, ils modifient leur substance dans le sens d'une durée indéterminée ; ils sont, habituellement, le résultat d'une évolution spontanée, rarement d'un traumatisme ; cette évolution est lente, régulièrement progressive, exempte de toute poussée inflammatoire ; le malade, qui en est atteint, souvent ne souffre pas, et, à cause de l'absence de douleurs, il consulte tard, trop tard, le chirurgien compétent. Il n'est pas fréquent, dans les tumeurs des paupières, de constater l'engorgement des ganglions, même dans les épithéliomas palpébraux, et il y a là un fait assez particulier à cette région de la face, car d'habitude les épithéliomas entraînent d'assez rapides désordres dans le groupe des ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques intéressés. Les pseudo-tumeurs syphilitiques et tubercu-

leuses, au contraire, infectent les ganglions de très bonne heure, et l'on peut poser en principe que l'engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires est une présomption en faveur de l'existence d'un faux néoplasme.

A la surface des néoplasmes ulcérés se produisent souvent des hémorragies spontanées ou provoquées par le moindre attouchement ; et, quand il existe une ulcération, cette ulcération s'étend en profondeur, sous un bourrelet saillant, infiltré de cellules morbides gagnant les tissus voisins et agrandissant le mal.

Tout autre allure ont les faux néoplasmes. Quand ils sont infectieux, comme le chalazion, ils ont à leur origine une inflammation locale ; il existe, en effet, une conjonctivite à chalazion, sur laquelle Dianoux a justement attiré l'attention ; et quand le chalazion n'est pas la conséquence d'une inflammation conjonctivale, il est le résultat d'une irritation locale entretenue par les efforts d'accommodation qu'impose un vice de réfraction non corrigé, surtout l'hypermétropie et l'astigmatisme.

De plus, l'affection qui peut revêtir dès le début une apparence chronique, et prendre une marche lente, s'accompagne plus ou moins d'une inflammation localisée à telle ou telle partie de la paupière ; si bien que cette inflammation, devenant suppurative, peut être la cause de la guérison spontanée de la petite tumeur. Au cours du développement du chalazion peuvent se produire, du reste, de gros accidents inflammatoires, phlegmoneux, qui éloignent de l'esprit toute idée de néoplasme. Enfin, ces néoplasies infectieuses sont souvent multiples et se reproduisent aussi longtemps que la cause locale et infectieuse persiste dans la paupière.

Les néoplasies syphilitiques et tuberculeuses ont, à leur base, les diathèses incriminées, dont il sera souvent facile de déceler les traces sur les malades, et elles offrent, dans leur marche, une allure qui diffère sensiblement de celle des néoplasmes ; elles présentent en outre des caractères sur lesquels nous allons insister, en cherchant à différencier les unes des autres les diverses espèces de pseudo-tumeurs.

2° **Reconnaitre la variété de pseudo-tumeur.** — Étudions successivement les néoplasmes syphilitiques, tuberculeux et le chalazion.

La syphilis provoque sur les paupières l'apparition de chancres et de gommés, qui, au point de vue du diagnostic, méritent d'être rapprochés des vrais néoplasmes.

Le chancre dur peut, en effet, se présenter sous la forme d'une tumeur; entre cent exemples que nous pourrions donner, pour citer ici un cas typique, nous résumerons l'observation que Ricord<sup>1</sup> a publiée, il y a plus d'un demi-siècle; il s'agit d'un malade qui portait une tumeur à la paupière inférieure, au grand angle de l'œil, tumeur dure, rénitente, élastique, à surface rouge, granulée, en voie de cicatrisation. Les ganglions préauriculaires étaient engorgés, indolents, rénitents, les ganglions cervicaux un peu tuméfiés. La surface du corps était couverte de taches exanthématiques se rattachant à la roséole; le malade avoua, qu'après certains attouchements, il fut pris d'une vive démangeaison à l'œil, où il porta la main et qu'il frotta pendant un temps assez long. Le chancre avait apparu dans les délais ordinaires. En présence d'une tumeur palpébrale suspecte, il faudra toujours avoir présent à la mémoire les détails typiques de cette observation; c'est parce qu'on ne pense pas assez au chancre de la paupière qu'on commet encore quelquefois des erreurs de diagnostic, ainsi que cela nous est arrivé dans le cas suivant, publié par notre élève Mazet<sup>2</sup> (de Marseille).

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, de très bonne apparence, qui se présenta à nous dans l'état suivant: le milieu du bord marginal de la paupière inférieure droite est le siège d'une légère rougeur, sans caractères extraordinaires et au niveau de laquelle on ne constata pas la moindre ulcération. La paupière retournée, nous mettons à découvert une petite érosion arrondie, bien limitée, du volume d'une lentille, et située à 1 millimètre du bord marginal; cette érosion est sur le même plan que les tissus voisins, car la perte de substance est minime. Les bords, un peu congestionnés, ne sont pas surélevés, ne forment pas bourrelet et se présentent sans caractères bien remarquables. Le centre de la lésion offre un aspect chagriné, de couleur jaunâtre. Peu de suintement à la surface.

<sup>1</sup> RICORD, *Annales d'oculistique*, t. XXIV, p. 233, 1850.

