

acineuses de Krause qui ne sont, à proprement parler, que des glandes lacrymales accessoires.

Cela dit, remarquons que les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de dacryops sont généralement plus volumineuses que les kystes conjonctivaux, et que souvent ces tumeurs conservent encore la propriété de se vider plus ou moins complètement par un canal excréteur incomplètement oblitéré.

Les tumeurs à contenu séreux qui se produisent sur le bulbe après un traumatisme ayant déchiré la sclérotique sont encore quelquefois, bien que rarement, en communication avec le contenu de l'œil, de sorte qu'en les comprimant on peut augmenter le tonus de l'organe et réciproquement. Il est possible, en pareil cas, de se rendre compte de la communication de la cavité du kyste sous-conjonctival avec la chambre antérieure.

Si l'on fait une ponction dans une tumeur de ce genre, on voit le liquide se reproduire avec une grande rapidité, celle-là même que met l'humeur aqueuse à se reformer après la paracentèse; les kystes glandulaires vidés par une ponction se reforment aussi, mais avec une grande lenteur, et c'est là un excellent signe différentiel.

Lorsqu'après le traumatisme la rupture de la coque oculaire s'est oblitérée, on se trouve en face d'un vrai kyste séreux sans aucune communication avec les milieux de l'œil; de même lorsque l'affection est consécutive à une perforation ancienne et guérie de l'organe (ulcère marginal de la cornée), comme dans le cas de Rumschewicht. En pareil cas, on est en face d'une tumeur séreuse qui se présente, autant dans son contenant que dans son contenu, avec les caractères des kystes lymphatiques, et qui mérite d'être traitée de la même façon.

§ 4. — Dermoides de la cornée et de la conjonctive.

Les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée sont des tumeurs congénitales essentiellement caractérisées par la présence, dans leur structure, des éléments cutanés normaux : poils, glandes sébacées, bourgeons épithéliaux pavimenteux ou cylindriques, etc. Elles sont maintenant bien connues dans leur processus évolutif et presque complètement dans

leur pathogénie, mais leur histoire est relativement récente et il a fallu de nos jours les travaux de Gallenga¹, de Lannelongue² et de Van Duyse³ pour nous faire connaître cette question.

Historique. — Mauchart⁴ a signalé le premier une tumeur couverte de poils à la surface du globe oculaire; mais la première observation détaillée appartient à Masars de Cazèles⁵ qui l'a fait connaître dans un travail intitulé : « Sur quelques hémorrhagies et notamment sur un poil qui a pris naissance dans le globe de l'œil gauche et qu'on a été obligé d'arracher plusieurs fois. »

Il s'agit dans ce fait, qui concerne indubitablement une tumeur dermoïde, d'une petite tumeur blanche, à cheval sur la cornée et la sclérotique, plus grosse qu'une forte lentille. A l'âge de 14 ans, au moment où le menton commence à se couvrir de poils, il apparut, dit Cazèles, au centre de la tumeur un poil rude comme du crin qu'on arracha plusieurs fois et qui toujours repoussa.

Les observations probantes qui furent ensuite publiées appartiennent à Wardrop⁶. Il en rapporte quatre faits.

Dans le premier, il s'agit d'une malade qui portait à l'œil gauche une masse conique dont la base occupait les deux tiers de la cornée et une portion adjacente de la sclérotique. Elle était dure, adhérente, d'apparence granuleuse, et ne paraissait pas très vasculaire. Il est au moins probable qu'il s'agissait là d'une tumeur dermoïde, bien que les poils n'y soient pas signalés.

Les trois autres cas sont, à cet égard, tout à fait démonstratifs. L'un d'eux fut montré à Wardrop par Monro. Le patient avait 50 ans et sa tumeur datait de la naissance. Elle avait le volume d'un haricot et adhérait par un pédicule qui paraissait tenir à la cornée. Elle n'était pas granuleuse, mais au contraire lisse comme un ptérygion. Chose remarquable, des

¹ GALLENGA. *Annales d'ophtalmologie*, 1885.

² LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

³ VAN DUYSSE. *Annales de la Société médicale de Gand*, 1882.

⁴ MAUCHART in J. J. CAMERER. *Diss. de conjunctivæ et cornæ oculi tunicarum vesiculis*, § 13, 1742.

⁵ MASARS DE CAZÈLES. *Journal de médecine*, avril 1766, t. XXIV, p. 332.

⁶ WARDROP. *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, 1808.

poils longs et rudes, au nombre de douze, franchissaient les paupières et tombaient sur les joues. Ces poils avaient apparu vers la seizième année.

Le troisième cas de Wardrop concerne un jeune homme de 15 ans qui portait à la partie externe de l'œil, moitié sur la cornée, moitié sur la conjonctive, une tumeur blanchâtre garnie au centre de deux poils. Enfin, son quatrième fait, qui lui fut communiqué par Crampton, de Dublin, était surtout remarquable par la présence d'une touffe de gros poils à la surface de la tumeur adhérente à la sclérotique. Viennent ensuite des observations de Demours, de White Cooper et du père de de Græfe qui assimile ces tumeurs aux *nævi materni* et leur donne le nom de *nævus pilus* ou *trichosis congenitæ conjunctivæ*.

Edwards¹ donne au dermoïde le nom de *trichosis bulbi*; d'autres auteurs, frappés de l'abondance du tissu graisseux, appellent ces tumeurs *nævus lipomatode*, *lipoma crinosum*; ces derniers avaient probablement observé la petite tumeur que nous allons décrire dans le chapitre suivant sous le nom de lipome sous-conjonctival.

A cette époque, de Lœw père et de Lœw fils² donnent chacun une observation bien authentique dans lesquelles les poils sont signalés, et nous arrivons ainsi à Ryba³ dont le nom fait époque dans l'histoire de la question, car non seulement il a le premier donné une description symptomatologique d'ensemble, mais encore une interprétation pathogénique originale. Il créa le mot dermoïde, montra les particularités principales de ce genre de néoplasme dont l'histoire clinique ne tarda pas à être complète grâce aux nombreuses observations publiées par Mackensie⁴, de Græfe⁵, Taliafero⁶, O. Beker⁷, Horner⁸, Rizet⁹, Manz¹⁰, Pagenstecher¹¹,

¹ EDWARDS. Art. Hétérotypie in LITTRÉ et ROBIN.

² DE LÆW. Trichiasis caruncula lacrymalis. *Med. Zeit. des Vereins f. Heilk. in Preussen*, n° 51 et 59, et *Annales d'oculistique*, 1850 et 1852.

³ RYBA. Ueber Dermoidgeschwulste des Bindehaut. *Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, t. III.

