

Des tumeurs des paupières / par H. Thomas.

Contributors

Thomas, Hippolyte.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Adrien Delahaye, 1866.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/d4qbdcfk>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Ophtalm.

TUMEURS DES PAUPIÈRES

5

H. THOMAS

DES

TUMEURS DES PAUPIÈRES



PARIS

DEBAILLON, IMPRIMERIE

1844

Imprimé par la Société de la Librairie de la Faculté de Médecine, 10, rue de la Harpe, 10.

TABLES DES MATIÈRES



5.

DES
TUMEURS DES PAUPIÈRES

PAR

H. THOMAS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital général de Tours.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1866

2.

TECHNIQUE DES PAPIERS

H. THOMAS



PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTE DES SCIENCES

1806

DES

TUMEURS DES PAUPIÈRES

INTRODUCTION

Les tumeurs des paupières sont communes; il n'est peut-être pas de région qui soit susceptible, autant que les paupières, d'en présenter une si grande variété. Toutes n'ont pas le même intérêt. Les unes ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans les autres parties du corps; les autres, au contraire, ont des caractères propres à la région palpébrale. Nous nous occuperons de ces dernières seulement.

Avant d'entrer dans l'étude de ces différentes tumeurs, nous avons cru devoir donner un aperçu rapide de la structure des paupières. Cela nous permettra de pouvoir rapprocher la lésion de la partie saine, et de préciser davantage le siège de toutes ces tumeurs.

Nous remercions notre excellent maître, M. Fol-
lin, de la bienveillance qu'il nous a toujours mon-

trée et de ses savants conseils. Nous le prions de recevoir ici le témoignage de notre sincère reconnaissance. Nous remercions également nos excellents amis Cornil et Ranvier du concours qu'ils nous ont prêté dans l'examen microscopique d'un certain nombre de tumeurs des paupières.

ANATOMIE DES PAUPIÈRES.

Les paupières sont les organes de protection de l'œil. Placées devant l'orbite, elles ont une étendue mal déterminée ; il est difficile de préciser le point où commence la paupière et où finissent le sourcil et la joue. Nous les limiterons au pourtour de l'orbite et nous décrirons toutes les tumeurs que l'on observe, depuis le rebord orbitaire jusqu'à la fente palpébrale.

Nous n'avons pas l'intention de faire dans ce travail toute l'anatomie des paupières ; nous nous occuperons seulement de la structure, étude qui se rattache particulièrement à notre sujet. Si, pendant longtemps, une grande confusion a régné dans la description de ces tumeurs, cela tient à ce qu'on n'a pas assez tenu compte de l'anatomie pathologique.

Les paupières forment deux replis musculo-membraneux, variant à l'infini de dimension ; dans l'occlusion elles mesurent à leur partie moyenne 36^m, dont les trois quarts pour la paupière supérieure. La paupière supérieure descend par conséquent à 27^m du bord inférieur du sourcil, et l'inférieure remonte à 9^m du rebord orbitaire inférieur. Du côté de la conjonctive, les dimensions sont moins grandes ; du cul-de-sac conjonctival supérieur au bord palpébral de la même paupière,

Malgaigne mesure 15 à 17^m ; du cul-de-sac conjonctival inférieur au bord palpébral, 8^m seulement. Le professeur Richet (1) n'est pas du même avis ; pour lui, la paupière supérieure à sa face interne mesure 22 à 25^m, l'inférieure, 11 à 15^m, d'où il résulte que les paupières, à leur face muqueuse et à leur face cutanée, ont une hauteur à peu près égale.

Malgaigne attribue cette différence au mode de mensuration. En suivant le contour du segment antérieur de l'œil, du repli supérieur de la conjonctive à l'inférieur, on trouve en effet 32^m.

L'épaisseur des paupières est plus grande au bord adhérent qu'au bord libre ; elle est du reste très-variable suivant les sujets. Leur étendue transversale est également sujette à de nombreuses variations, elle est généralement de 4^c 1/2 à 5^c. La fente palpébrale ne mesure pas tout cet intervalle, elle est plus petite de 1^c 1/2 à 2^c.

Il entre dans la structure des paupières cinq couches d'éléments différents, qui, par leur réunion, ne donnent pas à ces organes, et dans la portion qui avoisine le bord libre, plus de 2^m d'épaisseur ; de dehors en dedans on trouve successivement : la peau et du tissu cellulaire, le muscle orbiculaire, une couche celluleuse, le cartilage tarse ou le ligament suspenseur, la conjonctive.

Avant d'entreprendre l'étude de ces différentes couches, nous diviserons les paupières en deux par-

(1) *Traité d'anat. médico-chirurg.*, 2^e édit.

ties distinctes : l'une, complètement dépourvue de graisse, résistante, mince, mesurant de 1 à 2^m d'épaisseur, c'est la portion tarsienne; l'autre, plus souple, possédant des éléments graisseux en certaine abondance, c'est la portion peri-orbitaire.

Région tarsienne. — Cette partie de la paupière est certainement la plus intéressante; le cartilage en limite l'étendue dans tous les sens. C'est à ce cartilage qu'elle doit sa rigidité, sa facilité de glisser sur le globe oculaire sans se plisser, et sa propriété de favoriser ainsi l'écoulement des larmes. L'étendue de cette région tarsienne est limitée par la fente palpébrale d'une part, et de l'autre par le bord externe du cartilage tarse; elle est plus grande à la paupière supérieure qu'à l'inférieure.

Chaque bord palpébral présente une surface plane, et dans l'occlusion de l'orifice palpébral, ces surfaces viennent s'appliquer l'une sur l'autre sans laisser entre elles le moindre interstice. Chacune d'elles présente en avant les cils, en arrière les orifices des glandes de Meibomius qui sont disposés d'une façon très-régulière et en série linéaire. En se réunissant par leurs extrémités, ces bords forment les commissures; la commissure externe est à 1^c ou 1^c 1/2 du bord orbitaire, l'interne n'en est distante que de 5^m environ. Ces deux commissures ne sont pas sur la même ligne : l'interne est moins élevée. A l'angle interne, les bords palpébraux présentent les orifices des conduits lacrymaux et ils sont privés de cils.

La peau est lisse, fine, mobile et tapissée d'une légère couche d'éléments cellulux sans graisse ; aux commissures, surtout à l'interne, elle présente de petits prolongements fibreux, que M. Richet désigne sous le nom de tendons d'insertion des commissures. Elle contient dans son épaisseur des glandes sudoripares et des follicules pileux. Ces follicules pileux sont petits et terminés par une extrémité qui n'est pas en rapport avec le développement du poil ; tous ces follicules n'ont pas de glandes ciliaires.

La couche musculaire est formée par les fibres de l'orbiculaire. Ces fibres sont disposées par faisceaux réguliers dont l'isolement ne peut être bien reconnu qu'au niveau de l'origine du sac lacrymal. Nous ne décrivons pas ce muscle, nous mentionnerons seulement la disposition de ses fibres et ses rapports avec les autres couches. Pour en avoir une idée exacte, nous avons fait, à l'exemple de Moll (1), un grand nombre de coupes dans tous les sens ; en traitant ces coupes par l'acide acétique et les examinant au microscope, on étudie très-bien la disposition des couches musculaires par rapport au cartilage tarse et aux follicules ciliaires. L'orbiculaire, par l'origine de ces différents faisceaux, peut se diviser en trois portions (2) : 1° une portion orbitaire comprenant les fibres qui proviennent du frontal et du maxillaire supérieur ;

(1) Moll, *Bydragen tot de Anatomie en Physiologie der oogleden*. Utrecht, 1857. (Voir fig. 15.)

(2) W. Henke, *Anat. et physiolog.* in Wecker.

2° une autre portion palpébrale comprenant celles qui naissent de la partie mobile du sac lacrymal et principalement du ligament palpébral interne ; 3° enfin une troisième portion réfléchie prenant son origine à l'os unguis, derrière le sac, et se portant derrière la précédente, au-dessus des tarses. Ce sont ces deux dernières portions que W. Henke désigne sous le nom de muscles lacrymaux antérieur et postérieur, d'après les rapports qu'elles affectent avec le sac lacrymal. Le muscle lacrymal postérieur est le plus intéressant ; il est plus connu sous le nom de muscle de Horner. Il recouvre à son origine la portion du sac lacrymal, dans laquelle aboutissent les conduits lacrymaux ; il est traversé par ces conduits et il gagne l'extrémité interne des tarses. C'est sur ces cartilages, au bord libre des paupières que ses fibres se répandent. Celles-ci se divisent en deux faisceaux : l'un superficiel, en avant des follicules ciliaires, apparaît sous la forme d'une petite bandelette dont les fibres s'épuisent à l'angle externe, à la manière de celles du lacrymal antérieur. Ce faisceau est connu sous le nom de muscle ciliaire de Riolan. L'autre, plus profond, se porte en arrière des follicules ciliaires, entre ces follicules et les cartilages tarses, et s'épuise sur le bord du tarse correspondant. On retrouve également de ses fibres en arrière du tarse, entre celui-ci et la conjonctive. Il est connu sous le nom de muscle subtarsalis de Moll. A la paupière inférieure il est moins développé.

La disposition de ces fibres musculaires au bord

libre des paupières est importante à connaître, car elle permet d'expliquer les douleurs si vives de l'orgeolet et si comparables à celles du furoncle. Ces fibres doivent s'opposer au développement des glandes ciliaires enflammées et occasionner une sorte d'étranglement.

Entre le muscle orbiculaire et le cartilage tarse, se trouve une couche celluleuse fine, presque complètement dépourvue de tissu graisseux. Ce n'est que dans la portion avoisinant les follicules ciliaires qu'on trouve quelques cellules graisseuses éparses. Cette couche permet le glissement des parties superficielles sur le cartilage tarse.

Les cartilages tarses sont des fibro-cartilages, ils sont formés d'éléments fibreux transversalement dirigés et dans lesquels sont disséminés de petits corpuscules cartilagineux. Ils se terminent, vers le bord libre de la paupière, par un bord épais mesurant 1^m d'épaisseur environ, et c'est au niveau de ce bord que viennent s'ouvrir les orifices des glandes de Meibomius. Ils vont en s'amincissant à mesure qu'ils s'éloignent de ce bord, et se terminent par une crête mince sur laquelle viennent s'attacher les ligaments larges. L'extrémité externe du tarse supérieur est plus rapprochée que celle de l'inférieur de l'angle externe de la paupière; elle se confond avec cet angle, tandis que le tarse inférieur en est distant de quelques millimètres. L'extrémité interne des deux cartilages va jusqu'aux points lacrymaux. Le cartilage tarse supérieur est plus large que l'inférieur; il

mesure 1^c dans son plus grand diamètre vertical, tandis que l'inférieur n'a pas plus de 5^m. Le plus grand diamètre vertical est plus rapproché de l'angle interne que de l'externe. Ces deux tarses se moulent sur le globe oculaire et se recourbent par conséquent, non-seulement de haut en bas, mais encore de dedans en dehors. Ils sont surtout intéressants par les glandes qu'ils contiennent. Par leur face interne ils sont en rapport médiate avec la conjonctive.

La conjonctive se confond d'une manière insensible sur le bord palpébral avec la peau de chaque paupière. Dans la portion tarsienne des paupières elle n'offre aucune particularité à signaler. C'est une muqueuse formée d'épithélium et d'un derme ou corps papillaire (1). L'épithélium, dans les portions palpébrales, est cylindrique, à cellules petites, renfermant un noyau placé près de la paroi et de petites molécules très-fines ; dans les couches profondes les cellules sont plus allongées. Vers le cul-de-sac, l'épithélium est pavimenteux. Le derme est formé d'une couche uniforme de tissu cellulaire solide, en rapport avec les tarses, et présente de petits prolongements papillaires peu développés dans la portion tarsienne, plus saillants en arrière de cette portion vers le cul-de-sac conjonctival. Ces papilles sont formées d'un tissu cellulaire à noyaux, contenant des anses de vaisseaux sanguins. Elles sont terminées par les

(1) W. Krause, *Anat. et physiol. de la conjonctive.*

extrémités libres des fibrilles du tissu cellulaire et non recouvertes d'épithélium. Elles apparaissent sous le microscope comme de petites dents attachées à la surface extérieure. (W. Krause.)

Glandes de la région tarsienne (1). — Nous avons vu que les glandes de la peau ne présentaient aucun caractère particulier, nous aurons donc à étudier seulement les glandes et les follicules ciliaires, les glandes de Meibomius (Sappey). Le bord libre de la paupière présente, comme nous l'avons vu, à sa lèvre antérieure, et dans plus des deux tiers de son étendue, un certain nombre de cils disposés en plusieurs rangées. On peut en compter de cent à cent cinquante à chaque paupière. Chacun de ces poils est pourvu d'un bulbe. Ce bulbe est placé obliquement du bord cutané à la face externe du cartilage tarse, d'une longueur de 2^m environ, et d'un volume supérieur à celui des bulbes pileux ordinaires. Chaque bulbe se trouve compris entre le muscle de Riolan et le subtarsalis. On peut en voir trois sur une même coupe verticale. A chacun de ces bulbes sont annexées deux glandes dites glandes ciliaires. Ces glandes ne diffèrent des glandes sébacées ordinaires que par leur volume qui est un peu plus grand. Elles s'ouvrent dans le follicule pileux près du bord palpébral. Tous les follicules n'en ont pas, quelques-uns n'en possèdent qu'une. La glande ciliaire vient alors s'ouvrir sur le bord palpébral; elle est entourée de

(1) Voir fig. 4.

tissu cellulaire et de quelques cellules adipeuses.

Les glandes de Meibomius sont situées dans l'épaisseur des cartilages tarse; elles sont plus rapprochées de la face postérieure de ce cartilage que de l'antérieure. Elles sont au nombre de trente pour la paupière supérieure, de vingt-cinq pour l'inférieure. Elles sont toutes parallèles et s'étendent du bord palpébral à 1^m environ de l'extrémité périphérique du cartilage; à ce niveau elles sont remplacées par quelques cellules adipeuses.

