

Volumineux sarcome de la conjonctive bulbo-palpébrale (1)

PAR LE DR J. N. ROY

L'observation suivante nous semble avoir un certain intérêt, si nous examinons soit séparément, ou dans leur ensemble, les symptômes observés chez notre petit malade. En effet, le sarcome primitif de la conjonctive bulbo-palpébrale est une affection relativement rare, et le pronostic est d'autant plus sérieux que le néoplasme semble vouloir envahir l'orbite. Ayant pour origine le chorion conjonctival, ou le tissu cellulaire qui lui est sousjacent, la tumeur en augmentant soulève la muqueuse oculo-palpébrale qui se distend avec elle. Dans notre cas, la rapidité d'évolution de ce sarcome spontané, sans pigmentation, développé dans l'espace d'environ sept semaines chez un enfant de six ans, doit attirer spécialement notre attention. Bien que ni les ganglions préauriculaires ni cervicaux ne fussent hypertrophiés, nous n'en avons pas moins considéré la maladie comme très grave, étant donné que la tumeur commençait déjà à se propager au tissu de la voûte orbitaire et à la capsule de Ténon, et qu'une biopsie antérieure nous avait renseigné sur sa nature sarcomateuse. Aussi nous n'avons pas hésité à sacrifier cet œil encore sain en faisant l'exentération de l'orbite.

OBSERVATION. — L'enfant D. R., âgé de six ans, nous est conduit à l'Hôtel-Dieu, le 11 janvier 1908, pour une tumeur volumineuse de l'œil droit. D'après sa mère, le début apparent du néoplasme remonterait à un mois, époque à laquelle elle remarqua que cet œil était plus petit que l'autre. Ce ptosis ayant un jour attiré davantage son attention, elle voulut faire ouvrir largement les yeux de son enfant, et s'aperçut qu'il y avait "une espèce de peau rougeâtre" entre le globe et la paupière supérieure. Aucun autre symptôme antérieurement n'avait été constaté, et cette tumeur, qui avait une tendance à l'hémorragie, commença dès lors à sécréter un liquide séro-purulent en proportion de la rapidité de son développement.

La famille de notre petit malade se compose de neuf enfants, dont un, mort à trois ans de méningite tuberculeuse, et les autres en bonne santé. Nous trouvons chez ses ancêtres une diathèse assez chargée de tuberculose, mais il semble ne pas y avoir de cancer.

Le patient jouit d'une constitution plutôt robuste pour son âge, et n'a jamais fait de maladie, à l'exception d'une adénite cervicale suppurée à droite, qui s'ouvre et se referme tous les mois depuis cinq ans.

Cependant la mère avoue que la respiration n'est pas

normale, qu'il dort la bouche ouverte, et fait du bruit pendant son sommeil.

Aucune histoire de traumatisme ou de corps étranger de l'œil droit, ni même de cataracte conjonctival.

A l'examen, nous constatons une tumeur, qui pend sur la joue et qui s'est développée au dépens d'un large pédicule inséré au fond du cul-de-sac supérieur de l'œil droit. Ce néoplasme est bourgeonnant, saigne au moindre contact, et son aspect est rougeâtre et sanieux. Il est recouvert en partie par la conjonctive oculaire fortement décollée, distendue et ulcérée par endroits, et par la conjonctive de la paupière supérieure ectropionnée. Une sécrétion séro-purulente s'échappe continuellement de cet œil et produit un léger érythème de la joue. Les mensurations de la tumeur dans son plus grand diamètre nous donnent environ deux centimètres d'épaisseur, cinq centimètres de hauteur et sept centimètres de largeur. Après l'avoir soulevée pour examiner la cornée, nous constatons que celle-ci est normale et que la pupille réagit. La tension oculaire n'est pas augmentée, il n'y a pas d'exophtalmie, ni d'abaissement du globe. Les mouvements de l'œil sont naturellement limités, mais la vision directe est aussi bonne à droite qu'à gauche.

Aucune douleur depuis le début de la maladie.

Etat absolument normal de l'œil gauche qui est emmétrope.

La rhinoscopie antérieure des deux côtés ne montre rien de bien intéressant, mais la rhinoscopie postérieure nous permet de constater des végétations adénoïdes.

Légère hypertrophie des amygdales palatines.

Les oreilles n'ont jamais été infectées.

Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions cervicaux ni préauriculaires.

Pas de syphilis héréditaire ni de symptômes apparents de tuberculose.

En présence de ce néoplasme nous faisons une biopsie, et la pièce anatomique est confiée au docteur St-Jacques, agrégé, qui voulut bien nous donner le rapport suivant.

"L'examen microscopique des préparations montre une agglomération de cellules disposées sans orientation, ici serrées, ailleurs espacées. Ça et là se voit des débris de travées ou plutôt de fibres conjonctives. Dans l'une des préparations on note une tendance à la disposition alvéolaire."

"Les éléments cellulaires sont petits et ronds, à noyaux plutôt gros, fort variables en dimension, et présentant des figures caryokynétiques nombreuses. Ils sont aussi à certains endroits fusiformes".

"Dans le champs microscopique apparaissent en grand nombre des formations vasculaires très caractéristiques du sarcome; entr'autres des trouées sans autres parois propres organisées que celles des cellules néoplasiques elles-mêmes. La plupart sont vides de globules sanguins".

"La surface de la tumeur est dépourvue de son épithélium de revêtement. On y trouve des capillaires en coupes tantôt perpendiculaires, tantôt longitudinale, remplis de globules rouges. Quelques-uns d'entr'eux

(1) Communication faite au IVe Congrès de l'Association de Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Québec, juillet 1908.