⁴ MACKENSIE. *Maladies des yeux*, 4^e édition, 1856, t. I, p. 362.

⁵ DE GRÆFE. *Arch. f. Ophth.*, 1, 2, p. 287, 1857.

⁶ TALIAFERO. *Treatise of the Diseases of the Eye*, 1854. Ed. American of Lawrence.

⁷ O. BECKER. *Wiener med. Woch.*, n° 16 et 18, 1863.

⁸ HORNER. *Klinisch. Monatsblätter f. Augenheilk.*, p. 190, 1864.

⁹ RIZET. *Annales d'oculistique*, t. LV, p. 29, 1865.

¹⁰ MANZ. *Arch. f. Ophth.*, t. XIV, 2, p. 145, 1863.

¹¹ PAGENSTECHEER et GENTH. *Atlas der path. An. des Auges*, 1874.

Polaillon¹, de Wecker², etc. On trouvera le résumé des observations utiles à connaître dans la thèse de Picqué³, riche sur ce sujet d'une abondante documentation.

Il est naturel qu'après avoir étudié la structure de ces dermoïdes et bien décrit leur évolution, les auteurs se soient appliqués à en pénétrer la pathogénie et à vérifier les théories émises pour les expliquer.

Les auteurs qui ont fouillé ce chapitre de pathogénie sont, par ordre chronologique, de Wecker, Manz, Poncet (de Cluny), Vassaux, Gallenga, Van Duyse et Lannelongue.

Quand nous aurons fait connaître la symptomatologie et l'anatomie pathologique des dermoïdes de la conjonctive et de la cornée, nous aurons le soin d'exposer chacune des théories qui ont été données et d'indiquer celles qui méritent le mieux de prendre dans la science une place définitive.

Symptomatologie. — Un fait principal domine la symptomatologie des dermoïdes, c'est qu'ils sont congénitaux; ils ont quelquefois



FIG. 17. — Tumeur dermoïde chez un adulte. Poils très développés. (DE GRÆFE.)

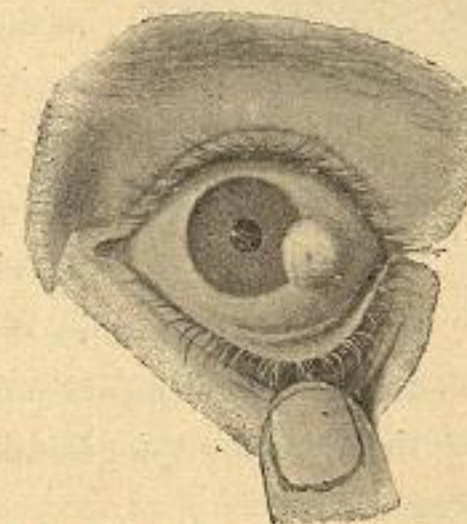


FIG. 18. — Tumeur dermoïde chez un enfant. Poils peu apparents.

passé inaperçus et des parents inattentifs ou inintelligents ont pu ne les remarquer qu'assez tard dans la seconde enfance, surtout quand la tumeur ne siège pas au point d'élection, mais toutes les fois qu'on peut avoir des renseignements précis, l'origine congénitale est évidente.

¹ POLAILLON. *Bulletin de la Société anat.*, Paris, 1874, p. 12 et 14.

² DE WEAVER. *Traité d'ophtalmologie*, art. Dermoïde de la conj., t. I, p. 417, 1875.

³ PICOQUÉ. *Affections congénitales de l'œil*. Th. agrég., Paris, 1886.

L'affection peut assez facilement rester ignorée lorsqu'elle siège sous l'angle palpébral ou sous la paupière supérieure ; elle peut n'être décelée que lorsque les poils poussent et irritent les parties voisines ou lorsque le volume même du néoplasme, s'accroissant avec l'âge, fait une saillie très apparente.

Le *siège d'élection* du néoplasme est le bord externe de la cornée, mais il s'en faut que la règle soit absolue, et nous donnons ici une figure de Demours où la tumeur occupe l'angle interne, assez loin de la cornée ; en réalité, le dermoïde peut siéger en un point quelconque de la sclérotique et de la cornée.

Le *volume* du néoplasme, qui est le plus souvent unique, varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une petite olive ; Picqué a cependant pu compter quinze cas de tumeurs multiples qui comprennent cinq cas



FIG. 19. — Dermoïde de l'angle interne, avec poils abondants. (DEMOURS.)

de brides ou adhérences palpébrales symétriques, six cas de tumeurs également symétriques, trois cas de tumeurs doubles du même œil et enfin un cas de dermoïde de l'œil droit et de triple dermoïde de l'œil gauche.

Ce dernier fait, qui appartient à Horner, présentait encore un double colobome de la paupière supérieure droite et entre le double colobome un appendice cutané garni de longs cils blancs.

Lannelongue a également étudié des kystes dermoïdes sur des sujets portant des tumeurs congénitales multiples sur le trajet de la fente fronto-maxillaire.

La *forme* la plus habituelle est celle d'un cône tronqué à base ovalaire, à grand axe dirigé dans le sens de la fente palpébrale, mais, comme pour le siège, il n'y a là rien que de relatif, car on rencontre aussi des tumeurs plates, arrondies, voire même pédiculées.

L'*accroissement* est nul ou très lent jusqu'à la puberté. Alors très rapidement, comme d'une seule poussée, le volume s'exagère si bien que le néoplasme peut arriver à faire saillie entre les deux paupières et à gêner leur occlusion.

La tumeur est remarquable par l'absence de vascularisation, et c'est

parce qu'elle n'est pas vasculaire qu'elle est uniformément pâle, grise, blanchâtre ; sa surface est généralement un peu grenue, quelquefois lisse, quelquefois au contraire recouverte de sillons analogues à ceux de la peau ; mais encore là il y a de nombreuses variantes. Ryba et Vassaux ont décrit des cas dans lesquels la tumeur était hérissée de papilles. Pour bien se rendre compte d'ailleurs de l'état de la surface, il faut se servir de la loupe, particulièrement de la loupe électrique ; on constate ainsi souvent sur les surfaces les plus unies l'existence d'un fin duvet qui, plus tard, se transformera en poils abondants, colorés comme les cils ou incolores et souvent très longs (Wardrop, Bizet).

Lorsque, ce qui est la règle, et ce qui existait dans les trois cas que



FIG. 20. — Tumeur dermoïde au point d'élection. (VASSAUX.)



FIG. 21. — Dermoïde de l'angle externe. (VASSAUX.)



