

cesser tout travail. Enfin, un frère de la malade, âgé de 15 ans, présente un nævus à la région dorsale.

A l'examen de la malade, on constate, en effet, au tiers interne de la paupière inférieure gauche, une tumeur ayant à peu près le volume d'un haricot (fig. 134), de couleur rouge cerise, de consistance molle, mais ne diminuant pas à la pression. La tumeur devient plus rouge quand l'enfant crie, mais n'augmente pas de volume. A la palpation, on ne perçoit aucun battement. Sur la face externe de la cuisse gauche, on voit aussi une petite tache lie de vin, de la grosseur d'une lentille. On ne trouve aucune autre anomalie.

Le 26 février 1901, il est fait, par le docteur Debédât, une séance d'électrolyse. Le



FIG. 134. — Angiome congénital de la paupière guéri en deux séances par l'électrolyse.

21 avril, il en est fait une deuxième. Le 23 mai suivant, la tumeur a disparu. C'est à peine si l'on aperçoit trois petits points violacés, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Il est fait une troisième séance d'électrolyse.

Le 24 décembre 1901, on peut considérer l'enfant comme guéri.

La tumeur a disparu sans laisser de traces, et nous sommes vraiment surpris en constatant que la peau a repris, au niveau de la tumeur, son aspect habituel, sans aucune apparence de cicatrice.

Cette observation est une preuve, entre plusieurs que nous pourrions donner, de la valeur incomparable de cette méthode, qui d'ailleurs depuis les travaux d'un grand nombre d'électro-thérapeutes, parmi lesquels il faut citer au premier rang le professeur Bergonié¹, de Bordeaux, a pris la première place dans la thérapeutique des angiomes en général.

§ 3. — Éléphantiasis des paupières.

L'éléphantiasis des paupières est rare ; c'est à peine si, en tenant

¹ BERGONIÉ, De la méthode bipolaire dans l'électrolyse des angiomes. *Association française pour l'avancement des sciences*. Pau, 1892.

compte de toutes les observations certaines, on arrive à en réunir une vingtaine de cas, et encore faut-il remarquer que la ligne de démarcation entre cette affection et le lymphangiome et le lymphangio-sarcome est loin d'être très nette.

Symptomatologie. — Les caractères anatomo-pathologiques de l'éléphantiasis sont, d'ailleurs, assez particuliers pour qu'on puisse se demander si cette affection est bien un néoplasme au véritable sens du mot. Virchow¹ la définit : une fibromatose diffuse, ayant un caractère inflammatoire chronique ; l'inflammation est un phénomène qu'on ne rencontre dans les tumeurs qu'à titre de complication ; et cette définition même montre que l'éléphantiasis est un néoplasme très particulier. Il mérite cependant ce nom, car il faut faire de la prolifération conjonctive diffuse le phénomène capital, et des accidents inflammatoires un fait accessoire, qui d'ailleurs joue un grand rôle dans beaucoup de cas, surtout dans l'éléphantiasis acquise.

Il existe, en effet, aux paupières comme ailleurs, deux variétés de cette affection, l'éléphantiasis congénitale, l'éléphantiasis acquise.

1° Éléphantiasis congénitale.

Cette forme est la plus fréquente : l'affection existe quelquefois à la naissance, et un certain nombre de cas, qui apparaissent longtemps après sous l'influence d'inflammations répétées, se développent sur un terrain bien préparé pour une pareille évolution. C'est l'opinion de van Duyse² et de Ziegler³. « Il est tout à fait probable, dit ce dernier auteur, bien qu'un développement notable ne se dessine qu'après un certain nombre d'années, que son origine dépend d'états congénitaux acquis pendant le développement intra-utérin, ou d'états pathologiques héréditaires. L'hyperplasie des tissus a-t-elle acquis avec le temps un certain volume, il peut survenir des

¹ VIRCHOW, *Die Krankhaften Geschwülste*, Bd. I, 1853.

² VAN DUYSSE, Éléphantiasis de la paupière supérieure. *Annales d'oculistique*, nov.-déc. 1889.

³ ZIEGLER, *Handbuch der allgem. und spec. pathol. Anat.*, 1885, t.

inflammations érysipéloïdes, démontrant que le tissu modifié s'enflamme avec facilité. »

Le degré d'hyperplasie plus ou moins accusé est habituellement minime au moment de la naissance ; son véritable développement n'apparaît que plus tard.

Il en était ainsi dans le cas de Pauli¹ : à la naissance, il n'existait qu'un petit nodule, à l'angle externe de la paupière supérieure gauche ; après 9 mois, la tumeur acquit le volume d'un œuf d'oie ; à l'âge de 11 ans, la moitié de la face était couverte, la tumeur allait du tragus à l'angle de la bouche.