<sup>2</sup> MAZET, Du chancre syphilitique de la conjonctive. *Marseille médical*, 1897.

En prenant cette érosion entre les doigts, on constate une petite induration profonde et arrondie, au niveau de laquelle la peau de la paupière présente un peu de rougeur. Dans son ensemble, la lésion offre toutes les apparences de l'inflammation chronique d'une glande de Meibomius.

En raison de l'inflammation conjonctivale et de l'œdème des paupières, qui ont précédé la diminution du volume de cette petite tuméfaction, nous pensons avoir affaire à un petit chalazion suppuré, ouvert spontanément à l'extérieur. Aussi sans nous préoccuper outre mesure de cette légère affection, nous ordonnons à la malade quelques massages à la pommade au bioxyde jaune de mercure pour activer la disparition du reliquat de la lésion.

Après huit jours de ce traitement la malade revient nous trouver. L'état local de l'affection conjonctivale s'étant peu amélioré, nous nous proposons de pratiquer un petit raclage de la lésion; mais, en procédant à un nouvel examen, notre regard est attiré par un gonflement des régions préauriculaire et sous-maxillaire. A la palpation nous constatons alors un engorgement des ganglions préauriculaires, parotidiens et sous-maxillaires. Cet engorgement va même plus loin et s'étend aux ganglions des régions cervicale et susclaviculaire. La pléiade ganglionnaire formait ainsi une véritable chaîne allant de l'oreille à la clavicule.

Cette constatation vient éclairer notre diagnostic et nous pensons aussitôt à un chancre de la conjonctive. L'âge de la malade, l'adénite polyganglionnaire dès le début, la rapidité d'évolution de la lésion et surtout son aspect nous ont permis, en effet, d'écarter de prime abord la tuberculose et l'épithélioma.

Le diagnostic de chancre syphilitique admis, il restait à trouver l'origine de l'infection, le mode de contamination, ce qui n'est pas toujours facile eu égard à la situation de la lésion et étant donné surtout l'âge de la malade.

Comme, dans ces conditions, les petits enfants sont de puissants agents de propagation de la syphilis, c'est dans ce sens que nous avons poussé notre interrogatoire. Bien nous en a pris, car notre malade nous accuse, en effet, que, environ deux mois auparavant, elle avait gardé et soigné pendant quelque temps un petit enfant de sa fille. Celui-ci était

mort, à l'âge de 5 mois, couvert de syphilides pustuleuses. Dans ce cas la contamination, sous ses différentes formes, était donc des plus faciles.

Après un mois de traitement spécifique, la guérison du chancre était complète.

Le chancre palpébral peut donc être confondu avec un chalazion ulcéré et, toutes les fois que cette affection se présentera d'une façon tant soit peu anormale, il faudra rechercher les signes du chancre syphili-



FIG. 211. — Chancre infectant de la paupière.

tique infectant ; cet accident syphilitique se reconnaîtra grâce à sa marche rapide, au caractère d'induration de sa base (fig. 211) et surtout grâce à l'adénopathie syphilitique, qui ne manque jamais en pareil cas. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont toujours engorgés, alors qu'ils ne le sont jamais dans le sarcome, et presque jamais dans l'épithélioma. De plus le chancre présente autour de lui une zone inflammatoire, souvent même de l'œdème du tissu sous-cutané, quelquefois de véritables accidents phlegmonneux, désordres qui font absolument défaut dans les néoplasmes vrais. Enfin, les notions étiologiques viendront encore au secours de ce diagnostic assez facile.

Il est moins aisé de reconnaître les gommés des paupières, et il faut

avoir bien présents à l'esprit les caractères généraux de cette affection, que nous allons ici résumer.

Les gommés de la conjonctive palpébrale sont quelquefois les seules manifestations tertiaires de la syphilis de l'œil ; elles peuvent occuper indistinctement la paupière supérieure ou la paupière inférieure, et il n'est pas rare qu'elles existent sur les deux yeux à la fois ; elles peuvent, dans ce cas, affecter une disposition symétrique.

Le plus souvent le début de l'affection est insidieux, le patient ne s'aperçoit que d'une certaine lourdeur, d'un peu de gêne dans les mouvements des paupières ; la conjonctive est soulevée par plusieurs petites grosseurs qui ressemblent à des chalazions, et ce n'est qu'avec l'apparition de l'ulcération qu'on commence à être fixé sur le diagnostic.

Quelquefois le début de l'affection s'accuse par des phénomènes inflammatoires siégeant sur le bord ciliaire, envahissant assez vite la presque totalité du voile palpébral et s'accompagnant d'un œdème considérable ; au-dessous de la peau, rouge et violacée, on sent le tarse gonflé ; en quelques jours ces phénomènes inflammatoires s'amendent et l'ulcération apparaît.

Que le début soit insidieux ou aigu, il se forme sous la conjonctive plusieurs petites tumeurs dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette ; la conjonctive, hyperhémée à ce niveau, présente de petits points jaunâtres, au nombre de deux ou trois pour chaque saillie ; on peut, avec Trousseau<sup>1</sup>, qui a écrit sur ce sujet un excellent travail, donner à cette période le nom de période d'éruption.