Il est très-facile d'étudier à l'œil nu la disposition de ces glandes en ayant soin de retourner les paupières. Elles sont presque rectilignes; quelques-unes arrivées à l'extrémité des tarse forment un coude et reviennent sur elles-mêmes. Celles de la paupière inférieure sont moins longues, mais plus volumineuses. En dedans elles s'arrêtent à quelques millimètres des points lacrymaux, en dehors elles ne cessent qu'avec le cartilage.

Leur structure ne diffère pas de celle des follicules agrégés. Elles ont un canal central excréteur, de chaque côté duquel viennent s'ouvrir des follicules isolés ou agglomérés, soit directement, soit par un canal secondaire. La glande est terminée par un follicule et des plus gros; tous ces follicules sont tapissés d'épithélium pavimenteux, ainsi que le canal central. Le liquide sécrété par ces glandes est un liquide sébacé; il renferme des éléments gras et des cellules épithéliales. L'accumulation de ce liquide dans le canal central est la cause des kystes meibomiens. Nous avons vu plu-

sieurs fois des renflements de ces canaux dus à l'accumulation de la matière sécrétée.

Avant de terminer l'étude de ces glandes, nous dirons que le bord libre des paupières possède des glandes sudoripares et que la paupière inférieure surtout en est pourvue plus que la supérieure. Il n'y a d'ailleurs dans leur forme ou leur structure rien de particulier à signaler.

Région péri-orbitaire. — Cette partie de la paupière est moins importante que la précédente au point de vue de la question qui nous intéresse. Ces limites sont d'une part, les bords des cartilages targes, de l'autre le rebord orbitaire d'un côté et le cul-de-sac conjonctival de l'autre. Sa souplesse est très-grande, elle lui permet de varier en surface et de faciliter les mouvements palpébraux. Elle a une forme évasée à sa périphérie et elle se continue de ce côté avec les parties profondes de l'orbite. Elle est formée par la peau, l'orbiculaire, une couche celluleuse, le ligament suspenseur et l'élévateur de la paupière, une couche cellulo-adipeuse et la conjonctive. Elle ne diffère donc de la précédente que par une plus grande quantité de tissu cellulo-adipeux qui se trouve entre les différentes couches; le cartilage tarse est remplacé par le ligament suspenseur qui sépare les couches sous-cutanées d'avec les couches sous-conjonctivales et établit une barrière aux épanchements de ces différentes régions.

A la paupière supérieure, ce ligament est plus

développé qu'à l'inférieure, où il n'est constitué que par une mince lamelle celluleuse qu'on ne retrouve d'ailleurs pas partout.

La paupière inférieure possède une grande quantité de tissu cellulo-adipeux entre la peau et l'orbiculaire, mais surtout entre celui-ci et la conjonctive. Dans les parties correspondantes au rebord orbitaire inférieur existe un sillon très-accusé chez certaines gens, sillon oculo-palpébral inférieur. Le tissu cellulaire qui double ce sillon s'infiltré très-facilement; et, à la suite de fatigues de toute nature, l'œdème de cette partie de la paupière inférieure rend ce sillon beaucoup plus apparent.

La paupière supérieure possède également un sillon, sillon oculo-palpébral supérieur, mais moins accusé; il correspond au point de flexion de la paupière dans les mouvements d'élévation.

Cette région péri-orbitaire n'offre aucune particularité de structure à signaler. La conjonctive, dans son cul-de-sac supérieur et externe, possède les orifices des conduits excréteurs de la glande lacrymale. Elle diffère de la portion tarsienne par la présence de glandes dites glandes sous-conjonctivales. Ces glandes ne sont connues que depuis les travaux de Sappey (1) et C. Krause (2). Elles occupent le cul-de-sac conjonctival, et sont plus nombreuses à la paupière supérieure; elles commencent aux orifices des conduits des glandes lacrymales venant à 1 centimètre environ de l'angle

(1) *Traité d'anatomie.*

(2) *Handbuch der Anatomie des Menschen*, t. II.

interne. Elles sont disposées en plusieurs rangées; leur nombre est très-variable, il peut aller jusqu'à 42. Dans le cul-de-sac inférieur, on n'en trouve pas toujours; elles ne sont jamais si nombreuses, elles varient de 6 à 10. Elles mesurent 0^{mm},3 à 0^{mm},5 de grosseur; leur conduit excréteur a des parois minces et s'ouvre sur la conjonctive en suivant une direction plus ou moins oblique. Ces glandes sont des glandes en acinus; elles sont formées de petites vésicules à substance amorphe, de 0^{mm},05 de diamètre, venant souvent par un petit canal dans le conduit excréteur. Ces vésicules, ainsi que le canal excréteur sont tapissées d'épithélium pavimenteux. Ces petites glandes sont des glandes lacrymales que Sappey a rapprochées de celles de Harder. (Voy. fig. 2.)

W. Krause (1) a décrit dans les paupières, des glandes lymphatiques en tout semblables aux glandes solitaires de l'intestin. Bruch (2) les a, le premier, découvertes chez le bœuf. Ces follicules sont situées immédiatement au-dessous de la surface de la muqueuse; ils ont 0^{mm},4 de diamètre, et ils sont épars dans la moitié interne du cul-de-sac conjonctival.

Nous terminerons cette étude rapide de la structure des paupières en disant que les artères connues sous le nom de palpébrales sont fournies par l'ophtalmique (palpébrales internes); la temporale

(1) *Zeitschrift für Wissenschaftliche zoologie*, 1853, t. V.

(2) *Anatomische Untersuchungen*. Hanovre, 1861.

superficielle et la lacrymale (palpébrale externe); la sus-orbitaire (palpébrale supérieure); la faciale et la sous-orbitaire (palpébrale inférieure); les ciliaires et la lacrymale (palpébrale postérieure).

Les veines forment deux plexus, un sous-cutané, l'autre sous-conjonctival, qui se jettent dans les veines ophthalmiques temporale et faciale et font communiquer les systèmes intra et extra-crânien.

Les lymphatiques se rendent dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Les nerfs sont fournis par le trijumeau et le facial.

TUMEURS DES PAUPIÈRES.

Les tumeurs des paupières sont congénitales ou accidentelles; les congénitales sont de beaucoup les moins importantes; leur nombre et leur variété ne sont pas très-grands. Elles peuvent d'ailleurs être toutes de production accidentelle. Parmi ces tumeurs, on a surtout constaté des kystes sébacés (1), des verrues (2), des sarcômes (3), des lipomes (4), des nævi materni, etc.

Les tumeurs accidentelles sont de beaucoup plus fréquentes. Nous les diviserons en inflammatoires et en non-inflammatoires. Parmi les premières nous décrirons l'orgeolet; nous laisserons de côté les

(1) Gaillard, de Poitiers.

(2) Himly.

(3) Beer.

(4) D'Ammon et Himly.

abcès, les phlegmons, la pustule maligne, etc., affections que l'on retrouve dans les autres parties du corps, et qui n'offrent dans les paupières aucun intérêt particulier.

Les tumeurs non inflammatoires sont les tumeurs proprement dites des paupières. Nous les classerons en deux grands groupes.

1^o Tumeurs molles ou liquides dues à la rétention d'un liquide sécrété ou extravasé et dépendant :

Du système vasculaire.	{ Tumeurs érectiles. Kystes hématiques.
	{ Kystes sébacés.
	{ — ciliaires.
Du système glandulaire.	{ — meibomiens.
	{ — sudoripares.
	{ — sous - conjoncti- vaux.

2^o Tumeurs dures, solides, provenant de l'hypergénèse des éléments de la paupière et dépendant :

De la peau	{ Verrues. Épithéliome. Éléphantiasis, etc.
	{ Lipome.
	{ Fibrome.
Des couches celluluses.	{ Chalazion.
	{ Tumeurs sous-cutanées douloureuses, etc.
De la conjonctive.	{ Végétation, polype, fon- gus.
	{ Cancer, cancroïde, etc.

Parmi toutes ces tumeurs, nous décrirons seulement les kystes, les verrues, le chalazion, les autres tumeurs, fibrome, lipome, cancroïde, nævus, etc., sont les mêmes que partout ailleurs.

DE L'ORGEOLET.

L'orgeolet est une petite tumeur inflammatoire du bord libre de la paupière ; on l'a appelé Hordeolum, crithe, grain d'orge, orgueilleux. Il est connu dans le public sous le nom de compère lorient. Par ses nombreuses dénominations, la nature de l'orgeolet est peu spécifiée. Pour Scarpa (1), l'inflammation furonculaire se limite promptement et forme une tumeur circonscrite, dure, douloureuse, contenant un bourbillon cellulaire. Demours (2) admet également la nature furonculaire de la tumeur, mais il en place le siège tantôt dans les follicules, tantôt dans les glandes de Meibomius, tantôt enfin dans le tissu cellulaire. L'opinion la plus généralement admise est celle du furoncle, à part cependant quelques différences sur l'interprétation du mot furoncle. Ainsi Carron du Villars (3) place le siège de l'inflammation dans le tissu cellulaire sous-cutané. Rognetta (4), J. Cloquet (5), Mackenzie (6), Deval, Wecker (7), et les auteurs du *Compendium* partagent la même opinion. D'autres, tout en admettant les caractères

(1) *Traité des mal. d'yeux.*

(2) *Id.*, 1818.

(3) *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies d'yeux.*

(4) *Traité philos. et clinique d'ophtalmologie.*

(5) *Dict. en 30 vol.*, art. *Orgeolet.*

(6) *Traité pratique des mal. d'yeux.*

(7) *Études ophtalmologiques.*

furonculeux de la tumeur, prétendent que le point de départ est dans les glandes ciliaires ou de Meibomius, et que l'inflammation ne gagne que consécutivement le tissu cellulaire. Ainsi pensent Boyer, Weller (1), Desmarres (2), Nélaton (3), etc.

Pour Zeiss (4), il pourrait bien être dans la capsule et dans les glandes de la racine des cils. Malgaigne (5) dit que l'orgeolet ne renferme jamais de tissu cellulaire mortifié, il attaque exclusivement le bord libre, preuve qu'il y a une condition spéciale et essentielle à son développement; c'est une inflammation tantôt d'un follicule pileux, tantôt d'une glande de Meibomius; le professeur Richet (6) reconnaît qu'il est difficile de comprendre comment les auteurs, qui regardent le furoncle comme une inflammation du tissu cellulaire, peuvent voir dans l'orgeolet un furoncle. Pour cet auteur, c'est dans le follicule pilo-sébacé que siège la maladie et on y trouve souvent un bourbillon. MM. Velpeau (7), Wharthon Jones (8), sont également des partisans de la folliculite.

Nous admettons complètement l'opinion de nos maîtres Velpeau et Richet. L'orgeolet est, pour

(1) *Traité théorique et pratique du mal d'yeux.*

(2) *Traité des mal. d'yeux.*

(3) *Traité de path. externe.*

(4) *Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie.*

(5) *Traité d'anatomie chirurgicale.*

(6) *Loc. cit.*

(7) *Dict. en 30 vol.*

(8) *Traité des mal. d'yeux*, annoté par M. Foucher.

nous, une folliculite pilo-ciliaire; mais l'inflammation ne reste pas limitée au follicule, elle envahit le tissu cellulaire voisin, et c'est la mortification de ce tissu cellulaire et celle du follicule lui-même, qui explique l'existence du bourbillon.

L'orgeolet a donc une très-grande analogie, au point de vue anatomo-pathologique, avec le furoncle; il en a encore dans sa marche, ses symptômes et son étiologie; il n'en diffère que par son siège anatomique.

L'orgeolet apparaît sous la forme d'un bouton rouge foncé, très dur, occupant le bord libre, en avant du tarse, de la grosseur d'un grain d'orge ou d'un pois rond. Il débute par une sensation de démangeaison et de roideur du bord palpébral; au toucher, ce bord est sensible dans un point, rouge, tuméfié. Plus tard, lorsque le volume de la tumeur est à son maximum, la douleur est tensile, lancinante, très-intense; l'intensité de la douleur est en raison du développement de l'orgeolet, et elle est expliquée par la tension et la sensibilité exquise de la peau qui recouvre le bord libre. De plus, l'orgeolet, se développant dans l'espace compris entre le muscle subtarsalis et le cartilage tarse d'une part, de l'autre, entre la peau et les fibres superficiels de l'orbiculaire, se trouve comprimé dans cet espace, et les douleurs si vives peuvent s'expliquer par cette sorte d'étranglement. L'inflammation se propage aux parties voisines; la paupière est œdématiée, la conjonctive est rouge, injectée, les mouvements pal-

pébraux sont moins libres et douloureux. Chez quelques malades, il survient de l'insomnie, de la fièvre. Cet état peut durer plusieurs jours.

Puis la tumeur s'élève en pointe et présente dans la partie la plus élevée une tache jaunâtre purulente ; très-souvent, cette petite tache entoure un cil, elle s'agrandit, la peau en même temps s'amincit, se rompt au niveau du bord libre ou de la surface cutanée, et non sur la face conjonctivale ; par la déchirure, il s'échappe du pus épais, mêlé de quelques stries sanguinolentes.

Le plus généralement il sort également un véritable bourbillon, et en tirant sur les cils correspondants, on peut amener des débris du bulbe et du tissu cellulaire sphacélé ; ces cils, d'ailleurs, tombent d'eux-mêmes. Une fois le bourbillon sorti, la tumeur s'affaisse, la douleur disparaît presque, et la plaie se cicatrise. La durée moyenne de l'orgeolet est de six à huit jours.

