

contraire, c'est à peine si la paupière lui semblait différente de celle du côté opposé; elle était seulement un peu plus grasse.

Depuis son début, la tumeur s'est développée avec une extrême lenteur; jamais elle n'a été douloureuse, jamais elle n'a eu de tendance à faire saillie du côté de la cavité orbitaire. Aujourd'hui encore, l'œil est exactement au même niveau que celui du côté sain et présente les mêmes caractères.

L'hypertrophie considérable de la paupière supérieure n'en avait jamais rendu l'élévation impossible jusqu'au jour où fut pratiquée la première opération.

A partir de 1870, la marche sembla devenir un peu plus rapide. Bientôt, la difformité et la gêne du mouvement attirèrent plus vivement que jamais l'attention du jeune homme. Il résolut donc de se faire opérer et entra dans ce but à l'hôpital Lariboisière au mois de juin 1872.

La tumeur aurait présenté à cette époque sensiblement le même volume qu'aujourd'hui.

L'ablation fut pratiquée, et l'on voit encore au-dessous du sourcil, sur la face externe de la paupière supérieure droite, les cicatrices de l'incision faite alors aux téguments.

Aussitôt après, survint le prolapsus de la paupière supérieure qui existe toujours. Celui-ci est bien une conséquence de l'opération, et non de la tumeur, car, comme je vous l'ai dit, jamais avant l'ablation, l'élévation n'a été complètement impossible. Depuis, au contraire, le ptosis a été complet même avant l'apparition de la récurrence.

Si j'insiste sur ce point, Messieurs, c'est afin de vous démontrer que, dans le cas actuel, il n'y a point de destruction du muscle releveur de la paupière supérieure, ni du filet du moteur oculaire commun qui l'anime imputable à la tumeur elle-même. — C'est au bout de quatre mois seulement après l'opération que la récurrence est devenue manifeste. Comme la première fois, la tumeur est indolente et diffuse; comme la première fois, elle s'est développée lentement de l'extrémité interne du sourcil droit vers les téguments de la paupière supérieure qu'elle tend à gagner. Son accroissement a été plus rapide qu'avant l'opération. Si nous en croyons ce que nous dit le malade, elle est aujourd'hui aussi volumineuse et aussi étendue que lors de la première ablation et présente des caractères analogues (voy. fig. 13).

Elle a donc mis deux ans tout au plus pour arriver au volume qu'elle n'avait atteint la première fois qu'en une dizaine d'années.

Le malade est actuellement dans l'état suivant: l'œil droit est constamment fermé; de ce côté, la paupière supérieure saillante surtout dans sa moitié supérieure est notablement plus volumineuse que celle du côté opposé, de sorte que même en faisant fermer l'œil gauche, l'asymétrie

des deux paupières constitue une difformité choquante qui donne au faciès un caractère particulier. Aucun pli ne marque sur les téguments de la paupière les limites de la tumeur, elle ne paraît pas s'étendre jusqu'au



FIG. 13. — Éléphantiasis palpébral.

Le moule est à notre musée de Saint-Louis. (De notre collection.)

bord libre, et décroît insensiblement du côté de l'angle externe de l'œil; de même en haut, elle paraît se limiter au-dessus de la région sourcilière et ne se prolonge pas vers la racine du nez.

La peau qui la recouvre est fine, plus fine même que celle de la paupière gauche; elle est parcourue par un réseau vasculaire très-riche. On voit aisément au-dessous des téguments des veinules ou même des veines d'un certain volume s'entrecroiser, s'anastomoser; tandis que, sur les limites de la tumeur, la peau n'est point plus vasculaire que dans les autres régions.

Au toucher, la sensation principale que l'on perçoit est une rénitence diffuse, çà et là quelques inégalités à peine appréciables et jamais assez limitées pour constituer des bosselures. — Nulle part on ne trouve de fluctuation; il est également impossible de découvrir un cloisonnement quelconque. Quant au volume, autant qu'on peut l'apprécier dans une tumeur de cette nature, il est comparable à celui d'un œuf de poule coupé suivant son grand axe et dont une moitié aurait été enveloppée dans les téguments de la paupière supérieure.