Bientôt arrive la période de ramollissement et d'ulcération, période qui n'apparaît pas au même moment pour toutes les élevures, si bien qu'on peut voir sur la conjonctive des élevures ulcérées et non ulcérées.

Les ulcérations gommeuses sont rondes, leurs bords sont taillés à pic, le fond déchiqueté, recouvert d'une pellicule grise et jaunâtre, et ressemblant à des morceaux de filasse. Quand les lésions sont voisines, elles se réunissent en formant un groupe dans lequel on trouve des ulcérations inégalement profondes, affectant la disposition caractéris-

<sup>1</sup> TROUSSEAU, *Annales de dermatologie*, 1888.

tique d'une marche d'escalier. Entre les ulcères la conjonctive est boursoufflée et ecchymotique, et présente des phénomènes inflammatoires réactionnels plus ou moins marqués, selon les infections secondaires qui peuvent venir s'ajouter à l'infection spécifique. Les ganglions correspondants sont engorgés.

Tout rentre dans l'ordre sous l'influence du traitement qui, dans tous les cas, sera la pierre de touche, ne permettant pas au diagnostic de s'égarer; rapidement l'ulcération se déterge et en quelques semaines une cicatrice fibreuse, blanchâtre, vient remplacer les ulcérations spécifiques.

Le diagnostic de la gomme devra être fait avant l'ulcération et après l'ulcération.

La gomme non ulcérée ne peut être confondue qu'avec le sarcome, l'épithéliome des glandes de Meibomius et surtout le chalazion. Avec le chalazion, elle a beaucoup d'analogie, et si l'étiologie syphilitique n'est pas bien nette, il faudra souvent attendre quelques semaines pour que le diagnostic soit certain; avec l'épithélioma Meibomien, elle présente aussi d'assez grandes ressemblances, d'autant plus que la gomme peut se développer dans le cartilage tarse, qui gonfle, se déforme sous la poussée syphilitique comme sous l'influence de la diathèse causale de l'épithélioma. Si la gomme ne s'accompagne pas d'autres manifestations syphilitiques, on restera dans le doute, et le traitement spécifique sera nécessaire pour établir le diagnostic véritable.

Lorsque la gomme est ulcérée, son diagnostic est à faire avec l'épithélioma et surtout avec une affection tuberculeuse. L'épithélioma a un rebord saillant, induré, taillé à pic ou en biseau, un fond sanglant, irrégulier; il creuse en profondeur et en largeur, surtout le long de la marge palpébrale (fig. 2, Pl. IX), tend à envahir la conjonctive bulbaire et, par là, s'infiltrer dans l'orbite; enfin, l'épithélioma est unique. La gomme, au contraire, est multiple, le ramollissement de son contour amène la nécrobiose de presque toute la masse qui la constitue, il ne reste plus que des bords décollés, frangés, sinueux, déchiquetés par la suppuration qui vient achever la destruction et l'élimination de la néoplasie syphilitique. En se groupant les gommules ulcérées forment des excavations d'inégale profondeur.

Plus difficile est le diagnostic de la gomme syphilitique ulcérée et de la tuberculose palpébrale, nous pourrions dire de la gomme tuberculeuse, car les deux productions syphilitique et tuberculeuse ont bien des points de contact. Il peut, en effet, se développer sur la paupière des ulcérations profondes, térébrantes, détruisant quelquefois très vite une grande partie des téguments et des parties profondes. Armaignac<sup>1</sup> a publié une observation de tuberculose de la paupière, d'autant plus intéressante que l'affection fut prise pour un épithélioma par tous ceux qui l'examinèrent; la lésion consistait en une échancrure palpébrale, correspondant à l'extrémité d'un sillon profond, aux bords durs et cicatriciels; de chaque côté du sillon, la muqueuse conjonctivale était épaisse, rouge, couverte de fongosités mûriformes très dures, entre lesquelles existaient des sillons profonds et des brides cicatricielles. L'affection ressemblait beaucoup à un vieux trachome négligé, ayant atteint le maximum de son développement. L'examen histologique fut pratiqué par Sabrazès et montra qu'il s'agissait d'un processus tuberculeux à évolution nodulaire, développé aux dépens des régions sous-papillaires de la conjonctive palpébrale. Le malade succomba d'ailleurs à une tuberculose laryngée, consécutive à la lésion conjonctivale.

Nous citerons encore une très belle observation recueillie à Gand dans le service de van Duyse par A. Haemers<sup>2</sup>; il s'agissait d'un enfant de 8 mois, présentant, à la partie externe des deux paupières, une perte de substance à fond grisâtre, lardacée, à bords taillés à pic et infiltrés (fig. 212). Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires s'étaient engorgés deux semaines après le développement de la muqueuse; un fragment de l'ulcère fut excisé et il fut fait, dans l'œil d'un lapin, une inoculation positive; il y avait des bacilles de Koch, avec de nombreuses cellules géantes. L'enfant était atteint d'une entérite non tuberculeuse, ainsi que l'autopsie le démontra; de telle sorte qu'il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'une tuberculose conjonctivale primitive.

<sup>1</sup> ARMAIGNAC, Tuberculose primitive de la conjonctive palpébrale et de la caroncule, suivie de tuberculose pulmonaire et laryngée. Mort. *Annales d'oculistique*, 1897.