L'orgeolet ne suppure pas toujours ; il se termine quelquefois par résolution ; sa marche n'est pas toujours aussi aiguë, il peut ne suppurer qu'au bout de quelques semaines. On a encore observé un autre mode de terminaison, c'est celle par induration ; mais cette induration ne doit pas être confondue avec le chalazion. Elle disparaît bien plus vite et sans laisser de traces. Lisfranc a décrit comme succédant à l'orgeolet, de petites tumeurs rouges, quelquefois multilobées, et venant s'ouvrir par un petit canal au bord libre du tarse. On introduit facilement par ce canal un stylet d'A-

nel ou de Mejean. Ne serait-ce pas des kystes ciliaires? L'orgeolet laisse après lui une petite cicatrice blanche irrégulière, au niveau de laquelle les cils manquent, ou sont moins nombreux. Pour la moindre cause, la conjonctive adjacente se congestionne et cela pendant longtemps.

Le diagnostic de l'orgeolet est assez facile; on ne peut guère le confondre qu'avec le chalazion ou le kyste meibomien. Nous en ferons le diagnostic différentiel quand nous décrirons ces deux affections. Quelques auteurs ont placé l'orgeolet dans les glandes de Meibomius, le voisinage de ces glandes pouvait en imposer. En renversant les paupières, on s'assure assez facilement que le cartilage tarse et les glandes de Meibomius sont intacts; d'ailleurs le siège de l'orgeolet au bord ciliaire, à la partie antérieure de ce bord, au niveau des cils, sa tendance à s'ouvrir du côté de la peau et non du côté de la muqueuse, sont autant de signes en faveur de la folliculite ciliaire. En effet, il y a parfois, au bord libre des paupières, une petite tumeur inflammatoire qui peut en imposer pour un orgeolet. Elle est peu volumineuse, le plus souvent de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'une lentille, et est située à la lèvre interne du bord palpébral. Cette petite tumeur est due à l'inflammation d'un ou plusieurs follicules d'une glande de Meibomius, les plus rapprochés du bord libre. Au centre de la tumeur on voit aboutir l'orifice du canal excréteur de la glande; par la pression, on peut souvent faire sourdre du pus à

travers cet orifice. La terminaison par suppuration est le plus souvent celle de la tumeur. Le follicule est distendu par le pus, la saillie du côté de la conjonctive est plus prononcée. Le bord palpébral correspondant à la lésion est plus rouge, un peu tuméfié, et offre tout d'abord l'aspect extérieur de l'orgeolet. Le renversement de la paupière fait disparaître tous les doutes que l'on pouvait avoir sur la nature de l'affection.

Si l'orifice glandulaire n'est pas oblitéré, le pus s'écoule peu à peu, et la tumeur finit par disparaître, sans s'ouvrir à l'extérieur; dans le cas contraire, si l'abcès ne s'ouvre pas spontanément, il faut avoir recours à la lancette.

Il est très-probable que cette folliculite meibomienne a été souvent prise pour un orgeolet, et l'opinion des auteurs qui placent le siège de l'orgeolet dans les glandes de Meibomius, doit tenir à une confusion de ce genre.

OBSERVATION.

B..... (Marie) entra le 24 juillet à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Guyon. Elle accouche le 25, et est prise le même jour de rougeole avec bronchio-pneumonie. Au moment où elle entre en convalescence, le 31, elle présente à la paupière inférieure gauche, à 3^{mm} du point lacrymal inférieur, une petite rougeur avec gonflement du bord palpébral. Cette rougeur est accompagnée de picotement, d'une sensation de corps étranger.

Le 2. La tumeur est plus développée, elle fait saillie en dedans ; la peau est repoussée en dehors, elle est un peu rouge, de sorte que tout d'abord on croirait avoir affaire à un orgeolet. Mais en renversant la paupière, la glande meibomienne correspondante est plus volumineuse dans la partie la plus rapprochée du bord libre ; le canal excréteur se détache très-facilement, il est rempli de pus épais, et à son origine, il apparaît une gouttelette de pus épais, concret. Cet orifice est un peu saillant. La conjonctive palpébrale est rouge, congestionnée.

Le 7. L'abcès est de la grosseur d'une lentille ; il est irrégulier, sous-conjonctival, et se détache du fond rouge de la conjonctive par sa coloration jaune. Du côté de la peau, il n'y a rien. Le canal excréteur est oblitéré. L'abcès s'ouvre dans la nuit.

Le 8. La tuméfaction palpébrale a presque disparu, on voit très-bien la déchirure de l'abcès, il n'y a plus de trace de pus. A la paupière supérieure et dans un point correspondant à l'abcès meibomien, il se développe une folliculite ciliaire. Il est facile de voir la différence des deux affections.

La tumeur inflammatoire est cutanée, répond aux follicules ciliaires. Par contre, il n'y a rien du côté des glandes meibomiennes.

L'orgeolet est très-sujet à récurrence, et en cela il ne diffère pas du furoncle ; d'ailleurs, ces deux af-

fections se donnent souvent la main. Il n'est pas rare de voir survenir des orgeolets chez les individus qui sont sous l'influence de la diathèse furonculaire. Elles sont toutes les deux la manifestation d'un même état général de l'organisme. Le furoncle de la paupière, en dehors du bord libre, est rare.

L'étiologie de l'orgeolet est peu précise. On l'observe chez les scrofuleux, chez les individus qui font usage des liqueurs spiritueuses, des salaisons, du poivre. Il est souvent produit par les veilles, le dérangement intestinal et menstruel; il est également quelquefois dû à des causes extérieures.

Son traitement est simple; au début, dans le but d'amener la résolution, on a conseillé les topiques froids, la glace, l'eau froide additionnée de vinaigre, les pommades résolutives, etc.; mais souvent, malgré ce traitement, l'orgeolet n'en continue pas moins sa marche. C'est alors que la suppuration paraît prochaine, qu'on doit laisser de côté tout traitement résolutif et avoir recours aux émollients, tels que cataplasmes, fomentations, etc.; généralement ces applications suffisent pour amener la rupture de la tumeur. Celle-ci se vide, le bourbillon se retrouve sur le cataplasme, et la guérison ne se fait pas attendre. Dans le cas où l'orgeolet met un certain temps à se rompre, une incision avec la lancette suffit pour donner issue au pus. Quelques auteurs ont préconisé l'incision prématurée, dans l'intention de faire avorter la tumeur; ce procédé est loin de réussir, il

faut même bien se garder de l'employer. (Velpeau.)

DES KYSTES DES PAUPIÈRES.

Les kystes sont les tumeurs les plus communes des paupières ; pendant longtemps, la nature de ces tumeurs a été méconnue, on les décrivait alors sous les dénominations les plus diverses, et ces dénominations étaient généralement fondées sur les caractères extérieurs. Ce n'est guère que depuis les travaux de Sappey, W. Krause, etc., sur les glandes des paupières que des études anatomopathologiques de ces tumeurs ont été faites avec soin, et ont permis de préciser leur point d'origine. Presque tous les auteurs admettent maintenant que ces kystes se développent dans les glandes des paupières. Nous avons vu que ces glandes étaient nombreuses et variées, il n'est donc pas étonnant que le nombre et la variété de ces kystes soient en rapport avec elles.

Pour nous, les kystes des paupières sont presque toujours glandulaires. On a bien décrit des kystes sanguins, des tumeurs enkystées, mais ces faits sont rares et sujets à contestation. Les collections sanguines ne s'enkystent généralement pas dans les paupières ; dès qu'un épanchement de sang se fait, ce sang s'infiltré à travers les différentes couches de ces organes, le tissu cellulaire est lâche, et n'oppose pas d'obstacle à cette infiltration. Si

les kystes sanguins devaient exister dans les paupières, ils y seraient très-fréquents, car c'est une des parties du corps les plus sujettes aux coups, aux violences extérieurs. On a bien trouvé du sang dans certains kystes, mais ce sang provenait de la membrane interne qui en tapissait les parois. Sichel (1) en cite un exemple dans son article sur les kystes séreux.

Nous mentionnerons également les kystes dus à la présence d'un corps étranger. Généralement ces corps étrangers des paupières attirent vite l'attention du malade et ils sont enlevés de bonne heure, avant même qu'ils soient enkystés. Ce n'est donc que très-rarement qu'on observe ces sortes de tumeurs enkystées. Lenoir a publié une observation de ce genre (2).

Un homme de 30 ans, fort, porte depuis longtemps une petite tumeur dans l'épaisseur de la paupière supérieure, de la grosseur d'une noisette, saillante dans le petit angle, à surface bosselée; elle donne à la peau une coloration noirâtre qui se retrouve sur la conjonctive dont la face inférieure du cartilage tarse est revêtue; dure au toucher et ne présentant pas trace de cicatrice. Les renseignements donnés par le malade sont nuls. Étant très-jeune, il était tombé, dit-il, sur cette partie; depuis trois ans seulement, la tumeur s'est accrue. On diagnostique une tumeur méla-

(1) *Archives de méd.*, t. XI, 4^e série.

(2) *Archives d'ophthalmologie*, t. II.

nique. La tumeur est enlevée par Lenoir. Les parois sont très-épaisses; au centre, petite pointe de clou de 2 c. environ. Les parois sont épaisses, infiltrées d'oxyde et de sels ferreux, et ce sont elles qui donnaient à cette tumeur l'aspect des tumeurs mélaniques.

Les kystes s'observent dans tous les points de ces organes. La portion tarsienne est, sans contredit, celle qui en possède le plus. La paupière supérieure en est plus souvent atteinte que l'inférieure. De tous ces kystes, les uns font saillie du côté de la peau, les autres du côté de la muqueuse; d'autres sont situés sur le bord libre; enfin, les derniers sont plus rapprochés du bord orbitaire. On pourrait donc, d'après le siège, établir une classification des kystes des paupières, nous préférons celle qui repose sur la nature du kyste.

Nous avons vu qu'il y avait dans les paupières des glandes sébacées, des glandes sudoripares, des glandes ciliaires, des glandes de meibomius et des glandes sous-conjonctivales; nous aurons à décrire des kystes sébacés, ciliaires, sudoripares, meibomiens et sous conjonctivaux.

KYSTES SÉBACÉS.

Nous les diviserons en deux groupes : les kystes sébacés cutanés ou superficiels, et les kystes sébacés péri-orbitaires ou profonds.

I. *Kystes sébacés cutanés*. Ces kystes s'observent dans tous les points de la surface des paupières ; ils sont décrits sous les noms de millet (1), milium, gresle, greslon, lapis (2) palpebrarum ou lithiasis. Ceux du bord palpébral sont plus particulièrement connus sous le nom de milium. On a désigné également sous la dénomination de comédon, des kystes sébacés existant dans les parties du corps où la peau est plus épaisse et contient des follicules pileux développés ; c'est autour du sourcil qu'on les trouve de préférence. Ils sont quelquefois congénitaux. Chez les enfants, les follicules sébacés sont souvent très-développés ; aussi n'est-il pas rare d'observer chez ces derniers, de ces petites tumeurs sébacées de la grosseur d'une tête d'épingle, occupant différentes parties de la face. Mais c'est surtout aux paupières qu'on les rencontre.

Sichel, dans son *Mémoire sur le milium*, en décrit deux variétés : l'une offrant tous les caractères du petit kyste sébacé, par son contenu, son aspect extérieur ; l'autre, par sa transparence, serait plutôt, pour nous, un kyste développé dans les glandes sudoripares.

Le volume de ces kystes est généralement petit, rarement il dépasse celui d'une lentille, généralement il est d'un petit pois rond. La couche tégumentaire qui les recouvre est très-mince, et permet de voir par transparence la matière contenue dans

(1) Sichel, *Monit. des Hopit.*, 1853.

(2) *Traité des mal. de l'œil*.

le kyste. Ils sont très-adhérents à la peau, dans la trame de laquelle ils sont logés; généralement isolés, ils peuvent par leur multiplicité simuler une éruption cutanée (acné). Ils sont d'un aspect blanchâtre; quelquefois, dans la partie la plus proéminente de la tumeur, il existe de petits points noirs répondant aux orifices des follicules.

Leur consistance est peu variable, elle est le plus généralement molle. Par son séjour prolongé dans la poche, la matière sébacée peut s'épaissir et prendre une consistance pierreuse. C'est cette forme qui a été décrite sous le nom de lapis palpebrarum ou lithiasis.

Lorsque la matière contenue dans le kyste est molle, liquide, il est facile de la faire sortir en évidant avec une lancette le sommet de la tumeur, ou en dilatant avec un stylet l'orifice des follicules. Cette matière ressemble aux produits sébacés que l'on retrouve dans les autres parties du corps; elle est blanchâtre, d'une consistance épaisse, rappelant celle du suif. Elle est formée d'éléments graisseux en très-grande abondance, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine.

Lorsque le kyste est à l'état crétacé, la tumeur est dure, résistante; celle-ci n'est recouverte que d'une couche très-mince de tégument qui peut s'éroder à la longue, et permettre la sortie de la matière sébacée. Lorsqu'on examine cette matière sébacée au microscope, on trouve des cellules épithéliales infiltrées de granulations calcaires, de ces granulations calcaires libres en très-grand

nombre, et également des cristaux de cholestérine. (Voir fig. 5.)

OBSERVATION.

Robert Andréol, 37 ans, carrier, entre, le 19 juillet 1865, à l'hôpital Cochin, pour un abcès du pied. Ce malade porte sur la paupière supérieure droite, à la partie moyenne, une tumeur sébacée, blanche, dure, un peu déprimée au centre, de la grosseur d'une lentille. Il a également sur le scrotum deux tumeurs de même nature, mais un peu plus volumineuses. L'apparition de ces différentes tumeurs remonte à cinq ans.

M. Follin fait une petite incision au centre de la tumeur; avec une pince à griffe, il saisit la matière crétacée et vide le kyste. Cette matière crétacée a une consistance pierreuse, elle est d'un blanc crayeux; examinée au microscope, on y trouve des débris de cellules épithéliales, des granulations calcaires en grand nombre et des cristaux de cholestérine.

Le 30 juillet, à sa sortie de l'hôpital, le malade était complètement guéri.

Ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, restent longtemps stationnaires; elles peuvent disparaître spontanément. Leur diagnostic est facile; leur adhérence à la peau les fera reconnaître d'avec les kystes sébacés profonds, les kystes meibomiens, les chalazions. Leur aspect blanchâtre permettra de ne pas les confondre avec les kystes

sudoripares. On les diagnostiquera également sans difficulté d'avec le molluscum. Dans ce dernier, il n'y a pas de kyste; c'est une tumeur sébacée avec une hyperplasie du tissu cellulaire voisin.

Ces kystes sébacés proviennent d'un changement morbide qui se fait dans les follicules pileux où aboutissent les glandes sébacées. Si le contenu de ces glandes se condense, les éléments épithéliaux ou graisseux s'accumulent et distendent les parois du follicule. Lorsque les glandes sébacées s'ouvrent isolément à la surface de la peau, comme cela existe aux bords palpébraux, le kyste se développe aux dépens de la glande elle-même.

Kystes sébacés profonds ou péri-orbitaires. — Ces kystes appartiennent au sourcil plutôt qu'aux paupières. Ils sont connus sous le nom de kystes dermoïdes. Nous n'en donnerons qu'une description rapide.

Leur siège de prédilection est à la partie supérieure et externe de la paupière vers le bord orbitaire au niveau du sourcil; ils sont placés sous le muscle orbiculaire, entre celui-ci et le ligament large, quelquefois cependant entre la peau et l'orbiculaire. Ils se présentent sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, mobile en tous sens, résistante, élastique, fluctuante, sans adhérence à la peau qui, du reste, est parfaitement normale. Ils sont le plus souvent congénitaux (1),

(1) Gaillard, de Poitiers (*Union médicale*, 1856).

et dans ce cas la mobilité n'existe pas, ils adhèrent au périoste, creusent une dépression digitiforme à la surface de l'arcade orbitaire. Ils sont formés d'une paroi et d'un contenu; le contenu rappelle celui des kystes sébacés cutanés; outre la matière sébacée, caséeuse, il n'est pas rare d'y trouver des poils. Les parois sont épaisses, résistantes; elles sont tapissées à l'intérieur d'éléments épithéliaux condensés et sont constituées par des éléments fibreux. Sur la face interne des parois, on trouve quelquefois des plaques grisâtres, adhérentes, formées par de la matière sébacée; ces plaques se détachent facilement avec l'ongle, et elles peuvent avoir 1 à 2 millimètres d'épaisseur; elles ressemblent à la matière sébacée du prépuce (1).

M. Follin a donné dans son traité de pathologie externe un dessin représentant la structure de la paroi d'un kyste dermoïde du sourcil. Sur les parois de ce kyste les glandes sébacées sont plus volumineuses et plus distinctes que dans la peau normale; il y a également des poils avec leur bulbe et dépourvus de glandes sébacées.

L'étiologie de ces kystes a été très-bien étudiée; nous n'avons pas l'intention ici de faire cette étiologie; nous renvoyons le lecteur aux excellents travaux de Lebert (2) et Verneuil (3), et au traité de pathologie externe de notre savant maître.

(1) Follin, *Pathl. ext.*, t. II.

(2) *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général* (mémoire de la Société de biologie, 1852).

(3) *De l'inclusion scrotale et articulaire* (*Archives de méd.* 1855).

KYSTES CILIAIRES.

Ces kystes ne sont pas admis par les auteurs, et cependant les glandes ciliaires, ne différant des follicules sébacés que par le volume, doivent participer aux mêmes lésions, et donner lieu comme ces follicules à la formation de kystes. Ces glandes sont toujours atteintes dans l'orgeolet, et d'après certains caractères, communs à cette affection, que nous ont présentés deux fois des kystes du bord libre, nous avons cru pouvoir en placer le siège dans les glandes ciliaires. C'est d'après ce que nous avons observé sur les deux malades que nous décrivons cette variété de kystes.

Ils sont sous-cutanés, la peau qui les recouvre est mince, sillonnée de petits vaisseaux sanguins ; situés au bord libre de la paupière qu'ils dépassent par leur volume, ils font dans la portion ciliaire de ce bord une saillie assez prononcée de la grosseur d'un pois rond, et qui offre à première vue les caractères de l'orgeolet ; ils n'ont aucun rapport avec le cartilage tarse, et les orifices des glandes de Meibomius se trouvent bien en arrière. Les cils manquent par place, surtout au centre de la tumeur. La conjonctive est parfaitement normale, la tumeur ne fait pas saillie de ce côté.

Dans un cas, outre le kyste présentant les signes décrits plus haut, nous en avons trouvé d'autres

plus petits, de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant sur le bord libre de la paupière inférieure gauche. Ces petits kystes étaient transparents et siégeaient au milieu des cils. La malade présentait en outre de l'acné sebacea du visage. Le liquide contenu était transparent; nous n'avons pu l'examiner au microscope.

Le développement de ces kystes se fait lentement, sans douleur; ils ne diffèrent pas en cela des kystes sébacés cutanes.

KYSTES MEIBOMIENS.

Les glandes de Meibomius sont assez souvent sujettes à des lésions inflammatoires ou de sécrétion. Soit que le conduit excréteur s'oblitère, soit que la sécrétion devienne plus abondante et plus épaisse, la matière sécrétée s'accumule, les parois de la glande se distendent, et le kyste se trouve formé.

Ces kystes ont été décrits sous des noms bien différents. Les anciens les connaissaient sous les dénominations de kystes hydatiques, d'hydatis; Lawrence (1), Walton (2) en font des tumeurs tarsiennes (*tarsal tumours*); pour Dupuytren, Mackenzie, Carron du Villars et bien d'autres, ce sont des tumeurs enkystées, tumeurs cystiques. Pour quelques-uns le kyste meibomien et le chalazion

(1) *Mal. des yeux*, trad. Billard, p. 283.

(2) Dublin, *Med. press et Presse méd. belge et Arch. d'ophtalmie*, t. III.

ne sont qu'une seule et même affection. Le D^r Bendz a décrit sous le nom d'adénite meibomienne, de périchondrite tarsienne, une affection du cartilage tarse et des glandes de Meibomius, qui ne serait pas autre chose que le chalazion.

Nous avons eu plusieurs fois occasion d'observer cette adénite meibomienne, mais toujours elle s'accompagnait de la formation de kystes multiples à contenu épais, comme fongueux, et il est très-probable que le ramollissement du cartilage tarse décrit par cet auteur, est consécutif à l'inflammation des glandes et à la dilatation de leurs parois. Nous admettons dans l'étude de ces kystes trois variétés distinctes : dans la première, les parois du kyste sont recouvertes d'une matière épaisse, jaunâtre, se détachant facilement, et pouvant par son volume remplir presque toute la cavité. C'est elle que l'on observe dans l'adénite meibomienne de Bendz, et elle se rattache toujours à un état inflammatoire plus ou moins prononcé des glandes de Meibomius. Nous lui donnerons le nom de variété fongueuse.

Lorsqu'au contraire le kyste dépend plutôt de l'oblitération du conduit excréteur, le liquide contenu est transparent, séro-muqueux, les parois ne sont pas garnies de ces sortes de fongosités ; ce sera la variété muqueuse.

Enfin, dans une troisième variété, le kyste est crétacé, il ne contient ni liquide, ni fongosités, mais bien un ou plusieurs calculs.

Les kystes meibomiens sont fréquents, on les

observe aux deux paupières, quelquefois même des deux côtés à la fois ; ils sont plus fréquents à la paupière supérieure, et cela se conçoit très-bien par le nombre et le développement plus considérable des glandes. Ils sont souvent uniques, quelquefois multiples. On en a observé jusqu'à sept (1) à la même paupière. Nous en avons une fois constaté cinq à la paupière supérieure.

Leur volume varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette ; généralement le kyste unique est plus volumineux.

Ils sont durs, rénitents, fluctuants, circonscrits ; la fluctuation n'est pas toujours facile à constater. La peau qui les recouvre est mobile, et ne présente aucune trace d'altération ; leur adhérence au tarse est un signe constant. Leur transparence est loin d'être très-fréquente, et lorsqu'elle existe elle ne ressemble guère à celle des kystes sudoripares.

Ils font saillie tantôt du côté de la peau, tantôt du côté de la conjonctive. Par le siège des glandes meibomiennes dans le cartilage tarse, ils devraient plus souvent faire saillie en dedans, et cependant c'est le contraire qui a lieu ; cela tient probablement à la présence du globe oculaire. Lorsque le kyste fait saillie du côté de la peau, il ne fait que gêner les mouvements de la paupière. Du côté de la conjonctive il est plus désagréable ; il est une cause d'irritation constante, de congestion permanente de la muqueuse ; de là des signes de con-

(1) *Annales d'ocul.*, t. VII.

jonctivite (larmolement, sensation de corps étrangers, etc.).

Lorsque le kyste existe depuis quelque temps, le cartilage tarse, dans sa partie correspondante, présente quelques altérations, il devient moins résistant, et si on retourne la paupière, il offre une décoloration très-marquée ; il est jaune, dépourvu de vaisseaux, tandis que dans les parties voisines sa coloration est normale, et la vascularisation de la conjonctive est exagérée. Les glandes de Meibomius elles-mêmes semblent prendre part à l'altération du cartilage, elles ne sont visibles que par place, leur conduit excréteur est plus petit.

Nous avons quelques petites particularités à signaler suivant que le kyste est fongueux, muqueux ou crétacé.

Nous avons dit que le kyste fongueux tenait surtout à un état inflammatoire d'une ou plusieurs glandes de Meibomius ; presque toujours 3, 4, 6 glandes sont atteintes, quelquefois même davantage ; aussi observe-t-on, dans ce cas-là, l'apparition assez rapide d'un certain nombre de kystes. Ces kystes sont parfois assez rapprochés les uns des autres. La paupière est volumineuse, douloureuse, ses mouvements sont difficiles. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on peut assister à l'évolution de ces kystes ; les uns sont de la grosseur d'un pois rond, les autres petits, du volume d'une tête d'épingle, et lorsqu'on peut renverser la paupière, on constate la dilatation du conduit excré-

teur. Dans l'observation suivante cela se voyait bien.

OBSERVATION.

La nommée B....., âgée de 38 ans, se présente à la consultation de M. Follin le 18 juillet. Elle est accouchée dans le mois de décembre dernier.

Quinze jours avant son accouchement, apparition d'une tumeur indolore de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette petite tumeur se développe lentement, devient grosse comme un petit pois rond, et reste stationnaire pendant cinq à six mois. Depuis dix jours environ, elle augmente de volume et actuellement elle est de la grosseur d'un œuf de moineau. La peau qui la recouvre est souple, mobile, légèrement écaillée. La tumeur est adhérente au tarse, elle occupe la partie moyenne du cartilage et s'étend jusqu'au bord palpébral. Elle est tendue, fluctuante, rien ne sort par la pression. La conjonctive est rouge, congestionnée, et de ce côté, la tumeur est également saillante et bien circonscrite; le cartilage est ramolli, jaunâtre dans la portion correspondante au kyste, et ce dernier semble avoir une tendance à s'ouvrir de ce côté. A l'angle interne de la même paupière, il y a également un kyste, qui n'est encore qu'une dilatation fort limitée d'un conduit excréteur; on ne peut le voir qu'en renversant la paupière en dehors, et il a aussi une tendance à se développer du côté de la conjonctive.

A la paupière inférieure du même côté, la malade

présente les traces d'un ancien kyste de même nature, qui s'est ouvert spontanément il y a deux mois du côté de la conjonctive ; il reste à ce niveau une plaque jaunâtre, légèrement saillante.

M. Follin fait l'opération du kyste supérieur par le procédé ordinaire , il s'en écoule un liquide légèrement jaunâtre ; puis avec une curette il enlève la matière épaisse, d'un jaune rosé, qui tapisait les parois du kyste. Enfin, il termine l'opération en cautérisant les parois avec un crayon fin de nitrate d'argent.

Les suites de l'opération ont été très-simples.

Le liquide contenu dans ces kystes est plus ou moins épais, jaunâtre, puriforme, quelquefois même il contient du pus, et alors il n'est pas toujours facile de reconnaître le kyste d'avec l'abcès des glandes de Meibomius. Les fongosités qui tapissent les parois sont molles, de la consistance de la gelée de coing, peu adhérentes ; avec la curette on les détache très-facilement. Elles jouent un certain rôle dans le traitement ; si on n'a pas soin de les enlever, le kyste ne guérit pas, et lorsque celui-ci s'ouvre à l'extérieur, soit du côté de la peau, soit du côté de la muqueuse, elles font saillie à travers la déchirure et forment une petite excroissance, de l'aspect d'un champignon, et qui peut en imposer pour une tumeur de mauvaise nature. La déchirure est très-petite, le liquide sécrété s'épanche constamment, et pour s'assurer de l'existence du kyste, il suffirait peut-être de fermer cet orifice. Du reste, l'occlusion spontannée a

lieu quelquefois, et le kyste se reproduit. Lorsque l'ouverture du kyste a lieu du côté de la muqueuse, les fongosités font plus difficilement saillie.

Une des conséquences fâcheuses de la multiplicité des kystes meibomiens, c'est la destruction par place du cartilage tarse. Ce dernier n'a plus la résistance normale, il est mou, cède très-facilement, et on s'aperçoit de cet état de ramollissement lorsqu'on veut retourner la paupière. Quand on opère ces kystes par l'extraction, on enlève toujours avec la poche une portion plus ou moins ramollie de ce cartilage ; aussi est-ce un danger d'opérer de la sorte, car on peut perforer la paupière.