FIG. 22. — Dermoïde de l'angle interne. (VASSAUX.)

nous avons observés, la tumeur est à cheval sur la sclérotique et sur la cornée, elle adhère surtout à la cornée ; elle semble ne faire qu'un avec le tissu cornéen. Rarement la base du néoplasme est unie à l'œil par des liens lâches et mobiles.

En règle générale, la *consistance* de la tumeur est dure, fibreuse, cartilagineuse même ; quelquefois cependant cette consistance est molle. Dans une observation de Van Duyse, la surface était recouverte d'un enduit sébacé sécrété par de volumineuses glandes contenues dans le néoplasme. Vassaux a publié un cas semblable : à la surface de la tumeur apparaissait une quantité considérable de gouttelettes très fines et transparentes, véritable sécrétion glandulaire venue de l'intérieur du dermoïde.

L'*indolence* de l'affection est complète, la conjonctive est normale, excepté dans les cas où elle est irritée par la présence des poils, et la vue conservée, excepté lorsque le dermoïde intéresse une région voisine du centre de la cornée. Exceptionnellement, le dermoïde cornéen et

conjunctival peut être atteint d'un développement néoplasique portant sur le tissu conjonctif; il est probable que c'est là ce qui s'est passé dans le fibrome épibulbaire étudié dans les *Archives d'ophtalmologie* par Van Duyse et Bribosia¹. Il n'y avait à la vérité, dans ce cas, ni poils ni glandes sébacées, mais les auteurs n'en considèrent pas moins comme acceptable l'hypothèse d'un dermoïde congénital transformé.

Telle est la description symptomatique que mérite le dermoïde scléro-

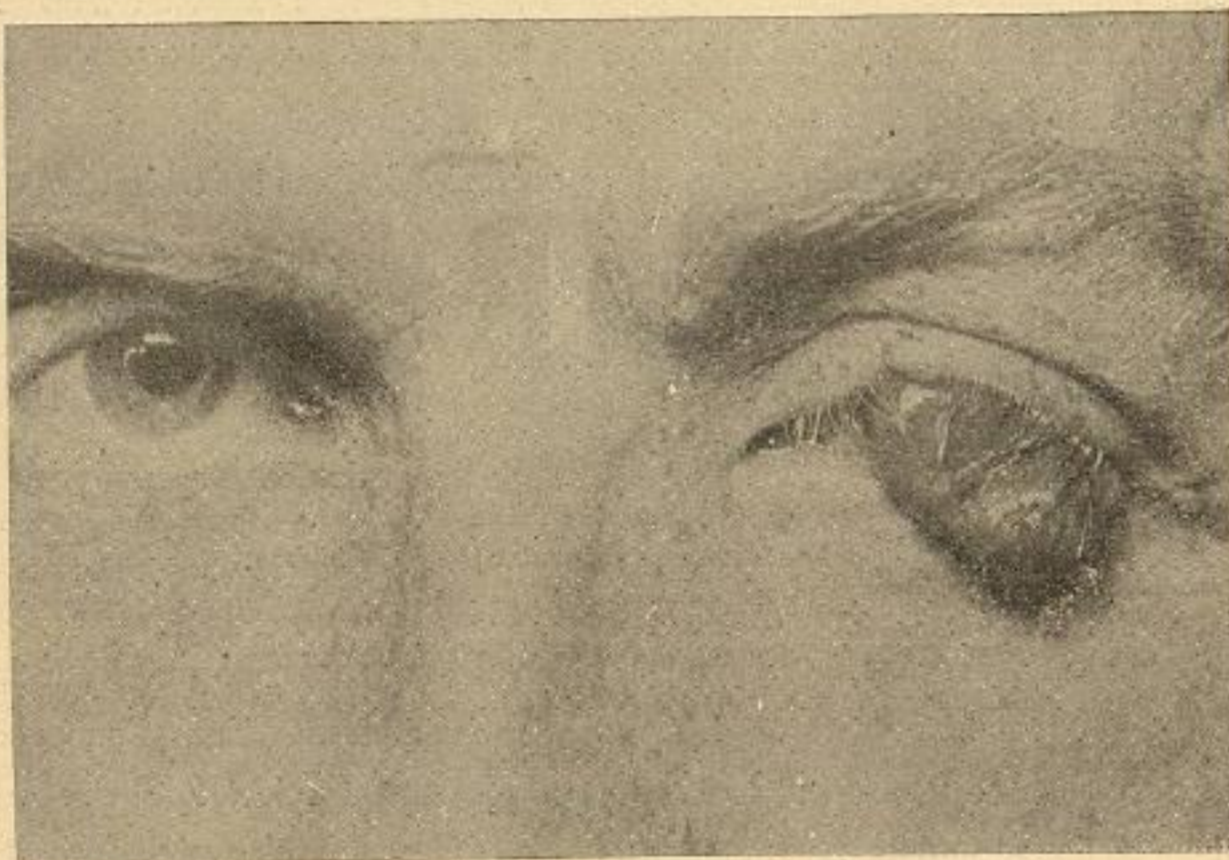


FIG. 23. — Dermo-fibrome épibulbaire. (VAN DUYSE et BRIBOSIA.)

cornéen; il convient de la compléter en disant un mot des autres désordres qui peuvent coexister. Deux observations de Van Duyse et de Polaillon méritent ici d'être retenues: ces auteurs ont constaté des brides cutanées allant de la cornée à la commissure interne des paupières. Dans le cas de Polaillon, l'anomalie était double, et simple dans le cas de Van Duyse; la figure 27, que nous donnons d'après Manz, montre les particularités du même genre constatées par cet auteur. Lannelongue a également fait connaître un cas très intéressant à retenir au point de vue de la pathogénie des néoplasmes dont nous parlerons plus loin.

¹ VAN DUYSE et BRIBOSIA, *Arch. d'ophtal.*, 1895, p. 657.

Ainsi que la figure l'indique, on voit au siège d'élection du dermoïde oculaire une bride se fixant dans son trajet sur le limbe cornéen et dont les extrémités unissent l'une à l'autre les deux paupières.

Le fœtus étudié par Bruns¹ est encore un exemple qui éclaire d'un grand jour la pathogénie des dermoïdes; on voit partir du centre de chaque cornée un lien cutané se réunissant à une bride semblable venue du côté opposé. (Voyez fig. 29, p. 65.)