Il en fut de même pour le sujet de Walsberg² né avec une hypertrophie de la paupière supérieure. Les inflammations se succédèrent, laissant chaque fois après elles une augmentation de volume. Dans l'observation de de Græfe³ l'augmentation de volume fut observée peu après la naissance et devint excessive après la puberté. La dégénérescence de la peau s'étendait du côté externe jusqu'à la naissance des cheveux, sur la tempe.

Beck⁴ a également observé, chez un jeune homme de 20 ans, un cas d'éléphantiasis d'origine évidemment congénitale, puisqu'il existait au moment de la naissance une hypertrophie de la paupière supérieure. La tumeur s'accrut lentement jusqu'à l'âge de 12 ans, et à ce moment elle s'enflamma et acquit un volume énorme, puisqu'elle pendait sur la joue, dépassant de 2 centimètres et demi la paupière inférieure. En haut, la tuméfaction se perdait dans le cuir chevelu. La consistance était spongieuse, élastique, la surface entièrement lisse, la coloration de la peau normale.

Dans un cas étudié par Wolf Sachs⁵, il s'agissait d'une tumeur congénitale qui s'était lentement développée depuis la jeunesse. La tumeur

¹ PAULI, *Beobacht. und Bemerkd. Gebiete der Ophth.* Landau, 1838, et in DE WECKER, *Traité d'ophth.*, t. I, p. 88.

² WALSBURG, *Die Elephantiasis des Oberlides.* *Klin. Monat. f. Augenheilk.*, 1879, p. 439.

³ GRÆFE, *Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1863, p. 21.

⁴ TH. BECK, *Ueber Elephantiasis des oberen Lides.* Inaugural Dissertation, Bâle, 1878.

⁵ WOLF SACHS, *Beiträge zur pathol. Anat. und zur alleg. Path. von Ziegler*, Bd. V, 1889, p. 110.

avait une consistance relativement molle et présentait une sorte de fluctuation. En outre, dans la région temporale gauche, il y avait un gonflement aplati et circonscrit qui provenait d'une tumeur dure et douloureuse, mobile sur les parties profondes. L'examen de la tumeur montra un amas de fibres musculaires avec un abondant tissu conjonctif, en partie lâche, en partie solide, et qui enfermait des cavités de formes diverses, séparées par des cloisons conjonctives tantôt épaisses, tantôt minces.

Labbé¹ présenta en 1882 à la *Société de chirurgie de Paris* une jeune fille de 20 ans, atteinte d'éléphantiasis de la face. La tumeur avait débuté dans l'enfance, à 13 mois, et s'était accrue jusqu'à l'âge de 5 ans ; elle fut opérée, mais une récurrence ne tarda pas à survenir.

Nous avons également observé un cas d'éléphantiasis dont le début remonte au très jeune âge, et qui doit pour cela rentrer dans les cas congénitaux.

Obs. (personnelle). — *Eléphantiasis congénitale de la paupière supérieure.* — Marie R..., âgée de 15 ans, se présente à la polyclinique de la rue Franklin, le 19 mai 1891, avec la paupière supérieure gauche tellement hypertrophiée que l'acte de la vision ne peut plus s'accomplir. Voici quelle est l'histoire de cette jeune fille : dès l'âge de 2 ans, sa paupière présentait déjà un épaississement notable, si bien que ses petites compagnes l'avaient surnommée « gros œil ». L'hypertrophie s'accrut très lentement, jamais il ne survint la moindre douleur, et la malade éprouvait seulement une gêne de plus en plus forte, en rapport avec l'augmentation de volume de la tumeur.

Il y a cinq ans environ, l'œil gauche fut atteint d'une violente inflammation, qui paraît avoir été une conjonctivite catarrhale aiguë, accompagnée d'un écoulement de sérosité très intense. Il semblerait qu'après cette inflammation, l'accroissement de volume de la paupière tuméfiée ait subi une poussée très marquée, dont le résultat fut d'amener Marie R... à venir en consultation à l'hôpital des Enfants.

Admise alors dans le service de M. le professeur Piéchaud, elle y fut opérée vers le milieu de l'année 1888.

A la suite de cette opération, il persiste un ptosis assez considérable pour que, malgré la diminution du volume total de la paupière, la région ciliaire demeure aussi abaissée qu'avant l'intervention.

Peu de temps après, on vit l'hypertrophie reparaitre et deux ans plus tard, en juin 1890, la jeune malade revint à l'hôpital des Enfants. Voici quel était alors l'état de son œil gauche (fig. 137) :

La paupière supérieure, au lieu de présenter un sillon profond, immédiatement au-

¹ LABBÉ, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, fév. 1882.

dessous de l'arcade sourcilière, formait au contraire une proéminence convexe, recouverte d'une peau luisante et très tendue. Les commissures palpébrales occupaient une situation normale.