Les kystes muqueux ne présentent pas tous ces inconvénients. Ils sont le plus souvent uniques, et leur développement tient à une oblitération complète ou à un rétrécissement du conduit excréteur, lesquels sont très-probablement le résultat de l'hyperémie du bord libre ; cette hyperémie a amené à la longue l'épaississement partiel du tissu cellulaire, comme cela se voit dans les blépharites chroniques. Lorsque l'oblitération n'est pas complète, on peut, par une forte pression, faire sortir le liquide par l'orifice de la glande et vider complètement le kyste. Il n'est pas rare de voir la guérison spontanée de ces sortes de tumeurs ; c'est un de leurs caractères. Cette guérison spontanée peut se faire de deux manières : tantôt le kyste se vide par l'orifice de la glande, et alors il

disparaît tout d'un coup; d'autres fois le liquide est absorbé peu à peu, la tumeur diminue tous les jours de volume et finit par disparaître. Cette guérison est plus longue, mais plus sûre : dans le premier cas, la cause de la rétention peut reparaître, et le kyste se reproduire. Quelquefois aussi lorsque le volume du kyste est assez développé, il se fait une rupture et le liquide s'épanche à l'extérieur. Dans l'observation précédente, le kyste de la paupière inférieure droite s'était comporté de cette façon.

Le liquide contenu dans ces kystes est transparent, légèrement filant. Les parois ne présentent pas de cette substance épaisse comme gélatineuse, que l'on observe dans les précédents.

Dans les kystes calcaires, on ne trouve plus de liquide, mais bien une matière blanche, opaque, dure, ressemblant à de la craie. C'est ce que l'on a décrit sous le nom de calcul des glandes de Meibomius. La tumeur ne fait pas saillie en dehors, mais bien du côté de la muqueuse. Sa présence irrite constamment le globe oculaire, et peut amener la perforation de la conjonctive. Dans la même paupière, il peut y avoir plusieurs calculs de la même espèce. M. Trélat a observé dernièrement un calcul de ce genre.

L'étiologie des kystes meibomiens est assez difficile à connaître. On les observe indifféremment chez tous les sujets. Les lymphatiques et surtout les jeunes filles chlorotiques y semblent plus prédisposés que les autres. On a dit que la grossesse

était également une cause prédisposante. Nous avons observé deux cas qui pourraient pousser à cette croyance; mais sur un très-grand nombre de femmes enceintes, ce sont les seuls que nous avons observés.

OBSERVATION.

La femme X... vient à l'hôpital Cochin pour accoucher; elle est à sa troisième grossesse. A la paupière supérieure elle porte deux kystes meibomiens en voie de guérison : l'un occupe la partie moyenne du cartilage tarse, c'est le plus volumineux; l'autre est plus en dehors, vers l'angle externe; depuis un mois ils diminuent de volume; les parois de ces kystes sont flasques. Ces tumeurs ont commencé à apparaître avec la grossesse. La femme raconte qu'à sa première grossesse elle a eu la même chose. La guérison spontanée avait eu lieu à la fin du neuvième mois. Cette femme n'étant pas entrée à l'hôpital, nous n'avons pu suivre l'évolution des kystes.

Les violences extérieures, les blépharites et conjunctivites chroniques peuvent être classées dans les causes déterminantes, soit qu'elles amènent l'oblitération du conduit excréteur, soit qu'elles occasionnent une hypersécrétion de la glande.

L'anatomie pathologique des kystes meibomiens (1) offre à étudier les parois du kyste et son contenu. Les parois sont plus ou moins résistantes; elles offrent : en dedans une surface granuleuse sans

(1) Voy. fig. 5.

trace d'organisation dans certains points, dans d'autres, tapissée de cellules épithéliales à formes irrégulières, se rapprochant de l'épithélium pavimenteux; en dehors, une couche de tissu fibreux et quelques fibres élastiques. Le contenu transparent, incolore, ou légèrement citrin, présente en suspension un grand nombre de lamelles épithéliales déformées, des granulations graisseuses, et souvent des cristaux de cholestérine. Lorsque le kyste s'est enflammé, on trouve également des globules purulents. Dans la variété fongueuse, la surface interne du kyste, privée de la matière qui la garnit, est toute granuleuse; les fongosités sont formées de cellules épithéliales graisseuses et offrant des formes très-variées de noyaux et de granulations de même nature. Le liquide, plus épais, mucilagineux, contient les mêmes éléments en suspension, mais en bien plus grand nombre que dans les kystes muqueux.

La tumeur décrite par Walton (1) sous le nom de tumeur tarsienne est formée, à l'extérieur, d'une membrane fibreuse, faisant corps avec le tissu fibreux de la paupière; à l'intérieur, d'une matière molle fibro-plastique, mouchetée de petits vaisseaux qui viennent de l'enveloppe externe. Cette enveloppe externe est composée de cellules fibro-plastiques et de quelques fibres de tissu cellulaire.

Au centre de la tumeur, il y a un kyste transparent, à liquide puriforme avec globules purulents, cellules

(1) *Loc. cit. Archives d'ophtalmologie*, t. III.

épithéliales et matière huileuse ; le kyste a à son centre une pelote de matière sébacée.

Pour Walton, le peloton sébacé se forme d'abord ; puis, la sécrétion augmentant plus tard, il s'épanche de la lymphe autour de la glande, et la formation de la membrane fibreuse se fait ensuite.

KYSTES SUDORIPARES.

La peau des paupières renferme, comme nous l'avons vu, des glandes sudoripares ; au bord libre, ces glandes sont aussi nombreuses que dans les autres parties, mais la paupière inférieure en possède plus que la supérieure ; c'est surtout là qu'on trouve les tumeurs que nous décrirons sous le nom de kystes sudoripares, et que Wecker désigne sous le nom de kystes transparents.

Ils sont décrits dans les auteurs sous le nom de millet. Sichel (1) admet deux variétés de millet, l'une transparente, l'autre blanchâtre, et il en place le siège dans les glandes sébacées.

Il est probable que le milium transparent n'est pas autre chose qu'un kyste sudoripare. Demours (2) donne à ces petits kystes transparents la dénomination d'hydatis ; ils sont formés, d'après cet auteur, par de la lymphe épanchée sous l'épiderme.

Ils dépassent rarement le volume d'une lentille ;

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 1853. *Iconographie ophthalmologique*.

(2) *Traité des maladies des yeux*.

le plus généralement ils se présentent sous la forme de vésicules transparentes, ayant une très-grande analogie avec les sudaminas. Le liquide contenu est séreux et limpide. Souvent ces petits kystes sont multiples, et cette multiplicité est le plus souvent le résultat d'une inflammation chronique du bord libre. Ils surviennent lentement, sans douleur, et s'accompagnent quelquefois de la formation de kystes meibomiens. Chez un malade de M. Follin, nous avons pu constater un certain nombre de kystes meibomiens aux paupières gauches occupant la partie moyenne des cartilages tarsi, et aux bords libres de ces mêmes paupières plusieurs de ces petites tumeurs transparentes; elles étaient plus nombreuses au bord libre de la paupière inférieure et à l'angle interne.

Leur présence est peu gênante, le plus souvent ils disparaissent spontanément; une simple piqure suffit pour en avoir raison.

« Dans quelques cas exceptionnels, on retrouve ces kystes transparents sur la paupière même. Un malade de Morel-Lavallée présentait un kyste de cette nature ayant la grosseur d'une fève. Les parois de cette petite tumeur implantée au-dessus du ligament palpébral interne étaient d'une minceur extrême et sillonnée par des vaisseaux; son contenu semblait d'une transparence parfaite »(1).

Le siège probable de ces sortes de kystes se trouve dans les glandes sudoripares. Nous n'avons

(1) Wecker, p. 383.

pas eu l'occasion d'examiner les parois ni le liquide contenu; aussi est-ce avec une certaine réserve que nous émettons notre opinion sur la nature de ces kystes.

KYSTES SOUS-CONJONCTIVAUX.

Pour en terminer avec l'étude des kystes des paupières, nous dirons quelques mots de certains kystes que l'on observe dans les culs-de-sac de la conjonctive et qui pourraient bien avoir pour origine les glandes sous-conjonctivales.

Sichel (1) a décrit sous le nom de kystes séreux de la conjonctive une variété de petites tumeurs dont le siège se trouve être le même que celui des glandes de Sappey, C. Krause.

Ils sont placés dans le repli oculo-palpébral, et pas ailleurs. Il existe bien sous la conjonctive scléroticale d'autres petits kystes transparents, mais la nature de ces kystes est mal définie; pour Sichel, ils seraient formés par le cysticerque sous-conjonctival.

Ces kystes sous-conjonctivaux sont transparents, d'un rose pâle. La conjonctive qui les recouvre est très-vascularisée. Par l'examen à la lumière, on voit très-bien les vaisseaux ramper à leur surface; leur volume n'est jamais considérable, il ne dépasse pas celui d'une lentille. Ils soulèvent, lorsqu'ils sont aussi volumineux, le cul-de-sac de

(1) *Archives de médecine*, t. XI, 4^e série.

la conjonctive. Ils sont mobiles, adhérents quelquefois à la sclérotique. Lorsqu'ils sont placés dans le cul-de-sac inférieur, il est facile de les rendre saillants en pressant sur la paupière par le bord orbitaire.

Le contenu de ces kystes est transparent, il possède des cellules épithéliales. La surface interne est finement granulée; elle est doublée d'une couche fibreuse épaisse.

On ne les confondra pas avec le kyste hydatique sous-conjonctival. Ce dernier est moins mobile, moins transparent; il se trouve à une certaine distance du cul-de-sac, et il présente à travers la conjonctive une tache jaunâtre, pâle, formée par le corps de l'animal. Sichel (1) a publié un cas dans lequel le cysticerque se trouvait sous la conjonctive palpébrale. Le diagnostic ne sera incontestable qu'après l'examen microscopique.

Traitement des kystes des paupières. — Nous avons réuni à dessein dans un même chapitre le traitement de tous les kystes des paupières, car, à peu de chose près, les moyens thérapeutiques sont les mêmes pour tous.

Il est incontestable que, chez quelques sujets, un certain nombre de kystes peuvent disparaître spontanément. Demours a fait une statistique sur ce point, et il dit qu'il est permis d'en espérer la guérison spontanée vingt-cinq fois sur cent. Pen-

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1847.

dant le cours d'une maladie intercurrente, ces kystes disparaissent assez souvent. M. Velpeau raconte, à l'article *Paupières* du Dictionnaire en 30 volumes, l'histoire d'une dame russe qui, sur le point de venir à Paris se faire opérer de deux kystes qu'elle portait aux deux paupières depuis plusieurs années, fut prise de pneumonie, et reconnu avec surprise, pendant sa convalescence, la disparition de ces deux kystes.

Le traitement résolutif peut donner quelques succès. Les pommades mercurielles, d'iodure de plomb ou de potassium, administrées en frictions, les applications de linges imbibés d'une forte solution de sel ammoniac ou de vinaigre, l'eau régale et l'acupuncture, ont été employés tour à tour.

Si on obtient quelques succès, ce n'est qu'au bout d'un temps très-long; aussi ne doit-on avoir recours à tous ces moyens que quand on ne peut faire autrement, quand on a affaire à des malades pusillanimes. Le seul traitement efficace des kystes palpébraux est le traitement chirurgical.

Bien des procédés ont été préconisés, et entre les mains de leurs auteurs ils ont tous été suivis de succès. On a pratiqué successivement la ponction, la cautérisation, le séton, l'incision et l'extirpation.

La ponction est généralement insuffisante; le kyste une fois évacué ne tarde pas à se reproduire. Pour avoir un résultat satisfaisant, il faut que les parois du kyste puissent s'enflammer. Dans ce but, on a fait des ponctions multiples. Carron du

Villars combinait la ponction avec la cautérisation ; par la plaie il introduisait une sonde cannelée chargée de poudre de Vienne, et par un mouvement de rotation il promenait le caustique sur la surface interne du kyste. Pour les kystes sébacés cutanés, lorsqu'on peut introduire par l'orifice du follicule quelques gouttes d'acide acétique, on en obtient assez facilement la guérison.

L'incision simple ne diffère de la ponction que par l'étendue de la plaie cutanée. Ses résultats sont plus satisfaisants, surtout si à l'incision on ajoute la cautérisation. Ce mode de traitement est le plus souvent employé, surtout pour les kystes adhérents au cartilage tarse. Demours, Wenzel, Dupuytren (1), Velpeau (2), en sont très-partisans.

L'incision doit être transversale et faite soit du côté de la peau, soit du côté de la muqueuse, suivant que le kyste fait saillie d'un côté ou de l'autre. Cependant, en agissant par la face conjonctivale, on évite toute cicatrice apparente et la douleur est moins vive. Avant de commencer l'opération, une excellente précaution à prendre est celle qu'emploie constamment notre excellent maître M. Follin. La paupière est fixée au moyen de la pince-anneau de Desmarres ou d'Ansiaux, et une fois bien fixée il est facile alors de la renverser en dehors et de faire l'incision du kyste. Le liquide contenu s'épanche au dehors ; au moyen d'une curette, on enlève tout ce que le kyste peut ren-

(1) *Leçons orales*, t. III.

(2) *Journal des connaissances médicales pratiques*, 1854.

fermer, et avec un crayon fin de nitrate d'argent on cautérise les parois dans tous les sens. On a dit qu'en pratiquant ainsi la cautérisation avec le nitrate d'argent on exposait la cornée à être entamée. Cela pourrait être si on n'avait pas la précaution de neutraliser avec de l'eau salée l'excédant du nitrate d'argent. Les suites d'une semblable opération sont des plus simples.

Nous ne mentionnons que pour mémoire les procédés du séton et des caustiques. Le séton occasionne de l'œdème des paupières qui peut se compliquer de phlegmon ou d'érysipèle. Les caustiques laissent après eux des traces indélébiles et leur application demande de grandes précautions.