Les parties voisines sont absolument intactes, le bord de la paupière

malade a conservé ses rapports normaux avec le globe oculaire, et il n'y a pas le plus léger degré d'entropion. La sécrétion des larmes se fait bien; la paupière inférieure est tout à fait normale; il n'y a ni déviation de points lacrymaux, ni insuffisance de l'orbiculaire. Le globe de l'œil lui-même est absolument sain; l'examen ophthalmoscopique n'y fait rien découvrir, et c'est tout au plus si, dans la vision à courte distance, on trouve une légère différence entre l'acuité visuelle des deux côtés. L'œil gauche, en effet, distingue aisément les caractères du n° 1 de l'échelle de Jæger, l'œil droit ne peut distinguer que ceux du n° 3. — C'est un commencement d'amblyopie par manque d'usage, facile à expliquer par le ptosis complet de la paupière qui remonte à deux ans.

[La tumeur fut enlevée avec le bistouri. Après que la plaie fut complètement guérie, on vit que la disparate si choquante des deux paupières était à peu près corrigée. Nous nous proposons de faire un peu plus tard une nouvelle opération afin de remédier au ptosis. Dans ce but, le malade rentra dans le service deux mois après sa sortie et y resta un mois environ. Pendant ce nouveau séjour nous remarquâmes que sa santé générale souffrait visiblement. En auscultant soigneusement les deux sommets, on s'aperçut que la respiration était rude, l'expiration prolongée; phénomènes qui n'existaient pas lors de sa première entrée à l'hôpital. Nous vîmes là une contre-indication manifeste pour toute espèce d'opération. De sorte que le malade retourna dans sa famille quinze jours plus tard, incomplètement guéri. Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.]

En comparant cette tumeur à celles que l'on rencontre habituellement à la paupière supérieure ou dans la région sourcilière, on ne peut la classer parmi aucune de ces variétés. Ce n'est ni un lipome, ni un kyste, ni un sarcome, ni un cancer.

Son développement ne s'est point fait aux dépens d'un tissu isolé, elle est formée par une égale hypertrophie de tous les tissus de la région; le derme, le tissu sous-cutané, le tissu adipeux et même quelques fibres musculaires entrent dans sa composition. C'est, en d'autres termes, un véritable éléphantiasis de la paupière supérieure.

Il est certaines régions dans lesquelles sans être fréquentes ces tumeurs ne sont point extrêmement rares, aux organes génitaux, aux lèvres, sans parler des membres inférieurs. Pour mon compte, j'en ai vu quelques-unes constituant par leur volume et leur siège une véritable infirmité. J'ai opéré, entre autres, un jeune homme de dix-sept ans environ, qui portait

une tumeur de cette sorte dans la région dorsale. Elle partait de la fosse sous-épineuse droite, intéressait une partie de la région dorso-lombaire, et retombait en tablier jusque sur les fesses. Malgré son volume énorme, cette tumeur n'avait produit aucun trouble général, et après l'ablation il n'y eut ni récédive ni même arrêt de développement (1). Il est toujours, en pareil cas, difficile de dire si ces tumeurs sont formées de tissu fibreux ou fibro-plastique, car à la coupe elles présentent une consistance lardacée et une coloration d'un blanc jaunâtre qui n'a rien de caractéristique.

Aux paupières, ces tumeurs sont, comme je vous le disais, extrêmement rares; il est facile d'énumérer les observations publiées jusqu'à ce jour.

Une observation de Liston (2), deux de Caron du Villard (3), une de de Graefe (4), tel est à peu près tout ce que renferme la littérature médicale.