<sup>2</sup> HAEMERS, Note sur un cas de tuberculose de la conjonctive. *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1900.

A la Société d'ophtalmologie de Paris (juin 1901), Chevallereau et Chaillous ont fait connaître un autre fait du même ordre, qui mérite aussi de nous arrêter à cause même de la rareté de pareilles observations. Il s'agissait d'un enfant de 9 ans, chez lequel apparut, à l'angle interne des paupières droites, un petit bouton qui, peu à peu s'ulcéra, grandit, en envahissant à la fois les deux paupières; quatre mois après l'angle interne des paupières, sur une longueur d'environ 1 centimètre, était occupé par une ulcération très irrégulière, surtout à l'union de la peau

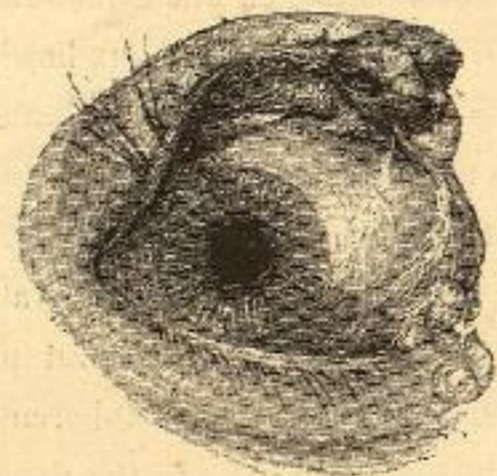


FIG. 212. — Ulcère tuberculeux de la conjonctive (HAEMERS).

Oeil gauche et ses annexes enlevés à l'autopsie. Le canthus externe a été sectionné, et la paupière supérieure a été relevée. Le bord libre est dépourvu des cils dans ses 2/3 externes; il présente une encoche en rapport avec la perte de substance de la région externe (2 diamètres)

et de la muqueuse; en haut, l'ulcération s'étendait jusqu'au niveau du point lacrymal supérieur.

Le fond de l'ulcération était mamelonné, recouvert par places d'un léger exsudat. Les bords, au même niveau que l'ulcération elle-même, sont très nettement indurés, et cette induration s'étend sur une largeur de 5. à 6 millimètres; à l'angle interne, la paupière présente une fente verticale profonde, formant deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure. Le ganglion préauriculaire et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Il y a des signes de tuberculose pulmonaire; la nature tuberculeuse de la lésion fut d'ailleurs confirmée par l'expérimentation.

Ces faits de gomme tuberculeuse des paupières sont des raretés, mais il existe, au niveau de la paupière, un processus tuberculeux beaucoup plus commun et qu'il faut bien connaître, c'est le lupus.

Cette affection atteint souvent la paupière consécutivement et par extension d'un lupus du nez, de la joue ou de la tempe; il est probable que l'affection tuberculeuse vient souvent dans la conjonctive par les canalicules lacrymaux. Arnozan a insisté sur les cas où le lupus de la face est la conséquence d'une tumeur lacrymale fistuleuse, la fistule étant ici la route suivie par l'infection. Les voies lacrymales normales jouent le même rôle au point de vue de la propagation de la tuberculose du nez à la muqueuse de l'œil. Mais le lupus peut aussi atteindre primitivement les voiles membraneux; quelle que soit son origine, il se présente d'habitude sous forme de tubercules rougeâtres et transparents qui s'excorient et se réunissent; il en résulte une large ulcération unique, à bords festonnés et rougeâtres. La guérison spontanée a lieu parfois sur un point, pendant que le reste de l'ulcération progresse d'une façon indéfinie; il résulte de cette progression une destruction quelquefois complète des paupières, de l'ectropion, du symblépharon, etc. A ce degré l'aspect du lupus est caractéristique, il n'y a aucune lésion de la paupière qui puisse le simuler; mais à la période d'état et au début, son diagnostic peut être très difficile.

En présence de pareilles lésions il faut recourir au laboratoire. Le meilleur moyen de diagnostic consiste, en effet, à faire la recherche du bacille dans les produits excrétés par l'ulcère, et à l'étude bactériologique qui peut être extemporanément faite par un frottis, on devra ajouter l'examen histologique d'un fragment enlevé et l'inoculation de ce fragment dans l'œil ou sous la peau d'un cobaye. Cette inoculation sera même nécessaire dans bon nombre de cas où les bacilles feront défaut dans les préparations histologiques; le fait de ne pas rencontrer de bacille ne prouve pas que l'affection ne soit pas tuberculeuse. La preuve expérimentale par l'inoculation est seule décisive en pareil cas. On aura ainsi une démonstration vraiment scientifique de l'existence ou de l'absence de la tuberculose; mais avant ces recherches de laboratoire, et en dehors d'elles, la clinique fournira de précieuses indications: dans la tuberculose ulcérée on verra quelquefois de véritables granulations miliaires, plus souvent de petits îlots blanchâtres, caséeux; de plus, les ulcérations tuberculeuses de la paupière, comme celles de la langue, celles de la bouche

et de l'arrière-gorge sont douloureuses, tandis que les désordres syphilitiques, comme d'ailleurs les tumeurs malignes, sont remarquables par leur indolence. Notons enfin que l'engorgement ganglionnaire, tardif dans l'épithélioma, inconstant dans les affections syphilitiques tertiaires, est la règle dans les ulcérations tuberculeuses; mentionnons aussi l'importance capitale que, dans cette question du diagnostic, aura l'étude très attentive de l'état général du sujet.