L'extirpation est une méthode infailible, mais elle n'est pas praticable pour tous les kystes. En effet, les kystes meibomiens sont adhérents aux cartilages targes, et si on voulait en faire l'ablation complète on s'exposerait à perforer le cartilage et même la conjonctive. Dupuytren rapporte dans ses *Leçons orales* un accident de ce genre, M. Velpeau en cite un autre. Chez les deux malades la plaie était restée fistuleuse, et l'un d'eux pouvait voir par l'ouverture faite à la paupière. L'extirpation se fait soit par la peau, soit par la muqueuse; le plus souvent cependant c'est par la surface cutanée qu'on enlève le kyste; nous avons vu que les kystes meibomiens, qui sont à peu près les seuls à saillir du côté de la muqueuse, doivent plus souvent être opérés par l'incision suivie de la cau-

térisation. L'opération est plus délicate, plus difficile, plus longue que la précédente.

Malgaigne (1) conseille un autre procédé, celui de l'énucléation. Il fait une incision transversale parallèle au bord libre de la paupière, arrive sur le kyste et l'ouvre, puis il saisit la paupière le plus près du kyste entre les deux branches d'une pince à disséquer, l'une appliquée à la face muqueuse, l'autre sur la peau, et faisant marcher ces deux branches du côté du kyste en pressant toujours il le fait sortir en entier. Un semblable procédé ne peut être applicable qu'aux kystes sébacés.

DU CHALAZION (χαλαζιον, chalaze).

Le chalazion est une tumeur sur la nature de laquelle les opinions les plus diverses ont été émises, chaque auteur a la sienne. Pour Ambr. Paré (2), Dionis (3), c'est une petite tumeur dure ressemblant à un grain de grêle. Maître-Jan (4), Demours (5), la rangent dans les tumeurs athéromateuses, stéatomateuses, mélicériques. Une opinion qui est partagée par le plus d'auteurs est celle de l'orgeolet chronique, induré, suppuré ou non suppuré. Stœber (6), Carron du Villars (7),

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1854. *Archives d'ophthalm.*, t. III.

(2) *Œuvres d'A. Paré*, 1652.

(3) *Cours d'opérations*, 1740.

(4) *Traité des maladies de l'œil*, 1707.

(5) *Id. des yeux*, 1818.

(6) *Manuel pratique d'ophtalmol.*

(7) *Guide prat. pour l'étude et le traitement des maladies des yeux.*

Deval (1), Lawrence (2), en sont les principaux partisans; Weller n'accorde au chalazion aucun caractère particulier, c'est une tumeur formée de substance variable, le plus généralement de pus endurci, ressemblant au cartilage.

D'après Sichel (3), c'est une hypertrophie avec induration d'un ou de plusieurs follicules sébacés consécutive à une phlegmasie chronique.

Mackenzie (4) lui donne la dénomination de tumeur fibrineuse.

Desmarres (5) ne précise ni son siège ni sa nature; tous les éléments de la paupière peuvent concourir à sa formation.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* admettent tantôt un orgeolet induré, tantôt un kyste de follicules sébacés à parois épaisses.

Pour Robin (6), c'est une tumeur à cytoblastions.

Enfin, dans les ouvrages d'ophtalmologie les plus récents (7), le chalazion est classé dans les kystes meibomiens modifiés par des poussées inflammatoires successives.

D'après ce rapide aperçu bibliographique, il est facile de voir quelle confusion règne dans la définition du chalazion, et cette confusion ne tient

(1) *Traité des mal. des yeux.*

(2) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux.* Trad., 1832.

(3) *Traité iconographique.*

(4) *Traité pratique du mal des yeux.*

(5) *Traité des malad. des yeux.*

(6) Dict. de Nysten.

(7) Fano et Wecker.

qu'à ce qu'on n'a pas assez examiné les éléments constitutants de la tumeur. Pour en avoir une connaissance exacte, nous en avons examiné un grand nombre au microscope, et pour cela nous nous sommes servi des lumières de notre savant ami Cornil, plus compétent que nous en cette matière. Dans les nombreux examens que nous en avons faits, nous avons constamment retrouvé les mêmes éléments anatomiques.

Pour nous, le chalazion n'est ni un kyste meibomien ni un orgeolet induré; c'est une tumeur complètement indépendante du système glandulaire des paupières, et le plus souvent du cartilage tarse, siégeant dans le tissu cellulaire qui sépare le cartilage de la couche musculaire de l'orbiculaire.

M. le professeur Robin (1) est le premier qui ait donné sur la nature du chalazion les notions les plus exactes. Pour le savant professeur, le chalazion est une tumeur du bord libre des paupières constituée tantôt par des éléments fibro-plastiques, le plus souvent par des cytoblastions, par de la matière amorphe, des vaisseaux et du tissu lamineux.

« Le cytoblastion est un élément anatomique offrant deux variétés coexistantes caractérisées : l'une par sa forme de noyaux libres, sphériques, rarement un peu ovoïdes, de 0^{mm},005 à 0^{mm},006 de diamètre, rarement plus, quelquefois 0^{mm},004, à fines granulations de teinte obscure à l'intérieur,

(1) Dict. de Nysten.

mais sans nucléole proprement dit; l'autre toujours bien moins abondante, offrant la forme de cellule sphérique, nullement ou peu granuleuse, contenant de plus un noyau semblable aux noyaux libres. »

Le cytoblastion est un élément pathologique du tissu cellulaire ayant beaucoup d'analogie avec les éléments embryo-plastiques, se transformant à une certaine période de son développement en tissu fibreux, et c'est du reste ce que l'on peut observer dans les chalazions qui datent d'un certain temps.

En effet, dans le développement du chalazion il y a deux phases bien distinctes : dans la première, l'élément cytoblastion prédomine et constitue à peu près à lui seul la tumeur; dans l'autre, au contraire, les noyaux sont rares, le tissu fibreux abondant. Ces deux états sont bien distincts l'un de l'autre, et il est généralement facile de les reconnaître par les signes extérieurs seuls.

1° Dans le premier cas (1), la tumeur est molle, de la consistance du miel, s'écrasant très-facilement sous le doigt, elle n'est pas homogène; il n'est pas rare de trouver la partie centrale plus ramollie et quelquefois même liquide. Souvent elle est mamelonnée, et la portion liquide se trouve alors épanchée entre les petits mamelons. Sa couleur est d'un jaune ambré. Son volume est peu variable, il ne dépasse pas celui d'un pois rond. D'après ces ca-

(1) Voyez fig. 7.

ractères physiques, on peut voir qu'il y a quelque analogie entre ces tumeurs et celles décrites sous le nom de meliceris.

Cette tumeur est-elle enkystée? Pour ceux qui professent que le chalazion est un kyste meibomien, il n'y a pas le moindre doute, et à première vue il serait facile de s'y tromper. La tumeur est placée entre le cartilage tarse et le muscle orbiculaire. Pour se développer, trouvant une plus forte résistance du côté du cartilage, elle repousse la couche musculaire; celle-ci, à un moment donné, lui sert d'enveloppe externe, excepté dans la partie correspondante au tarse; elle lui adhère plus ou moins fortement, et lorsqu'on pratique l'énucléation de la tumeur on enlève avec elle cette couche musculaire; c'est elle qui a été le plus souvent prise pour les parois du kyste, d'autant plus qu'elle a subi des modifications de structure, comme nous le dirons plus loin.

Dans le développement de la tumeur, il y a encore quelques petites particularités à signaler : celle-ci peut se rapprocher, plus ou moins, du cartilage tarse ou de la couche musculaire; si elle se rapproche davantage des fibres musculaires, elle est complètement indépendante du tarse, dont elle est séparée par une couche de tissu cellulaire normal. Les fibres musculaires font en quelque sorte corps avec la tumeur; elles sont altérées, présentent plus ou moins les caractères de la dégénérescence graisseuse, et sont séparées les unes des autres par des cytoblastions. Il y a là une véritable infiltra-

tion de noyaux à travers les fibres adjacentes de l'orbiculaire. Il est difficile, d'après ces caractères de la tumeur, d'admettre la possibilité d'un kyste. L'observation suivante en est un exemple :

J..., âgé de 34 ans, employé, se présente, le 15 mars 1866, à la clinique ophthalmologique de M. Foucher. Il porte à la paupière supérieure gauche une tumeur dont il veut se faire débarrasser. Cette tumeur siège près de l'angle externe, de la grosseur d'un pois rond, consistante et mobile. Le cartilage tarse est complètement indépendant. La peau qui la recouvre n'est pas adhérente; elle est un peu rouge depuis une huitaine de jours.

La tumeur a commencé à apparaître il y a six mois environ; son développement s'est fait lentement, sans douleur et sans cause appréciable. Depuis huit jours, elle est devenue douloureuse et plus gênante pour les mouvements de la paupière.

La paupière inférieure du même côté présente dans la partie moyenne du cartilage tarse une petite tumeur de la grosseur d'un grain de millet, résistante, saillante en dehors et semblant adhérente au tarse; elle n'est d'aucune gêne pour le malade.

Les cartilages targes des deux paupières sont normaux; la conjonctive supérieure est un peu rouge.

La seconde tumeur date de 1852. Elle s'est développée lentement, sans douleur, et a été plus volu-

mineuse qu'elle ne l'est. Depuis longtemps elle est stationnaire.

M. Foucher procède à l'opération de la tumeur de la paupière supérieure par l'extraction. Après avoir fixé la paupière avec la pince de Desmarres, il incise la peau, saisit la tumeur avec une pince à griffe et l'enlève en la détachant avec le bistouri. Le cartilage tarse n'a pas été touché. La consistance de la tumeur est molle; par la section il s'écoule un liquide très-épais, grisâtre, de la consistance du miel, et occupant différents points de la tumeur. Celle-ci est irrégulière, de la grosseur d'un pois. — *Examen par Cornil et Ranvier.* La tumeur est formée de noyaux (cytoblastions de Robin) de 0^{mm},005 de diamètre, en très-grand nombre et dans tous les sens, et de tissu fibreux en petite quantité. La tumeur est limitée d'un côté par du tissu conjonctif normal, et de l'autre par des fibres musculaires dont quelques-unes offrent un commencement d'altération. On trouve des noyaux entre les fibres musculaires adjacentes.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Huit jours plus tard, le malade revenait à la consultation complètement guéri.

Lorsque la tumeur se rapproche davantage du cartilage tarse, la couche musculaire n'est pas intéressée; elle en est séparée par du tissu fibreux en plus ou moins grande abondance. Le cartilage tarse, au contraire, est directement en rapport avec elle, sans avoir cependant aucune connexion

intime; quelquefois cependant, par suite de la compression ou de l'irritation continuelle qu'amène dans le tissu voisin la présence de la tumeur, le cartilage tarse se ramollit, s'amincit, et, en renversant la paupière, il apparaît, comme dans les kystes meibomiens, jaunâtre, altéré. Ce n'est que dans ce cas seulement que le chalazion pourrait être pris pour une tumeur tarsienne. Mais on y retrouve les mêmes éléments anatomiques que dans les variétés précédentes, et les glandes de Meibomius ne sont nullement altérées; car il peut arriver que, dans l'ablation de la tumeur, on enlève une portion plus ou moins ramollie du cartilage tarse. Les caractères physiques de cette variété de chalazion sont les mêmes.

2^o Dans la seconde phase de son développement, le chalazion présente des caractères bien différents. Il est plus dur, plus résistant, plus petit; il offre au palper une sensation fibreuse, et même presque cartilagineuse, et il est très-probable que les tumeurs décrites sous le nom de fibromes, tumeurs cartilagineuses des paupières, n'étaient souvent que des chalazions arrivés à leur dernière période de développement. Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente offrait à la paupière inférieure gauche une tumeur de cette nature. C'est dans cette forme de chalazion que les fibres musculaires présentent des altérations parfois très-avancées.

OBSERVATION (Voir fig. 6).

M. X... se présente, le 9 février 1866, à la consultation de M. Follin pour deux tumeurs qu'il porte à la paupière supérieure du côté gauche et dont il veut se faire opérer. Ces tumeurs existent depuis plusieurs mois; elles sont indolores, mais gênantes pour le mouvement de la paupière. Sous-cutanées, résistantes au toucher, éloignées l'une de l'autre de 1 centimètre environ, elles occupent à peu près la partie moyenne de la portion tarsienne à 9 millimètres du bord palpébral; la plus grosse est du volume d'un petit pois rond.

M. Follin procède à l'opération par l'extraction. Incision de la peau de la couche musculaire dans le sens transversal, après avoir préalablement fixé la paupière avec la pince de Desmarres; puis la tumeur est saisie avec la pince à griffe et enlevée avec le bistouri. Les deux tumeurs sont enlevées de la même façon. Elles sont irrégulières, nullement enkystées et ne contiennent pas le moindre liquide. Elles présentent tous les caractères extérieurs du chalazion (examen par Cornil). Les deux tumeurs sont formées par du tissu lamineux et quelques fibres de tissu élastique, par des noyaux sphériques et ovoïdes en assez grand nombre mesurant de 0^{mm},004 à 0^{mm},005 de diamètre que l'on retrouve entre les fibres musculaires.

Dans les deux tumeurs, nombreuses fibres musculaires de la vie organique ayant presque toutes perdu leur striation, et en dégénérescence cireuse,

c'est-à-dire transparentes, d'aspect vitreux et fragmentées. Cet examen a été fait d'après des coupes intéressant toute la tumeur.

Le chalazion fibreux est plus rare que l'autre, par cela seulement que le malade réclame les soins chirurgicaux avant la transformation du cyto-blastion. Mais les états intermédiaires sont les plus fréquents : presque toujours dans le chalazion on trouve des fibres de tissu conjonctif en petite quantité et de très-nombreux cyto-blastions, et les deux variétés du cyto-blastion, décrites par M. Robin, se trouvent ensemble ; généralement l'une d'elles est plus abondante que l'autre ; tantôt c'est le nucléole, d'autres fois la forme cellule.