Des désordres congénitaux coexistent donc très souvent avec les dermoïdes. Picqué, sur 94 observations dont il donne le résumé, les a notés

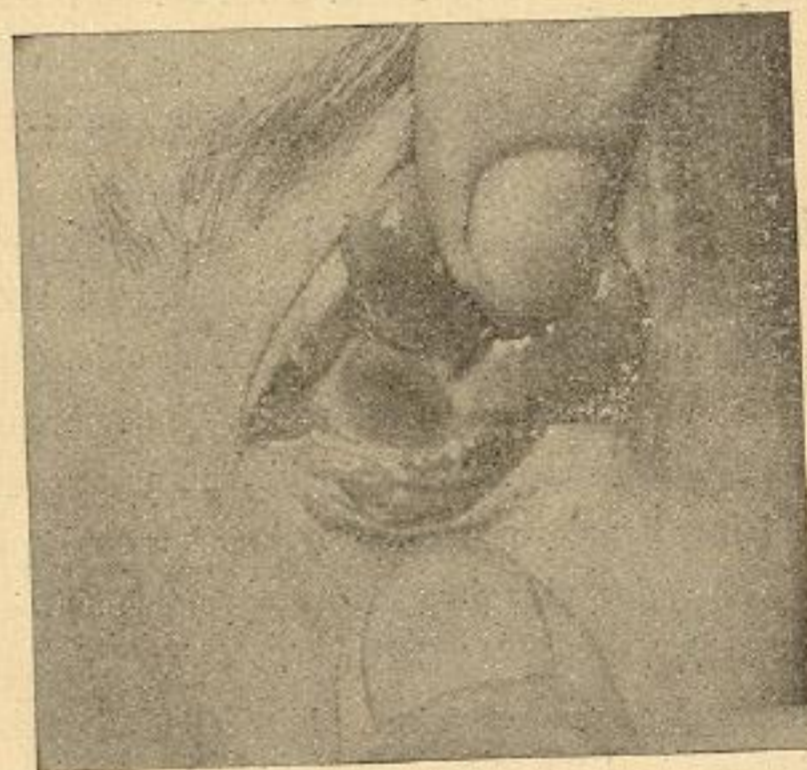


FIG. 24. — Dermo-fibrome épibulbaire. (VAN DUYSE et BRIBOSIA.)

27 fois. L'anomalie la plus fréquente est le colobome palpébral; viennent ensuite: sur l'œil, la microphthalmie, le colobome de l'iris et de la choroïde; sur le crâne, l'encéphalocèle; sur la peau de la face, les nævi; sur l'oreille, l'absence du conduit auditif externe; sur la bouche et les lèvres, les différentes variétés de bec-de-lièvre.

Diagnostic. — Le diagnostic ne nous arrêtera pas longtemps, car il nous paraît oiseux, après les détails que nous avons donnés, de chercher à différencier la *pinguecula*, le *ptérygion*, les *sarcomes* et les *épi-*

¹ BRUNS, *Handbuch d. prakt. Ch.*, I, 1859.

théliomes de la conjonctive. Il n'y a que le *lipome sous-conjonctival* qui mérite d'être ici rappelé, mais précisément le lipome de la conjonctive, que nous étudierons à part, est presque toujours un dermo-lipome, c'est-à-dire une tumeur de même nature et de même origine que le dermoïde épibulbaire. Lorsqu'on trouvera à la surface de la tumeur lipomateuse sous-conjonctivale les caractères décrits dans le dermoïde, on posera le diagnostic de dermo-lipome; quand ces caractères feront défaut, on s'arrêtera au diagnostic lipome sous-conjonctival, mais là encore l'étude histologique du néoplasme fera la plupart du temps reconnaître dans la structure du lipome la présence d'éléments dermoïdes congénitalement invaginés.

Nous insisterons plus loin sur ces détails intéressants.

Anatomie pathologique. — Depuis Ryba, on n'a rien ajouté d'essentiel dans la structure des dermoïdes de la cornée, et il est toujours vrai, ainsi que l'avait exprimé cet auteur, que les dermoïdes sont comme des flots de paupière adhérents au globe oculaire. De nombreux travaux que nous allons analyser ont cependant enrichi d'un assez grand nombre de détails secondaires l'étude anatomique qui nous a été léguée par Ryba. Parmi ces travaux, les plus importants appartiennent à Van Duyse, Poncet (de Cluny)¹, Vassaux² et Gallenga.

La tumeur comprend dans un ordre régulier les diverses couches de la peau: l'épiderme, le derme avec ses papilles, des follicules pileux, des glandes sébacées annexées aux poils ou indépendantes, quelquefois, mais rarement, des glandes sudoripares. Les poils, dans certains cas exceptionnels, font défaut.

Sous le derme, on trouve une quantité variable de tissu cellulo-graisseux. Quand la tumeur siège au point d'élection, ce dernier tissu est peu abondant; il acquiert au contraire une grande importance et prédomine sur tous les autres quand le dermoïde est loin de la cornée. Il peut ainsi donner au néoplasme, qui devient un dermo-lipome, le caractère du lipome sous-conjonctival.

¹ PONCET (de Cluny). *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, 25 avril 1883.

² VASSAUX. Sur quatre cas de dermoïde de l'œil. *Arch. d'opht.*, 1883, p. 16.

Sur la figure que nous donnons ici et qui provient d'un dermoïde typique du bord cornéen que nous avons eu l'occasion d'étudier, on voit très bien ces diverses couches. Les follicules pileux n'y sont pas rares, mais les poils ont été coupés en travers, parce que la section n'a pas été exactement normale à la surface de l'œil.

Examinons en détail ces divers éléments: épiderme, derme, tissu cellulaire sous-cutané, poils et glandes, vaisseaux et nerfs.

a) **ÉPIDERME.** — On y trouve tous les éléments de l'épiderme normal, couche cornée, couche de Malpighi avec ses cellules prismatiques adhérentes au derme et ses cellules polyédriques dentelées, *stratum lucidum* et *stratum granulosum*.

b) **DERME.** — Les papilles y sont peu développées, rarement elles donnent à la tumeur un aspect velvétique ou granuleux. Quelquefois cependant, la couche capillaire est augmentée dans son épaisseur et cette hypertrophie est causée principalement par une grande quantité de matière amorphe et un nombre considérable de leucocytes entourant les capillaires de la papille (Vassaux, obs. II). Ça et là on trouve des noyaux et des corps fibro-plastiques à divers degrés d'évolution. Dans l'une de ses observations, Vassaux a constaté dans les papilles des vaisseaux variqueux devenus le siège de ruptures rendues évidentes par les extravasations sanguines dont les papilles étaient remplies.