Mais, il faut le dire en terminant cet exposé, il y a des cas dans lesquels le diagnostic est vraiment bien complexe: ce sont ceux qui se rapportent à la forme serpiginieuse ou tuberculeuse de la syphilis; ils sont constitués par des ulcérations très malignes, tenant à la fois du lupus et de la gomme, détruisant profondément les tissus, se recouvrant de croûtes et se terminant par la production de graves cicatrices intéressant les parties profondes.

En pareil cas, la clinique et le laboratoire réunis auront de la peine à donner un diagnostic complet; mais le praticien n'oubliera pas que la syphilis est, avant tout, la diathèse causale contre laquelle devront être dirigés les efforts de la thérapeutique.

Le chalazion entraîne quelquefois des accidents inflammatoires très accusés, surtout quand il siège au niveau des commissures; à cet endroit le tarse est beaucoup moins épais qu'au milieu de la paupière, et les glandes de Meibomius y sont beaucoup moins emprisonnées. La néoplasie, dès qu'elle se développe à ce niveau, est en plein tissu sous-conjonctival, tissu délicat, se laissant infiltrer et boursouffler très rapidement; il en résulte que le chalazion des commissures retentit avec une très grande facilité sur le tissu sous-conjonctival et donne lieu à des accidents phlegmoneux ou quasi phlegmoneux.

Dans ces conditions on peut aller jusqu'à confondre le chalazion avec une ophtalmie purulente, blennorrhagique ou autre; bien vite, on verra qu'il n'en est rien, en examinant la surface conjonctivale, qui ne contient pas les éléments purulents caractéristiques.

Le chalazion ne sera pas confondu avec le petit phlegmon pilosébacé

qui se développe au niveau des cils (orgeolet): l'inflammation des glandes ciliaires se passe au-devant du tarse qui protège la conjonctive, tandis que dans le chalazion la propagation se fait rapidement à la muqueuse tarsienne.

Dans la paupière supérieure on trouve encore un appareil glandulaire, la glande lacrymale palpébrale, pouvant donner lieu à des adénites, souvent confondues avec le chalazion; mais on remarquera que la glande est située dans la paupière, au-dessus du bord supérieur du tarse, l'inflammation et la tuméfaction seront donc indépendantes du tarse et tendront à se propager en haut, vers la glande orbitaire, tandis que le chalazion, né en plein tarse, est situé beaucoup plus bas.

Ceci dit pour la forme aiguë du chalazion, ajoutons que le plus souvent cette tumeur revêt la forme chronique; cette forme chronique prête aussi à un certain nombre d'erreurs de diagnostic. On a confondu le chalazion avec les gommés syphilitiques ou tuberculeuses de la paupière, et nous venons plus haut de nous expliquer à ce sujet; ajoutons ici qu'on a quelquefois confondu le chalazion, adénite simple, avec l'épithélioma meibomien. Au premier examen, l'erreur de diagnostic est, en pareil cas, très facile, la récidive qui suit l'intervention opératoire et l'examen anatomo-pathologique viendront révéler la gravité de la lésion et sa nature; il en est de même du sarcome; il est arrivé à beaucoup de cliniciens de pratiquer l'extraction régulière d'un chalazion et de le voir ensuite récidiver en bourgeonnant très vite; on se rend compte alors qu'il s'agit d'une tumeur sarcomateuse et non d'un granulome; il n'est pas impossible, d'ailleurs, que l'idiosyncrasie du sujet n'ait, après la première intervention, et sous le coup même du traumatisme opératoire, transformé la néoplasie bénigne, le granulome, en une tumeur maligne sarcomateuse. Les anatomo-pathologistes savent bien qu'au point de vue de la structure, ces deux productions se ressemblent, et que la malignité de la seconde tient à un *primum movens* dont la nature est encore pleine d'obscurité.

3° Diagnostic des diverses variétés de néoplasme. — Nous passerons successivement en revue les angiomes, les kystes, l'élé-

phantiasis, le névrome plexiforme, le sarcome, le lymphome et les diverses variétés d'épithélioma.

ANGIOMES. — Les angiomes des paupières, presque toujours congénitaux, sont tantôt des tumeurs érectiles, tantôt des taches rouges, communément connues sous le nom d'envies.

Les taches rouges sont très communes à la naissance, elles consistent dans la dilatation des vaisseaux intra-dermiques, et nous savons que cette dilatation est très fréquente dans les téguments des nouveau-nés; habituellement, peu de temps après la naissance, ces taches s'effacent; quelquefois, au contraire, elles grandissent, gagnent en étendue et en profondeur et finissent par constituer une véritable tumeur érectile.