Certains auteurs, et des plus récents, partisans du kyste meibomien, décrivent dans le chalazion un contenant avec contenu. Le contenant est constitué par les parois d'une glande de Meibomius, le contenu est le résultat de la rétention du sébum et renferme des éléments d'épithélium souvent disposés en forme de plaques, des masses graisseuses et calcaires, et des cristaux de cholestérine. Nous déclarons que jamais dans le chalazion nous n'avons trouvé rien de pareil. Il y a eu évidemment confusion de la part de ces auteurs. Le chalazion est une tumeur complètement indépendante des glandes de Meibomius, et offrant dans son développement une certaine analogie avec les tumeurs fibro-plastiques. Mais elles diffèrent de ces dernières par leur bénignité et

la forme de leurs noyaux ; de plus, dans les tumeurs fibro-plastiques on retrouve toujours des états intermédiaires au noyau et à la fibre ; dans le chalazion, on ne voit rien de semblable.

L'étiologie de cette tumeur est très-obscur. Mackenzie rattache son apparition à des troubles des voies digestives, et pour en arrêter l'évolution il conseille les *blue pills*. Le plus souvent le chalazion se développe lentement, sans cause connue et sans déterminer le moindre phénomène du côté de l'œil ; d'autres fois il se rattache à des congestions de la conjonctive palpébrale, à des blépharites chroniques, mais sans déterminer des altérations de sécrétions du côté des glandes de Meibomius.

Le chalazion est une affection assez commune des paupières ; il se voit aux deux paupières, mais plus souvent à la supérieure qu'à l'inférieure, quelquefois aux deux à la fois ; très-rare chez les enfants, il peut en exister plusieurs à la même paupière. En dehors de la région tarsienne il est très-rare ; nous n'en avons jamais observé. Il est très-peu volumineux à son début, de la grosseur d'une forte tête d'épingle, ne dépassant pas plus tard celle d'un pois rond ; son développement se fait lentement, sans signe inflammatoire, et sans occasionner de la gêne dans le mouvement de la paupière. Quelquefois, tout se passe très-simplement, le malade ne se préoccupe en aucune façon de cette petite tumeur, elle finit par diminuer de volume ; à un moment donné, elle subit la transformation fibreuse, et tout est dit. Mais le plus

souvent, au bout d'un ou de plusieurs mois, son volume s'accroît, les paupières sont gênées dans leur mouvement, la tumeur devient même parfois un peu douloureuse, et c'est alors que le malade vient réclamer les soins du chirurgien. Lorsque la tumeur est légèrement douloureuse, elle est compliquée de conjonctivite palpébrale et quelquefois aussi oculaire.

OBSERVATION.

Le nommé L.... vient, le 15 mars, à la consultation de la clinique ophthalmologique de M. Foucher. A la partie moyenne de la paupière inférieure droite, il présente une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'un petit pois, mobile sous la peau. Son apparition remonte au mois d'octobre dernier, et elle a été prise pour un orgeolet, mais jamais la tumeur ne s'est enflammée, jamais elle n'a suppuré; depuis une dizaine de jours, la tumeur a augmenté, est devenue douloureuse; la peau est rouge, la conjonctive oculo-palpébrale congestionnée; l'extraction est faite par M. Foucher; la tumeur est grisâtre, molle, mais sans liquide. Par l'examen microscopique nous constatons des cyto-blastions et du tissu fibreux abondant; rien du côté des fibres musculaires.

La tumeur fait saillie du côté de la peau; ce n'est que *très-exceptionnellement* qu'on la voit proéminer du côté de la conjonctive. En effet, la con-

jonctive est intimement unie au cartilage tarse, comme nous l'avons vu dans la structure des paupières; aussi est-il difficile d'admettre qu'un chalazion puisse se développer entre les deux. Cependant, chez quelques individus, la conjonctive est doublée d'une couche de tissu cellulaire très-appréciable, et il est probable que, chez ces gens-là seulement, on peut observer des chalazions sous-conjonctivaux ou internes. Nous avons eu occasion d'en voir un exemple à la consultation de M. Follin; les caractères extérieurs étaient bien ceux du chalazion. Par l'examen microscopique, la tumeur était formée de noyaux en très-grande quantité, petits, mais offrant une forme ovoïde; il y avait également du tissu lamineux. La malade guérit parfaitement. Quelquefois on voit du côté de la conjonctive des fongosités, qui pourraient en imposer pour un chalazion, par leur volume et leur aspect extérieur. Ces fongosités se sont développées sur les parois d'un kyste meibomien qui s'est ouvert spontanément du côté de la conjonctive, et par leur développement progressif, elles sont venues faire hernie à travers la déchirure. La peau qui recouvre ces chalazions est lisse, sans traces d'altération, mobile. La tumeur elle-même peut jouir d'une certaine mobilité lorsqu'elle n'est pas en rapport médiate avec le cartilage tarse. Sa consistance est très-variable, comme nous l'avons dit plus haut, tantôt molle, d'autresfois au contraire dure, résistante. Son siège est très-variable; elle peut se développer dans

tous les points de la région tarsienne, mais plus rarement près du bord libre de la paupière, à 4 ou 5 millimètres de ce bord, qu'à la partie moyenne du tarse.

Le diagnostic du chalazion est loin d'être toujours facile, c'est surtout avec l'orgeolet et le kyste meibomien que l'erreur est possible. Mais l'orgeolet est une tumeur inflammatoire suppurant presque toujours et siégeant constamment au bord palpébral. Le chalazion, au contraire, a une marche lente, chronique, ne suppure jamais, et est placé le plus ordinairement à une certaine distance du bord libre de la paupière et même quand il en est rapproché, il n'intéresse jamais la portion ciliaire. Lorsque l'orgeolet se termine par résolution, il laisse une induration petite, adhérente à la peau, qui disparaît à la longue.

Les kystes meibomiens sont plus difficiles à reconnaître: le siège est le même, la fluctuation n'est pas toujours facile à constater, et l'adhérence au cartilage tarse, constante pour le kyste, peut exister quelquefois pour le chalazion. Le traitement de ces sortes de tumeurs étant le même, l'ablation enlèvera tous les doutes que l'on pourra avoir sur la nature de la tumeur.

D'avec les autres tumeurs des paupières le diagnostic du chalazion est assez simple: on ne le confondra pas avec les tumeurs érectiles verruqueuses, épithéliales, ni avec les abcès, phlegmons, kystes sébacés, etc.

Quels sont les modes de terminaison du chala-

zion ? Lorsque son développement est toujours lent, et que par son volume il n'attire pas l'attention du malade, il passe à l'état fibreux ; et il est très-probable que, si l'ablation était pratiquée moins souvent, ce mode de terminaison serait bien plus fréquent (1). Mackenzie dit que le chalazion peut suppurer : « Il s'établit autour de lui un travail de suppuration qui finit par le détruire ; l'abcès s'évacue de lui-même, tantôt vers la face externe, tantôt vers la face interne de la paupière. » Nous n'avons jamais vu cette suppuration ; dans tous nos examens microscopiques, nous n'avons jamais observé le moindre globule purulent.

Le traitement du chalazion comporte peu de procédés opératoires. Le traitement médical ne doit même pas être essayé. Quand le chalazion est petit, dur, qu'il ne gêne en aucune façon les mouvements de la paupière, on ne doit pas y toucher. Mais lorsqu'il a acquis un certain volume, et que son développement rapide s'accompagne de conjonctivite et de quelques douleurs palpébrales, il faut l'enlever. On a bien essayé les caustiques, mais ils sont loin d'être aussi avantageux que l'ablation. Ils peuvent déterminer de l'induration de la paupière, et, pour peu qu'il y ait suppuration, on a à craindre le renversement de la paupière. On peut cependant y avoir recours, mais dans certains cas seulement, lorsque le cha-

(1) *Traité des maladies des yeux*, p. 210.

Thomas.

lazion est très-ramolli; le caustique détruit alors les noyaux qui se trouvent infiltrés dans les fibres musculaires, ou dans la couche cellulaire musculo-tarsienne. Dans ce cas, le caustique vient en aide à l'ablation, et ne constitue pas à lui seul un procédé thérapeutique.

L'extirpation de la tumeur est donc le seul moyen à employer. Pour cela, on fait une incision à la peau dans le sens des fibres de l'orbiculaire et d'une étendue au moins égale à celle de la tumeur. Généralement, après cette incision, celle-ci se présente d'elle-même à travers les lèvres de la plaie, on la saisit avec une pince à griffe, et on procède alors à la dissection de la tumeur. Cette dissection n'est pas toujours facile, car on n'a pas affaire à une tumeur enkystée, et on peut toujours craindre d'en enlever trop ou trop peu. Autant que possible, il faut épargner la couche musculaire. Si le muscle orbiculaire n'est pas adhérent à la tumeur, il faut, après la section de la peau, l'inciser dans le même sens et le détacher de la tumeur; mais presque toujours il reste des fibres musculaires autour du chalazion. La dissection doit être faite avec beaucoup de soins, surtout lorsqu'on arrive à la partie de la tumeur qui est en rapport avec le cartilage, car il faut bien se garder d'enlever une portion de ce cartilage; si le cartilage est un peu ramolli, il vaut mieux faire l'opération en plusieurs temps, enlever la tumeur par parties et avec des ciseaux. Avec la pince il sera toujours facile de saisir les parcelles qui pour-

raient rester. Si la tumeur est très-ramollie, comme cela arrive quelquefois, la curette sera d'un utile emploi, et c'est alors que la cautérisation pourra avoir son indication.

Mackenzie (1) ne cherche pas à disséquer la tumeur, il l'incise largement; si son contenu ne s'élançe pas au dehors, à l'aide de l'extrémité d'une sonde aiguë, il déchire son tissu, puis, par la pression, il le fait sortir.

Dans le cas où le chalazion serait sous-conjonctival, l'incision devra être faite du côté de la conjonctive.

Avant de pratiquer cette opération, on a le soin de fixer la paupière avec la pince-anneau de Desmarres (2) ou avec celle d'Ansiaux (3). Par la pression qu'exerce cette pince sur la paupière il s'écoule peu de sang pendant l'opération, et la douleur est moins vive.

Les suites de l'opération sont des plus simples : la cicatrisation se fait sans accidents et dans les huit jours. Pendant les premiers jours seulement, il y a de l'œdème de la paupière. Le meilleur traitement est l'application de compresse d'eau froide ; il n'est pas nécessaire de faire des points de suture pour maintenir réunis les bords de la plaie. Si celle-ci est un peu large, quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre suffiront.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Annales d'ocul.*, t. XVI, p. 114.

(3) *Id.*, t. XX, p. 110.

TUMEURS VERRUQUEUSES.

Nous désignons sous le nom de tumeurs verruqueuses non-seulement les verrues proprement dites, mais encore certaines tumeurs cutanées, qui sont des produits de sécrétion sébacée plutôt que des excroissances épidermiques, et dont l'aspect extérieur se rapproche beaucoup de celui des verrues.

Les verrues proprement dites sont des tumeurs épidermiques siégeant dans presque toutes les parties du corps, et présentant aux paupières plusieurs variétés qui peuvent toutes se rapporter à trois types principaux, que Maître-Jan (1) a désigné sous les noms de *pendante*, *thymade* ou *porrale* ou *fic* (figue) et *meurale*.

Elles siègent au bord libre, à la partie moyenne de la paupière ou près du sourcil. Elles sont uniques ou multiples, de couleur blanche ou grise, lisses ou rugueuses à leur surface.

Celles du bord libre sont généralement petites, à base grêle, unies et pédiculées, à sommet un peu plus volumineux que la base. Ce sont celles que Maître-Jan appelle *pendantes*.

Elles se développent aux dépens du corps papillaire ou du derme, et elles accompagnent quelquefois le *nævus maternus*, et, dans ce cas, elles sont congénitales. Celles qui se forment aux dé-

(1) *Loc. cit.*

pens du corps papillaire sont formées de papilles développées, isolées ou en groupe, recouvertes d'un enduit épidermique plus ou moins considérable. Dans les verrues dermoïdes, les papilles sont petites, pressées par un derme hypertrophique. Ces deux formes de verrues ont des vaisseaux; elles sont isolées ou réunies en groupe (V. *Meurale*). Ces dernières sont à base large, à sommet fendillé; elles sont susceptibles de s'excorier, de s'enflammer et d'occasionner à certains moments des démangeaisons très-désagréables qui les font appeler verrues fourmilières.

Toutes ces verrues sont accidentelles ou congénitales.

Sichel (1) a décrit sous le nom d'*affection verrueuse des paupières et du voisinage liée à une diathèse lymphatique*, une variété de petites tumeurs siégeant sur les paupières, surtout au bord libre, et offrant une grande ressemblance avec les verrues.

Elles ont une forme et un aspect tout particuliers; plus petites que celles qu'on voit isolées, elles sont ordinairement arrondies et toujours lisses, d'une teinte rosée peu différente de celle de la peau, quoiqu'un peu plus pâle. Leur sommet est plus blanchâtre, souvent un peu luisant et comme translucide, et muni au centre d'un point noir. Pour la plupart elles ont 1 à 2 mill. d'élévation, quelquefois 3 et rarement davantage, bien qu'on en voie exceptionnellement qui sont allon-

(1) *Ann. d'ocul.*, t. XV.

gées et même un peu acuminées. Elles forment des groupes de 8 à 20. Elles se lient à une constitution lymphatique ou à une affection scrofuleuse, et on les fait disparaître par l'emploi des médicaments antilymphatiques.

Ces excroissances ressemblent aux verrues, mais elles en diffèrent par leur structure; elles sont dues au développement des follicules sébacés. Par la pression on fait sortir la matière sébacée.

Ces tumeurs, au début, sont de la grosseur d'un grain de millet. Plus tard, elles présentent un aspect hérissé, inégal. Le point noir central se détache et entraîne avec lui de la matière sébacée. La disparition de ces tumeurs est souvent spontanée.

La matière sébacée des follicules peut encore donner lieu à des tumeurs qui sont considérées comme des productions cornées. Cette matière sébacée s'indure, se recouvre peu à peu de couches d'épiderme, et forme une tumeur saillante présentant l'aspect d'une petite corne. Ph. Boyer (1), d'Ammon (2) en citent des exemples (3).