Une autre fois, Vassaux a rencontré dans les parties les plus superficielles du derme de véritables granulations pigmentaires, ce qui n'a rien de surprenant, puisque le dermoïde est une émanation de la peau. Signalons enfin dans l'épaisseur du derme la présence de nombreuses fibres élastiques entrecroisées avec les fibres conjonctives.

c) **TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.** — Au-dessous du derme, les fibres conjonctives et élastiques, au lieu de rester tassées se dissocient, s'écartent et forment un tissu aréolaire. Quand le tissu aréolaire ainsi constitué est très étendu, le pannicule adipeux qui remplit les aréoles acquiert une grande importance sur laquelle Heyfelder, Arlt et Ryba ont appelé l'attention.

Sous le pannicule adipeux se trouve la partie basale du néoplasme, celle qui repose directement sur le tissu feutré de la coque oculaire. Là,

les fibres conjonctives et élastiques se continuent directement sans ligne de démarcation avec le tissu sclérotical ou cornéen. Exceptionnellement l'adhérence de la tumeur aux parties profondes est lâche.

d) POILS ET GLANDES. — Presque tous les dermoïdes renferment des poils et des glandes sébacées. Ces dernières sont contenues dans le derme dont elles dépassent quelquefois la face profonde; elles s'ouvrent au niveau d'un follicule comme dans la peau normale; leur volume d'ailleurs est variable, mais elles sont en général petites comme les glandes sébacées qu'on trouve dans la paupière.

Les glandes sudoripares sont très rares, Heyfelder, Vassaux,

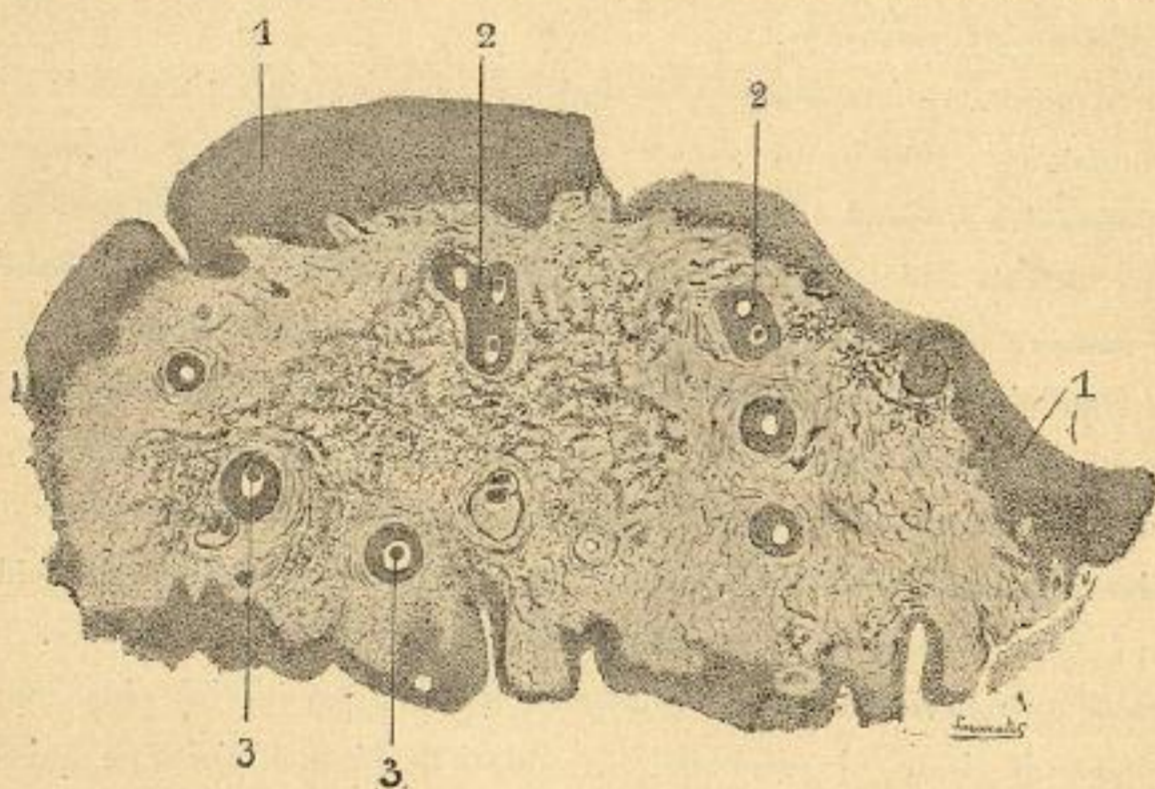


FIG. 25. — Structure du dermoïde.

1. 1. Épithélium stratifié. — 2. Tubes glandulaires. — 3. Poils coupés en travers.

Reymond¹, Nota² et Gallenga seuls les ont observées. Vassaux a notamment reproduit, dans l'une des figures annexées à son mémoire, une très belle glande sudoripare composée d'une portion sécrétante et d'un tube excréteur. Le tube de la portion glomérulée, plongé au milieu des vésicules adipeuses, montrait très nettement les particularités spéciales à ces glandes: une paroi propre anhiste et une double

¹ REYMOND in GALLENGA. Tumeurs congénitales de la cornée et de la sclérotique. *Annales d'oculistique*, 1885, t. 94, p. 215.

² NOTA. *Eod. loco*.

couche épithéliale composée de cellules fusiformes basales et de cellules cubiques centrales. De nombreux capillaires enveloppaient le glomérule.

Les descriptions données par Reymond et Gallenga sont moins nettes; il s'agit dans leur cas d'acini glandulaires conglomérés rappelant la disposition des glandes en grappe. Peut-être s'agissait-il de glandes analogues aux glandes sudoripares modifiées que Moll a décrites dans la paupière.

Ajoutons enfin que dans un dermoïde développé dans un œil de cochon, Oller a constaté des glandes analogues.

e) VAISSEAUX ET NERFS. — Les dermoïdes ont peu de vaisseaux; les artères peu importantes qui les pénètrent se transforment en capillaires dont la direction générale est parallèle au revêtement épithélial.

Ces capillaires, dans certains cas, se gonflent au niveau des papilles et s'entourent d'une prolifération assez abondante de cellules jeunes, preuve du rapide développement de ces tumeurs; ainsi que nous l'avons vu, au moment de la puberté ils s'accroissent souvent brusquement.

Les nerfs sont encore moins importants que les vaisseaux; à la face profonde d'un dermoïde, Vassaux a trouvé des fibres nerveuses à myéline que Poncet a étudiées également dans une bride dermoïde; jamais on n'a trouvés les organes spéciaux du tact (corpuscules de Meissner et de Krause).

Nous avons vu dans la symptomatologie que les dermoïdes s'accompagnaient souvent de brides et d'adhérences palpébrales dont les plus beaux exemples appartiennent à Manz, Nuel, Lannelongue, Van Duyse et Poncet. La structure de ces brides est la même que celle des dermoïdes; on y trouve toujours une couche épithéliale, une zone papillaire, des poils et des glandes sébacées.