Presque toujours ces tumeurs ont offert le même caractère de bénignité. Les principaux troubles auxquels elles ont donné lieu ont été des troubles fonctionnels imputables à leur volume. C'est ainsi que dans une observation de Caron du Villard (5) on voit la tumeur envahir les deux paupières et retomber sur la joue au point de constituer une difformité perceptible à une très-longue distance.

Malgré leur rareté, les tumeurs éléphantiasiques de la paupière supérieure sont faciles à reconnaître, car elles présentent un aspect et une marche qui leur sont propres et que l'on ne rencontre dans aucune autre affection de la région; elles apparaissent le plus souvent dans le jeune âge, quelquefois même elles sont congénitales. Restées stationnaires pendant très-longtemps, elles prennent parfois à la suite d'un accident un accroissement extrêmement rapide. Chez le malade de Caron du Villard, la tumeur avait conservé pendant vingt ans un vo-

(1) *Tumeurs des lombes*, par M. Péan. Paris, 1863.

(2) *Expérience*, 31 octobre 1844.

(3) *Annales d'oculistique*, 1854, t. XXXII, p. 253 et 1856, t. XXXV, p. 129.

(4) *Klinische Monatsblätterf. Augenheilk.*, t. I, p. 21, 1853.

lume insignifiant ; survient un traumatisme, et en deux ans, la paupière acquiert une grosseur énorme. C'est aussi un traumatisme qui a amené la rapide augmentation de volume de la tumeur chez une jeune fille dont le même auteur nous a rapporté l'histoire.

Rien de semblable n'est arrivé chez ce jeune homme. La paupière s'est graduellement et spontanément hypertrophiée, et l'on ne peut absolument rien attribuer à un accident.

Ainsi donc, Messieurs, l'éléphantiasis palpébral est une tumeur congénitale ou tout au moins débutant dès le jeune âge ; et marchant lentement tant qu'un accident ne vient pas accélérer ses progrès.

Les caractères sont toujours les mêmes. Le principal d'entre eux est l'absence de limites précises. Ce caractère est moins évident peut-être chez notre malade que chez ceux des auteurs déjà cités, parce que l'affection n'est pas encore très-avancée.

Je ne reviens pas sur l'état des téguments, les adhérences à la face profonde du derme, l'absence de toute réaction sur les organes voisins.

Vous ne serez point tentés, Messieurs, de prendre cette maladie pour un kyste du sourcil et de la paupière supérieure, fût-il séreux, gélatineux ou sébacé ; les kystes ont des limites bien nettes, leur développement et leur forme sont tellement différents de ce qu'on trouve dans l'éléphantiasis que la confusion n'est presque jamais possible.

Le lipome, dans cette région, est sous-musculaire ; la peau est mobile à la surface et ne contracte point d'adhérences avec lui. En outre, il est cloisonné et en quelque sorte lobulé.

Le diagnostic le plus important est celui de l'éléphantiasis et de certaines formes de sarcome, car, comme je vous le disais, au toucher et à la coupe, le tissu de l'éléphantiasis se présente de telle façon qu'il serait difficile de dire si c'est un tissu fibreux ou fibro-plastique. Les sarcomes sont pourtant limités par un rebord très-saillant ; libres d'abord sous les téguments, ils contractent à une période plus avancée des adhérences nombreuses avec la peau ; puis on voit survenir sur certains lobes de petites

ulcérations qui tendent à se réunir, et les ganglions se prennent.

Je crois vous en avoir dit assez, Messieurs, pour que vous puissiez toujours reconnaître l'éléphantiasis.

Son traitement ne comporte qu'une méthode, l'ablation, encore faut-il qu'elle soit complète, autrement la tumeur récidiverait.

Nous ne parlerons point de la ligature des deux carotides, que Carnochan a pratiquée dans un éléphantiasis de toute la face (1). L'opération justifiable peut-être dans ce cas n'aurait ici absolument aucune raison d'être.

(1) In *American Journal of med. science*, p. 109-165, July 1867.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.