Quand l'altération vasculaire gagne les parties profondes, c'est-à-dire les vaisseaux sous-dermiques, la tumeur érectile atteint quelquefois un volume assez important (Pl. VIII, fig. 1); sa coloration à travers la peau est bleuâtre, elle est molle et donne au toucher la sensation d'un oreiller de plumes pressé entre les doigts; elle est réductible, diminue ou augmente de volume selon la position de la tête, devient turgescente avec les cris; il n'y a ni souffle, ni thrill, à moins qu'avec les années l'angiome ne se transforme en tumeur pulsatile.

Le diagnostic de ces angiomes est, en général, facile; il ne peut présenter aucune difficulté pour les angiomes superficiels; les angiomes sous-cutanés ne peuvent être confondus qu'avec les lipomes et les kystes; la coloration bleuâtre du néoplasme, les variations de son volume, sa réductibilité, toujours très sensible, quelquefois complète, conduiront au diagnostic.

KYSTES. — Le diagnostic des kystes des paupières n'est pas beaucoup plus compliqué; laissant ici de côté le chalazion, qui est une pseudo-tumeur d'origine infectieuse, nous signalerons, parmi les kystes des paupières: a) les kystes transparents du bord libre; b) le millium ou millet; c) le molluscum; d) les kystes huileux de l'angle interne; e) les kystes hydatiques.

a) Les kystes transparents sont formés par de petites vésicules qui siègent sur la levre antérieure du bord libre, dans les interstices des cils et en avant d'eux, surtout dans le voisinage du grand angle et à

la paupière inférieure; le siège de ces kystes est déjà caractéristique, leur aspect l'est plus encore, ils sont pleins d'un liquide transparent, limpide, qui n'est autre chose que le produit de sécrétion de la glande sudoripare dégénérée, aux dépens de laquelle le kyste est développé. Ces tumeurs sont très superficielles, placées en avant du derme, si bien qu'on peut les exciser sans intéresser le tissu sous-cutané; par le toucher on se rend compte de leur siège, en quelque sorte épidermique.

b) Le millium, qui n'est autre chose qu'un petit kyste formé de cellules épithéliales mélangées à de la graisse et à des cristaux de cholestérine, siège toujours sur la face externe des paupières et non sur le bord libre, parce qu'il se développe dans un follicule pileux de second ordre, contenant un poil de duvet et non un cil. Il constitue une petite tumeur, blanc perlé, du volume d'un grain de mil; il en existe toujours un assez grand nombre.

c) Le molluscum est aussi une affection des glandes sébacées, pro-



FIG. 213. — Molluscum de la paupière supérieure gauche.

uite par l'irritation des follicules; il est reconnaissable à ce que le centre, souvent ombiliqué, est traversé par le poil auquel la glande

sébacée est adhérente; reconnaissable encore à ce que son siège de prédilection est la paupière supérieure, près la commissure interne, à sa fréquence chez les enfants, qui en présentent souvent un grand nombre à la fois. Nous avons pu compter souvent, 10, 12 et 15 de ces petites tumeurs sur le même sujet. Il peut être unique, et assez volumineux (fig. 213).

d) Les kystes huileux de l'angle interne des paupières sont reconnaissables par leur siège au-devant du sac lacrymal; ils présentent un volume variable de celui d'une cerise à celui d'une amande, et, comme la catégorie des kystes dermoïdes dont ils font partie, ils sont reconnaissables à leurs trois caractères cardinaux (V. p. 136) : 1° ils ne présentent aucune adhérence à la peau; 2° ils ont des rapports assez étroits avec le squelette de la région; 3° leur poche offre une épaisseur relativement considérable et sensible au doigt.

e) Les kystes hydatiques, qui sont très rares à la paupière, sont remarquables par leur volume relativement considérable, leur transparence, leur irréductibilité et leur propagation dans l'orbite, car, à dire vrai, les cas de kystes hydatiques palpébraux, sauf deux ou trois exemples, ne sont que des kystes hydatiques orbitaires soulevant la paupière, la distendant, en dédoublant les deux feuillets cutané et muqueux, plutôt que des kystes palpébraux à proprement parler.

En somme, ni les angiomes, ni les kystes des paupières n'exposent beaucoup le praticien à des erreurs de diagnostic; les difficultés commencent avec l'éléphantiasis, le névrome plexiforme, se continuent et s'aggravent avec les tumeurs malignes : sarcome, lymphome, épithélioma et carcinome.

ÉLÉPHANTIASIS. — Il se présente sous deux formes : la variété congénitale et la variété acquise; la seconde variété se distingue de la première en ce qu'elle est souvent la conséquence d'accidents inflammatoires ayant la plus grande ressemblance avec l'érysipèle; il se produit une légère rougeur, et les vaisseaux lymphatiques apparaissent sous l'aspect de trainées sensibles au toucher; la variété congénitale s'accompagne souvent d'un développement énorme des vaisseaux sanguins, qui se dilatent, forment un réseau serré, variqueux, présentant des dilatations en forme

de chapelet et transformant la tumeur tout entière en une sorte de tissu caverneux.