Pathogénie. — Un assez grand nombre d'interprétations ont été données pour expliquer les dermoïdes de l'œil, et nous allons avoir à résumer successivement les travaux de Ryba, de Wecker, Manz, Van Duyse, Lannelongue et Vassaux.

Ryba admet que toutes les parties de l'ectoderme qui tapissent les cavités se transforment en muqueuses, tandis que celles qui restent exposées à la surface du corps acquièrent peu à peu la structure de la

peau. Ceci étant accepté, supposons, dit-il, que les paupières qui doivent se toucher par la partie médiane ne se ferment pas complètement, en sorte qu'après le quatrième mois il reste encore une partie de la conjonctive à découvert, il en résultera que cette partie prendra la propriété des téguments externes et que le vide laissé par la réunion incomplète des paupières sera rempli comme par une troisième paupière isolée sur le globe.

Ryba, à l'appui de son opinion, fait remarquer la concordance qui existe entre le dermoïde et le coloboma congénital des paupières et cite, outre ses observations personnelles, un cas relaté par Ammon où le coloboma de la paupière supérieure correspondait dans sa position et sa direction à un dermoïde congénital implanté à la partie supérieure du globe.

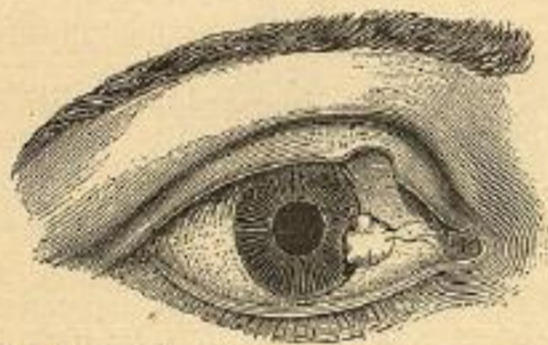


FIG. 26. — Dermoïde de l'angle interne de l'œil et coloboma de la paupière supérieure. (DE WECKER.)

De Wecker a défendu l'opinion de Ryba ; cette théorie est ingénieuse, et avant les progrès des recherches tératologiques elle pouvait être admise, mais aujourd'hui elle doit être abandonnée pour deux raisons péremptoires. La première, c'est qu'elle est en désaccord avec les faits ; la seconde, c'est que nous possédons une explication meilleure.

Nous ne croyons pas davantage devoir retenir, pour expliquer la généralité des cas, la théorie de Gallenga que nous pouvons résumer de la façon suivante :

Dans la pathogénie de la tumeur dermoïde cornéenne, Gallenga fait jouer un rôle prépondérant à la membrane nictitante ou troisième paupière, dont la *plica semi-lunaris* n'est que le vestige chez l'homme.

Pendant la vie fœtale, ce pli est assez développé pour recouvrir la cornée, et sous l'influence de la pression exercée par la paupière au commencement du troisième mois, il peut survenir une adhérence de cette membrane au bord cornéen, du côté externe. La portion interposée entre le sommet de la membrane adhérent au limbe et à la base s'atrophierait ensuite de telle sorte que la membrane pourrait être normale ou même diminuer de

volume. Son sommet, en se greffant sur le limbe, serait la cause de la tumeur dermoïde qui pourrait, ainsi que la chose a été constatée dans le cas de Gallenga, contenir du cartilage.

De l'adhérence du pli semi-lunaire avec les différentes parties de la soudure du globe dépendrait le siège différent des tumeurs congénitales de la conjonctive ; on comprendrait aussi, dit Gallenga, les dispositions en brides de certains dermoïdes en admettant que la soudure a eu lieu entre cette membrane et la conjonctive du sac conjonctival ou des paupières, et de même la structure différente des dermoïdes pourrait s'expliquer par la variabilité du point sur lequel cette adhérence s'établirait.

Cette théorie de Gallenga appelle un certain nombre d'objections, dont la plus grave est qu'elle n'explique pas du tout pourquoi le dermoïde de la cornée siège presque toujours sur le méridien horizontal et notamment à la partie externe du limbe.

Après la théorie de Gallenga, nous citerons, sans y insister, celle qui a été successivement défendue par Osborn¹ et Tillaux². Ces auteurs supposent que le dermoïde se développe aux dépens d'un débris du bourgeon ectodermique qui donne naissance au cristallin.

Les théories de Ryba, de Gallenga, de Tillaux ne sont pas satisfaisantes, et nous sommes d'autant plus autorisé à les rejeter que nous avons à leur substituer des théories qui font bien comprendre la pathogénie des dermoïdes. Ce sont celles de Van Duyse, Lannelongue et Vassaux, par lesquelles nous terminerons cet exposé.

Pour bien comprendre ces explications, il faut avoir des idées nettes sur le développement des paupières.

Après la formation de la cornée, les paupières se développent non pas à partir des bords de la cornée, ainsi que l'indique Manz, mais fort loin derrière, dans la région de l'équateur. Il existe ainsi un bourgeon supérieur et un bourgeon inférieur dans lesquels on ne tarde pas à distinguer trois couches : une couche moyenne dense et deux couches superficielles, l'une antérieure, l'autre postérieure. La couche moyenne produit le

¹ S. OSBORN. Cystic and dermoid tumors of the eye. *Saint-Thomas Hospit. Report*, new series, vol. VI, 1875, p. 69.

² TILLAUX. Sur la pathogénie des dermoïdes de l'œil. *Union médicale*, 30 juillet 1885, n° 104.

muscle orbiculaire des paupières, le tarse et les glandes de Meibomius. La couche superficielle antérieure forme la peau, la couche superficielle postérieure, la conjonctive.

Entre le troisième et le quatrième mois, les deux bourgeons palpébraux, inférieur et supérieur, vont à la rencontre l'un de l'autre, et il se fait entre eux une véritable soudure des deux bords palpébraux par le développement de leur épithélium, de telle sorte qu'à ce niveau les couches épithéliales des deux marges palpébrales sont confondues.