Le traitement des verrues comporte trois procédés thérapeutiques, la cautérisation, la ligature, l'excision. On choisit l'un ou l'autre de ces moyens, suivant l'état de la tumeur; Courserant (4), dans le but de conserver les cils et d'éviter la difformité de la cicatrice, fait une incision cruciale

(1) *Maladies chirurgicales*.

(2) Deval, *Maladies des yeux*.

(3) Follin, *Pathol. ext.*, t. II, p. 42.

(4) *Gaz. des hôp.*, 1855.

aussi éloignée que possible des cils, et il promène dans la plaie l'extrémité d'un tube capillaire trempé dans l'acide nitrique.

TUMEURS CONJONCTIVALES.

Nous terminerons ce travail par quelques mots sur les tumeurs de la conjonctive.

Il existe à la surface de la conjonctive palpébrale des tumeurs végétantes, polypiformes, fongueuses.

Les végétations, ou verrues de la conjonctive, se présentent sous l'aspect de masses charnues, un peu granuleuses, isolées ou réunies en groupe. Travers les compare aux végétations de la face interne du prépuce et il les attribue à l'irritation produite par une sécrétion morbide. Elles sont dues à une hypertrophie du corps papillaire. Leur présence est une cause incessante d'irritation, qui peut s'étendre jusqu'à la cornée; si la tumeur est en rapport avec la cornée, elle peut déterminer, comme dans les granulations de la conjonctive, des opacités qui ne peuvent disparaître qu'avec la végétation. Ces excroissances sont quelquefois congénitales. Wardrop (1) en a cité plusieurs exemples.

On a décrit également sous le nom de polypes de la conjonctive des tumeurs qui ont une certaine analogie avec les précédentes. Elles sont pédiculées, d'une couleur pâle, rosée, et mamelonnées.

(1) *Morbid anatomy of the human eye.*

Elles sont formées de fibres de tissu cellulaire formant un lacet à mailles larges, des fibres-cellules entremêlées de noyaux; le tout est recouvert d'une couche épaisse de cellules épithéliales. Quelquefois ces tumeurs saignent abondamment. On peut les confondre avec le cancroïde ou le cancer conjonctival, ou encore avec les fongosités d'un kyste meibomien qui s'est ouvert du côté de la conjonctive. Les corps étrangers aussi peuvent être le point de départ de tumeurs pédiculées, par suite de l'hypertrophie conjonctivale qui se développe autour d'eux. Guépin (1), Fleindenrich (2), en citent des exemples. Lawrence rapporte qu'il a vu se développer sur la conjonctive de petits polypes analogues à ceux de la membrane de Schneider. Le pédicule du polype était, dans un cas, fibro-cartilagineux.

Le fungus conjonctival de la paupière est assez mal défini; sa nature est peu connue. Il est probable que sous ce nom on a décrit des tumeurs cancéreuses ulcérées ou non ulcérées.

Parmi les tumeurs de la conjonctive, il y aurait encore à décrire le cancer, le cancroïde, les tumeurs érectiles, etc.; mais, comme nous l'avons dit au début, ces tumeurs se trouvent dans toutes les autres régions avec les mêmes caractères, et nous croyons qu'il serait superflu d'en faire ici la description.

(1) *Gazette médicale de Montpellier*, 1861.

(2) *Annales d'oculist.*, t. XXVI.

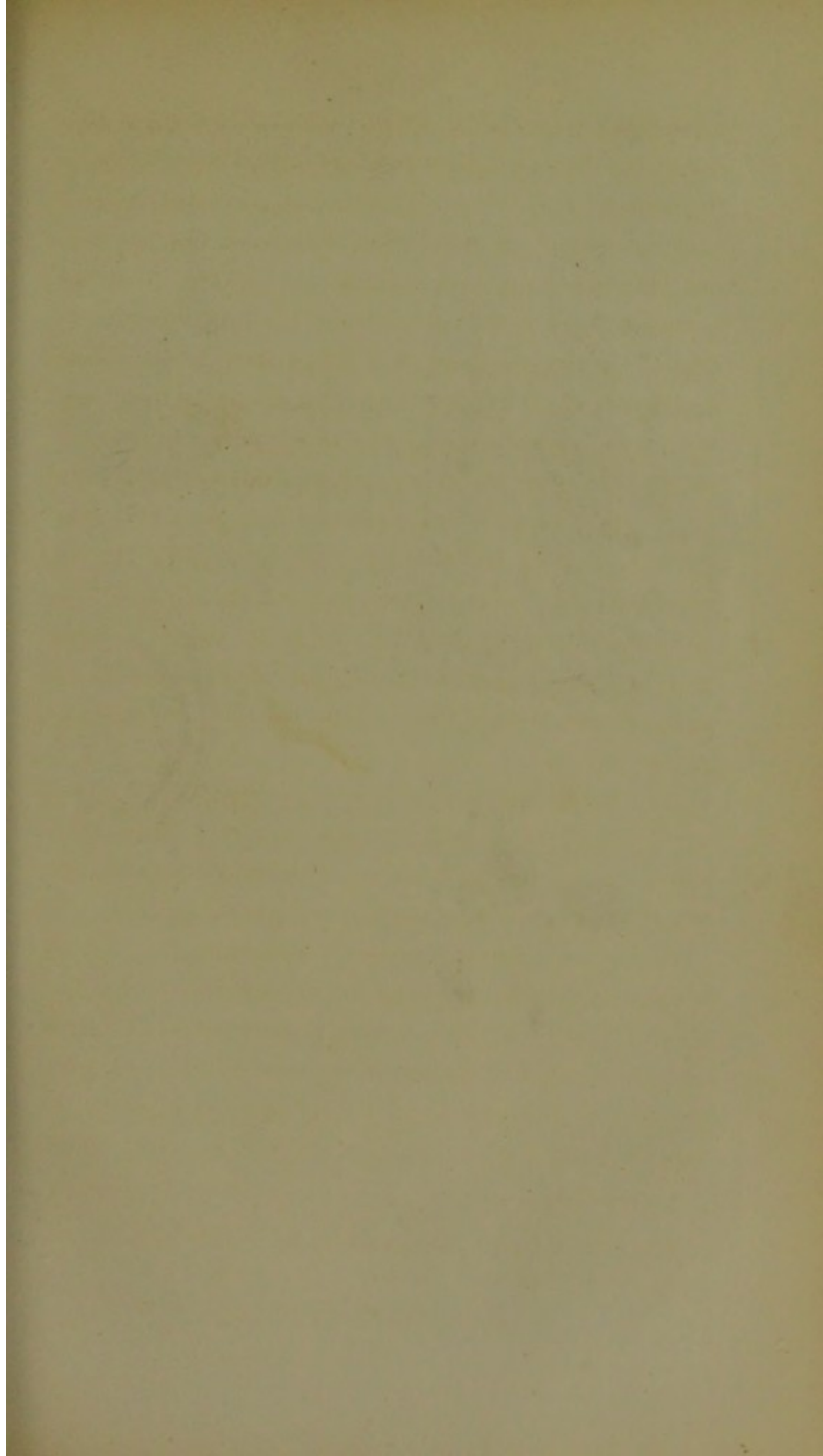


Fig. 1.

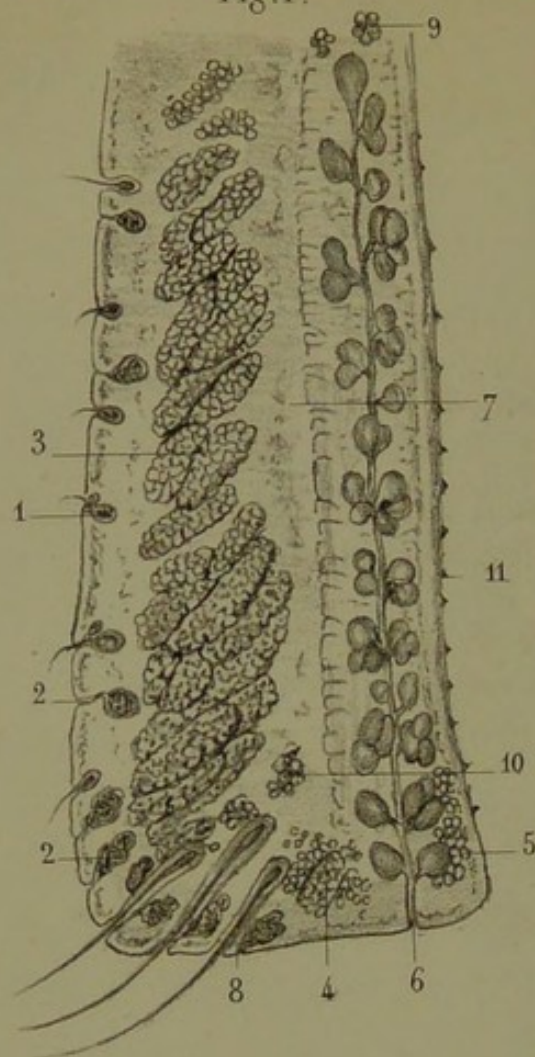


Fig. 2

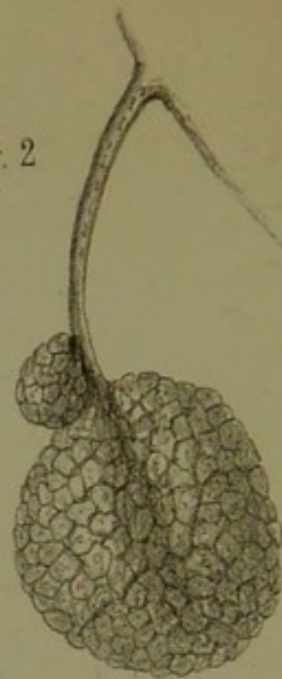


Fig. 3.

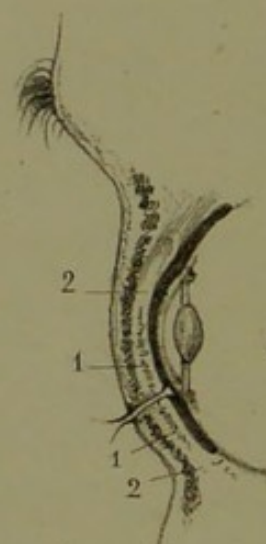


Fig. 4

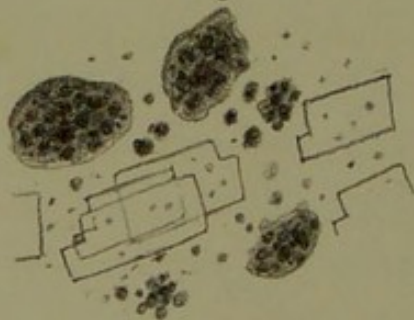


Fig. 5.

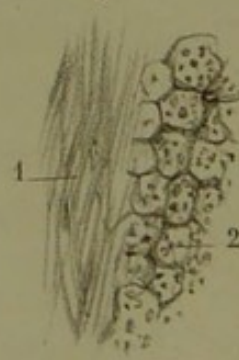


Fig. 6

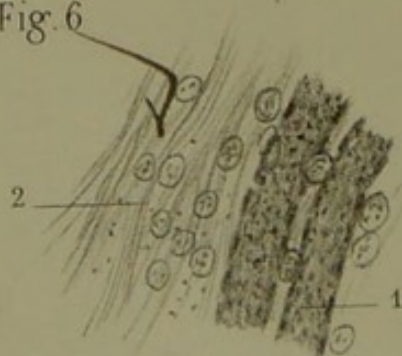


Fig. 7



EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE

Fig. 1. Représente une coupe verticale des paupières d'après le procédé de Moll.

- 1 et 2. Glandes sudoripares et follicules pileux de la peau.
3. Muscle orbiculaire (portion palpébrale).
- 4 et 5. Portions du muscle subtarsalis.
6. Orifice d'une glande de Meibomius.
7. Couche cellulaire intermusculo-tarsienne.
8. Glandes ciliaires et follicules des cils.
- 9 et 10. Cellules adipeuses.

Fig. 2. Glande sous-conjonctivale avec son conduit excréteur.

Fig. 3. Coupe de la paupière représentant les deux portions :

1. Portion tarsienne.
2. Portion péri-orbitaire.

Fig. 4. Examen au microscope du contenu d'un kyste sébacé cutané à l'état crétacé. (Observ.)

1. Cellules épithéliales et granulations calcaires.
2. Cristaux de cholestérine.

Fig. 5. Parois d'un kyste meibomien avec ses deux couches.

1. Couche fibreuse.
2. Épithélium pavimenteux.

Fig. 6. Coupe d'un chalazion fibreux. (Observ.)

1. Fibres musculaires graisseuses.
2. Tissu fibreux et cytoblastions.
3. Cytoblastions.

Fig. 7. Chalazion à sa première phase. (Obs.)
Cytoblastions.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE

Fig. 1. Représentation d'un coupe verticale du testicule d'un animal adulte.

1. Testicules adhérents au tégument externe.
2. Vessicules sécrétrices.
3. Epididyme du testicule externe.
4. Epididyme d'un glande de l'utérus.
5. Glande collulaire interne.
6. Glandes sécrétrices et follicules.
- 7 et 8. Cellules sécrétrices.

Fig. 2. Glande sous-épididymaire avec son conduit excréteur.

Fig. 3. Coupe de la paroi testiculaire représentant la zone externe.

1. Paroi testiculaire.
2. Paroi sous-épididymaire.

Fig. 4. Représentation au microscope du contenu d'un follicule sécrétrice.

1. Cellules sécrétrices et follicules.
2. Contenu de follicules.

Fig. 5. Parois d'un kyste mésentérique avec son contenu.

1. Glande sécrétrice.
2. Follicules sécrétrices.

Fig. 6. Coupe d'un épididyme sécrétrice.

1. Follicules sécrétrices.
2. Tissu séreux et épithélial.
3. Cellules.

Fig. 7. Chanson à sa première phase (O.S.).

Cellules.