NÉVROME PLEXIFORME. — Les deux variétés d'éléphantiasis ont d'ailleurs pour caractère commun d'entraîner un énorme développement de la paupière, et c'est ce qui les rapproche du névrome plexiforme, qui s'accompagne du même gonflement; on reconnaîtra qu'il s'agit d'un névrome plexiforme en tenant compte de la sensation très particulière que donnent les paquets de ficelle, les cordons enchevêtrés qui caractérisent cette dernière affection; nous devons ajouter que le diagnostic n'a ici qu'une valeur relative, car on peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, considérer le névrome plexiforme comme une variété de l'éléphantiasis. On sait que cette dernière affection a été très judicieusement divisée par quelques anatomo-pathologistes en trois classes : 1° l'éléphantiasis simple, consistant dans une fibromatose diffuse; 2° l'éléphantiasis névromateuse, consistant dans l'hyperplasie des nerfs et de leur gaine de soutènement; 3° l'éléphantiasis télangiectasique, consistant dans le développement anormal des vaisseaux. Le diagnostic consisterait, dans ce cas, à reconnaître la variété d'éléphantiasis; ce diagnostic pourra dans quelques cas être très difficile, il ne sera jamais très important.

SARCOME. — Le sarcome de la paupière a pour caractère principal de se développer entre le cartilage tarse et la peau, ou plus rarement entre le cartilage tarse et la conjonctive. Quand on l'examine à ses débuts, la peau glisse à sa surface, et la conjonctive, quand il s'agit d'un sarcome sous-conjonctival, n'est pas altérée.

Le cartilage tarse n'est pour rien dans son développement, et ceci doit être d'un grand secours lorsqu'on cherchera à distinguer le sarcome du chalazion. Cette pseudo-tumeur, qui n'est qu'une adénite meibomienne, débute toujours dans le cartilage tarse, mais, exceptionnellement, elle peut s'en dégager au point de ne plus lui être attachée que par un étroit pédicule, et même ne plus lui être attachée du tout; c'est le chalazion externe, petite tumeur, mobile sous la peau, non adhérente, arrondie, assez résistante, c'est-à-dire bien capable d'en imposer pour un sarcome. Toutefois l'hésitation ne pourra être de longue durée : le sarcome, de très bonne heure, s'étend dans les tissus avoisinants, si bien que ses limites



ne tardent pas à devenir diffuses, et son volume à s'accroître; le chalazion reste, au contraire, enkysté dans une coque fibreuse, bien nettement séparée des tissus environnants, au milieu desquels il se meut assez librement.

**LYMPHOME OU LYMPHADÉNOME.** — Les lymphadénomes palpébraux coexistent souvent avec les lymphadénomes orbitaires, c'est-à-dire que la tumeur est divisée en deux parties, comme dans l'observation de Rollet<sup>1</sup>, où l'opérateur extirpa d'abord une portion palpébrale, séparée d'une portion orbitaire par le releveur de la paupière supérieure, et une expansion fibreuse; quelquefois il existe une tumeur palpébrale volumineuse s'enfonçant dans l'orbite, surtout au niveau de la région lacrymale; enfin, il arrive encore qu'un lymphadénome de l'orbite s'accompagne de quelques nodules lymphomateux palpébraux plus ou moins importants. Les observations de Chauvel, d'Osterwald, de Guaita, d'Axenfeld, de Boerma, de Hocheim sont des cas de lymphadénomes à la fois orbitaires et palpébraux. On trouve donc dans les paupières les mêmes productions lymphomateuses que dans l'orbite, à l'exception toutefois de ce néoplasme particulier décrit sous le nom de cancer vert, de chlorome, affection sur laquelle Cirincione, de Gènes<sup>2</sup>, vient de publier, trop récemment pour que nous ayons pu l'utiliser en temps et lieu, un très intéressant travail.

Cette propagation du lymphome orbitaire aux paupières et des lymphomes des paupières à l'orbite a une assez grande importance au point de vue du diagnostic; en présence d'une tumeur aussi diffuse on songera toujours au lymphadénome. Quand la tumeur sera limitée à la paupière, on devra la distinguer de l'angiome et des tumeurs malignes de cette région. L'angiome, outre ses caractères particuliers, en diffère par la lenteur de sa marche; le carcinome des paupières évolue aussi rapidement, mais il est plus limité; *il est dur, il est bosselé*, au lieu d'être *mou, empâté et diffus*; le sarcome a une marche moins rapide; enfin et surtout, le lymphome de la paupière se présente avec les caractères très particu-

<sup>1</sup> ROLLET in TH. VARATGE, *Contribution à l'étude du lymphadénome de l'orbite*. Th. de Lyon, janvier 1903.

<sup>2</sup> CIRINCIONE, *La Clinica oculistica*, octobre et novembre 1903.

liers de ce genre de néoplasme, c'est-à-dire que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une tumeur symétrique des deux paupières, dont l'évolution dépend manifestement de l'état général du sujet, habituellement leucémique. Il existe, dans l'économie, les lésions ordinaires de cette leucémie dans les ganglions, la rate, etc.; la bilatéralité de l'affection et l'étude attentive de l'état général ne permettront pas d'hésiter longtemps sur la présence du lymphome.

**ÉPITHÉLIOMA.** — En ce qui concerne les tumeurs d'origine épithéliale, il en est dont le diagnostic s'impose; ce sont les verrues et les cornes palpébrales.