Pendant que les paupières sont soudées, les cils et les glandes de

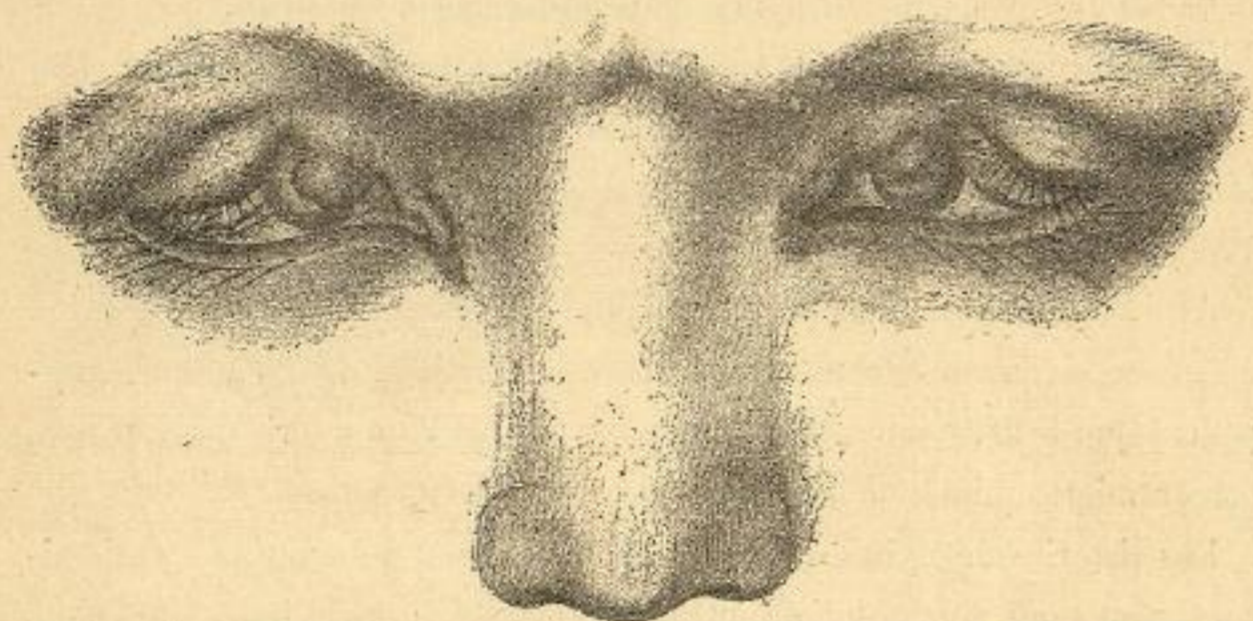


FIG. 27. — Colobome des paupières avec bride dermique adhérente à la cornée. (MANZ.)

Meibomius se développent d'une façon régulière chez l'homme, au-dessus et au-dessous de la soudure, et lorsque les poils sortent de leurs follicules ainsi que la matière sébacée des glandes de Meibomius, la soudure se défait et les paupières se séparent. Or, ces paupières peuvent être gênées dans leur développement, et depuis les beaux travaux de Dareste, nous connaissons les causes des malformations congénitales qui portent sur cette région. Dareste, en effet, a démontré que lorsque l'amnios s'arrête dans son développement pendant que l'embryon continue à s'accroître, celui-ci est comprimé par celui-là. Cette compression peut être totale ou partielle, et dans ce dernier cas elle entraîne des monstruosité locales affectant les régions du corps soumises à la pression extérieure.

Entrant plus profondément dans les détails, Dareste a encore établi que des adhérences pouvaient se faire ainsi, aux parties comprimées

entre l'amnios et la surface de l'embryon. On explique donc les dermoïdes de l'œil de la même façon que les fissures buccales et les excroissances auriculaires.

Nous avons déjà parlé de ces adhérences à propos de la symptomatologie, et nous pourrions rapporter ici un grand nombre de faits confirmatifs de cette manière de voir. Rappelons notamment que Polailon a décrit une bride qui, du centre de chaque cornée, se portait vers la commissure interne des paupières.

Tels sont les faits mis en lumière par Dareste pour la question qui



FIG. 28. — Bride dermique adhérente à la cornée. (NUEL.)



FIG. 29. — Bride cutanée venant s'insérer sur le centre de chaque cornée. (BRUNS.)

nous occupe. Van Duyse, Vassaux et Lannelongue les ont utilisés d'une façon un peu différente et nous allons successivement analyser leurs manières de voir.

1^o THÉORIE DE VAN DUYSE. — L'étude des arrêts de développement, la démonstration des adhérences amniotiques ont conduit Van Duyse à regarder les dermoïdes comme étant eux-mêmes des débris de brides amniotiques.

« Le colobome de la paupière, dit cet auteur, est dû à une adhérence pathologique intra-utérine, circonscrite, temporaire, entre l'amnios d'une part et le tégument externe qui recouvre chez l'embryon la vésicule oculaire. »

« Le dermoïde épibulbaire qui accompagne dans la majorité des cas l'anomalie palpébrale correspond au point où une bride amniotique circonscrite demeure soudée avec la membrane qui s'étend au-devant de l'œil fœtal. »

2° THÉORIE DE LANNELONGUE. — Lannelongue adopte également la théorie des adhérences, qui lui offre l'avantage d'expliquer non seulement



FIG. 30. — Dermoïde de l'œil et de la région temporale. (LANNELONGUE.)

le dermoïde, mais encore les vices de conformation multiples qui peuvent l'accompagner et de les rattacher les uns aux autres par les liens d'une commune origine ; mais il croit devoir faire aussi une part importante aux autres théories. Faisant allusion à l'explication de Ryba, Lannelongue dit : « Si le dermoïde s'observe d'habitude sur la partie du globe oculaire qui reste le plus longtemps à découvert pendant la période du développement, n'est-ce pas parce que cette partie dé-

couverte est par cela même la plus exposée à l'établissement d'une adhérence¹ ».

L'inclusion de la fente palpébrale agirait à la manière d'une cause adjuvante pour déterminer la localisation du dermoïde, la présence de l'adhérence demeurant toujours l'élément principal. Lannelongue ajoute d'ailleurs que nous ne savons pas le pourquoi de l'adhérence et celui de l'enclavement d'une portion du tégument.

Ce sont là sans doute des questions très difficiles à trancher ; il nous semble cependant que la théorie de Dareste explique suffisamment pourquoi l'adhérence s'établit ; elle résulte d'un retard de développement dans la formation de l'amnios ; quant au mécanisme de l'enclavement,

¹ LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, p. 161, Paris, 1886.

nous allons en avoir une explication au moins ingénieuse dans la théorie de Vassaux.

3° THÉORIE DE VASSAUX. — Vassaux, qui admet aussi l'adhérence, lui fait jouer un rôle tout spécial. Elle arrête, dit-il, les bourrelets palpébraux dans leurs mouvements de descente ; les deux épithéliums une fois en bourrelet au niveau de l'adhérence se trouveront en contact et rien ne s'opposera à ce qu'une soudure entre la paupière et le bulbe se produise, de même que se produit la soudure des deux bourrelets palpébraux quand ils viennent à se rencontrer ; mais le mésoderme arrêté au niveau de la bride et continuant à se développer, son extension ne pourra se faire que suivant la soudure épithéliale. Il va donc repousser peu à peu ces cellules et former un bourgeon qui s'invaginera sous la conjonctive. Le dermoïde sera alors formé et il sera constitué par le bord libre de la paupière, comme semble le démontrer l'existence de pigment à la surface du derme.

Cette théorie de Vassaux donne de la pathogénie des dermoïdes une explication plus approfondie que les précédentes ; elle fait comprendre pourquoi le dermoïde est, ainsi que l'a dit Ryba, un fragment de paupière, et elle explique également très bien la formation du colobome correspondant, puisque la portion du mésoderme invaginé sous la conjonctive doit faire défaut à la paupière.

Pronostic et traitement. — Pendant longtemps les dermoïdes, tumeurs bénignes, n'entraînent aucune gêne ; les malades commencent d'habitude à en être incommodés lorsque les poils poussent à la surface de la néoplasie. L'irritation incessante qu'entraîne ces poils amène de la conjonctivite et force le malade à accepter l'intervention chirurgicale.

Cette intervention, qui doit consister dans l'ablation pure et simple, est très facile ; il faut, avec un bistouri bien effilé, enlever à la surface de la coque oculaire le néoplasme qui repose sur elle, en évitant avec soin d'entamer la sclérotique et la cornée.

Il faut éviter, sous prétexte, de faire une extirpation plus complète, de creuser dans le tissu de la cornée ou de la sclérotique. Sans aucun

profit on s'exposerait à la production d'un staphylôme en affaiblissant la résistance de la coque de l'œil. L'expérience a démontré ce que l'anatomie pathologique faisait pressentir, qu'il n'y a aucun danger de récurrence locale. Lorsque l'ablation aura été faite exactement à la base du néoplasme sans intéresser ni la cornée ni la sclérotique, elle sera toujours suffisante. Tout au plus pourra-t-on voir se développer un bourgeon charnu qu'une cautérisation appropriée fera disparaître.

D'ailleurs, il faut s'attendre à ce que la partie de cornée recouverte par le dermoïde ne retrouve pas sa transparence. Il persiste à ce niveau une opacité superficielle indélébile.

§ 5. — Lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux.

L'affection qu'on désigne sous le nom de lipome sous-conjonctival est tantôt, et le plus souvent, un dermo-lipome résultant de l'inclusion sous la conjonctive d'éléments ectodermiques; tantôt et beaucoup plus rarement, un lipome pur développé aux dépens du tissu graisseux sous-conjonctival. L'étude à laquelle nous allons nous livrer fera, nous l'espérons, ressortir la vérité de ces deux propositions.

Les observations de lipomes sous-conjonctivaux ne sont pas assez rares dans la littérature ophtalmologique pour que nous citions tous les faits connus, nous devons nous contenter de mettre en lumière, avec nos cas personnels au nombre de trois, les meilleurs travaux et les principales observations.

Historique. — En 1854, Kranka¹ a décrit un cas de lipome sous-conjonctival de l'œil droit.

En 1862, Alessi² fit connaître un autre fait dans lequel il pratiqua avec succès l'extirpation.

Galezowski³, en 1872, publia trois nouvelles observations dont on

¹ KRANKA. *Annales d'Oculistique*, t. XXXI, p. 105, 1854.

² ALESSI. Un cas de lipome sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil. *Annales d'Oculistique*, 1862, p. 41.

³ GALEZOWSKI. Lipomes de la conjonctive. *Journal d'Ophthalmologie*, 1872.

peut rapprocher celles de Fano⁴, de Clays⁵ (de Gand), de Richard Derby⁶ (de New-York).

Bögel⁴ en 1886, Wallenberg⁵ en 1889, Reuss⁶ en 1891, publièrent des travaux intéressants à consulter; mais, jusqu'à cette époque, la littérature du lipome sous-conjonctival était assez pauvre, puisque Reuss ne put en recueillir que 20 cas.

Depuis elle s'est enrichie de nombreux faits nouveaux.

Talko⁷ a fait connaître un lipome sous-conjonctival qui contenait, au milieu d'un abondant tissu graisseux, des formations glandulaires avec un conduit excréteur et un tissu cartilagineux hyalin, si bien que Talko fait de sa tumeur un lipo-chondro-adénome.

Riecke⁸, en 1891, étudia deux cas de lipo-dermoïdes typiques et il insista d'une manière particulière sur la nécessité de couper les tumeurs en série pour ne pas laisser échapper les éléments cutanés qui souvent tiennent une très petite place.

Le deuxième cas de Riecke est particulièrement intéressant; il a trait à un lipome sous-conjonctival du pli de passage s'étendant en haut jusque sur la cornée et contenant du cartilage hyalin.

Dans son mémoire, le même auteur rapporte une observation communiquée par Gallenga⁹ au Congrès de Naples, dans laquelle il s'agissait d'une tumeur congénitale sous-conjonctivale contenant des fibres musculaires lisses et des glandes acino-tubuleuses. Wallenberg avait fait les mêmes constatations dans les faits personnels qui accompagnent son travail.

Schiess-Gemuseus¹⁰ a décrit un lipo-dermoïde de la caroncule qui, par

⁴ FANO. *Annales d'Oculistique*, XLIX, p. 24.

⁵ CLAYS. Tumeur lipomateuse de l'œil. *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1880.

⁶ RICHARD DERBY. *Transactions of the American ophthalmic Society*, New-York, 1878.

⁴ BÖGEL. Ueber das subconjunctivale Lipome. *V. Graefe's Arch.*, 1886, XXXII, 1, S. 129 ff.

⁵ WALLENBERG. *Ueber die Dermoidgeschwülste des Auges*. Dissertat. inaugurale, Königsberg, 1889.

⁶ REUSS. Subconjunctivale Lipome. *Central. für Augenheilk.*, 1891, XV, p. 184.

⁷ TALKO. Lipo-chondro-adenoma bulbi. *Zehender's Monatsblätter*, 1888, XXVI, 5, 20.

⁸ RIECKE. Beitrag zur Kenntniss der epibulbären Tumoren. *Arch. für Augenheilkunde*, 1871, Bd XXII, S. 239.

⁹ GALLENGA, 1889. Nuovo contributo allo studio dei tumori congeniti della conjunctiva. *Annali di Ottalmol.*, t. XVIII, p. 241.

¹⁰ SCHIESS-GEMUSEUS. *Zehender's Monatsblätter*, 1877, XV, S. 135; 1878, XVI, S. 484.