Le diagnostic de l'épithélioma, souvent très simple, est quelquefois assez épineux, soit qu'il se développe sur la peau, ainsi que le fait est fréquent, ou sur la conjonctive, ainsi que cela a lieu quelquefois.

Il y a bien évidemment beaucoup de cas simples, dans lesquels le clinicien sera très à l'aise pour affirmer son opinion; mais, en présence d'une tumeur ulcérée de la paupière, l'hésitation sera assez souvent longue de la part des praticiens les plus expérimentés, et le doute portera plus particulièrement sur le fait de savoir s'il s'agit d'une affection syphilitique, d'une affection tuberculeuse, d'un épithélioma; c'est là le diagnostic à faire, pour nous servir d'une expression commune. Le tableau synoptique suivant, où nous avons résumé les caractères de ces diverses affections, pourra être, en cette circonstance, de quelque utilité.

Signes cliniques servant au diagnostic différentiel de l'épithélioma et des lésions syphilitiques et tuberculeuses.

ÉPITHÉLIOMA	LÉSIONS SYPHILITIQUES	LÉSIONS TUBERCULEUSES
Survient surtout à un âge avancé.	A l'âge moyen de la vie.	De préférence chez les sujets jeunes.
Commence par la peau ou par le bord libre, de préférence au niveau des angles, surtout à l'angle interne.	Chancre : surtout aux commissures, sur le bord libre, ou sur la conjonctive, rarement sur la peau. Gomme : sous la conjonctive, sous forme de petites tumeurs semblables à des chalazions.	Ulcérations tuberculeuses apparaissent aussi bien sur la peau que sur la muqueuse; lupus vient souvent des parties voisines, notamment du sac lacrymal et du nez.
Ulcération unique, de forme irrégulière, d'une profondeur très variable.	Ulcération unique pour le chancre; ulcérations multiples, rondes, quand il s'agit de gommès.	Ulcérations petites, multiples, succédant à des tubercules ramollis (forme rare); ulcérations uniques ou multiples, souvent larges dans le lupus.
Ulcération à bords soulevés, calleux, avec tendance aux hémorragies, fond sanieux et croûtes abondantes.	Chancre : ulcération à bords arrondis, bien dessinés, non entaillés. Gommès : ulcération à bords déchiquetés, à pic, sans tendance aux hémorragies; débris blanchâtres dans le fond; profondeur irrégulière de l'ulcération <i>en marches d'escalier</i> .	Ulcération succédant aux tubercules ramollis, même aspect que celles des gommès syphilitiques; lupus débute par des tubercules qui s'excorient et se réunissent en une large ulcération peu profonde, à bords festonnés et rougeâtres. Base infiltrée, diffuse et molle.
Autour de l'épithélioma, bourrelet assez saillant à bords durs et noueux, vascularisé, mais non enflammé.	Autour du chancre: base dure, bien limitée; bourrelet saillant, enflammé, oedémateux. Autour des gommès: aucune induration, un peu d'infiltration diffuse.	Dans les ulcérations tuberculeuses, aucune induration; autour du lupus, présence de petits tubercules annonçant l'extension du mal, ou bien tissu cicatriciel indiquant la guérison spontanée sur un point, tandis que l'affection progresse ailleurs.
Pas d'inflammation autour de l'épithélioma.	Autour du chancre: inflammation souvent très accusée, pouvant aller jusqu'aux accidents phlegmoneux. Autour des gommès: inflammation assez accusée; entre les ulcérations, conjonctive boursoufflée et ecchymotique.	Inflammation assez accusée autour des ulcérations dues aux tubercules ramollis; pas d'inflammation autour de l'ulcération lupique, mais nodules lupiques au voisinage.
Accroissement progressif, mais lent.	Chancre: évolution complète en quelques semaines. Gommès: accroissement progressif assez rapide.	Accroissement plus ou moins rapide, avec tendance à la guérison spontanée en certains endroits.
Adénopathie tardive, souvent absente.	Chancre: adénopathie constante. Gommès: pas d'adénopathie.	Ulcérations tuberculeuses, adénopathie constante; lupus, adénopathie constante.
Sur la face, croûtes épithéliomateuses, indiquant une prédisposition du sujet à l'épithélioma.	Apparition des autres signes et lésions de la syphilis.	Signes locaux et signes généraux de la tuberculose: dans le lupus, lésions du nez, de la conjonctive, du sac lacrymal, quelquefois d'une grande partie de la face.
Inefficacité et même danger du traitement spécifique.	Efficacité très rapide du traitement mercuriel.	Inefficacité du traitement spécifique. Action spéciale des injections de tuberculine.

LIVRE X

TUMEURS DES SINUS

Nous n'étudierons les tumeurs des sinus que dans leurs rapports avec l'orbite, et seulement dans la mesure où elles peuvent intéresser les ophtalmologues. Nous passerons en revue successivement les tumeurs du sinus frontal, de l'ethmoïde, du sinus maxillaire et du sinus sphénoïdal, et après avoir mis sous les yeux du lecteur la symptomatologie particulière de ces néoplasmes, ainsi que les principaux faits qui méritent d'être connus, nous étudierons, dans des chapitres d'ensemble, les symptômes oculo-orbitaires de tous ces néoplasmes sinusiens, ainsi que leur diagnostic.