La conjonctive palpébrale, d'une coloration rouge intense, était, paraît-il, restée enflammée depuis l'opération antérieure.

Actuellement, on constate un écoulement assez abondant d'une sérosité limpide, sans purulence. Le fond de l'œil est toujours normal.

M. le professeur Piéchaud fit alors, à un demi-centimètre environ au-dessous du



FIG. 157. — Éléphantiasis congénitale de la paupière supérieure gauche.

sourcil, une incision parallèle à l'arcade, et, sectionnant les parties profondes jusqu'à la conjonctive, il extirpa la plus grande quantité possible des masses hypertrophiées.

Après avoir réuni les lèvres de la plaie par quelques points de suture, il fit appliquer un pansement humide à l'iodoforme. Ce pansement fut renouvelé pendant quelques jours et la réunion s'obtint rapidement par première intention.

La paupière a repris, à peu près, son volume normal, mais il persiste un ptosis post-opératoire, de beaucoup supérieur à celui que l'on constatait avant cette seconde intervention.

Aujourd'hui, 19 mai, nous constatons que la paupière a acquis un volume plus considérable que celui qu'elle avait en 1890. Le ptosis est de plus en plus marqué. Il y a un ectropion léger. Le bord ciliaire de la paupière supérieure gauche forme, vers le centre de la cornée, comme une sorte de pont convexe, s'étendant de la commissure externe à la commissure interne. Le sourcil est fortement abaissé, et en certains points,

surtout au niveau de la quene, les poils sont si espacés qu'on pourrait croire au premier abord qu'ils ont à peu près disparu.

Il semble qu'une tumeur oblongue, dans le sens de l'angle externe, occupe la paupière. La peau, plus rouge qu'à l'état normal, est marbrée de vaisseaux violacés.

On remarque, au niveau des interventions antérieures, une ligne cicatricielle qui forme en cet endroit un sillon assez profond. La tumeur a le volume d'une grosse noix, et la jeune fille ne peut se servir de son œil qu'en rejetant fortement la tête en arrière.

La conjonctive palpébrale est un peu rouge; la conjonctive oculaire intacte. Pas de lésions des membranes externes du globe.

Fond d'œil normal.

Le 21 mai, je pratiquai l'opération suivante :

Après chloroformisation de la malade, une incision elliptique, semi-lunaire, est pratiquée sur la face antérieure de la paupière, de façon à comprendre un lambeau cutané d'une largeur de 1 centimètre et demi à la partie moyenne. Après la résection du tégument, le tissu cellulaire hypertrophié de la région est enlevé, de façon à diminuer le volume de la paupière, suffisamment pour lui donner à peu près son épaisseur ordinaire.

Le tissu extirpé se compose de paquets cellulaires, denses, quelques-uns même très durs, résultant sans doute de l'opération antérieure pratiquée.

Après avoir ainsi diminué le volume de l'organe, en réséquant la peau et le tissu de l'éléphantiasis, je m'attache à remonter la paupière, de façon à relever le globe de l'œil et à permettre la vision.

Pour cela je pratique la suture connue sous le nom de suture de Dransart, qui consiste à suspendre le voile palpébral au muscle du front.

Le succès a répondu à l'attente de l'opération et, peu de jours après, la malade pouvait se servir de son œil gauche ainsi mis à découvert.

La résection du tissu pathologique avait été incomplètement faite dans le tiers externe de la paupière, et je me proposais d'y remédier par une intervention nouvelle, qui d'ailleurs paraissait très facile, lorsque la malade fut subitement rappelée dans son pays, loin de Bordeaux.

C'est dans la variété congénitale de l'éléphantiasis qu'on voit quelquefois les vaisseaux sanguins, et en particulier les veines, prendre un développement énorme; l'accroissement, dit Virchow, porte aussi bien sur la longueur que sur le diamètre. Les vaisseaux sanguins dilatés forment un réseau serré, variqueux, présentant des dilatations en forme de chapelet et transformant la tumeur tout entière en une sorte de tissu caverneux (éléphantiasis télangiectasique).

Quelquefois ce ne sont pas les vaisseaux sanguins, mais les lymphatiques qui sont ainsi intéressés; on a alors les altérations bien observées au niveau de la langue atteinte de macroglossie.

C'est enfin dans la variété congénitale qu'on trouve les productions kystiques signalées dans bon nombre d'observations.

Ce sont des cavités closes, remplies d'un liquide clair, le plus souvent coagulable, qui ressemblent à des cavités lymphatiques fermées (Virchow).

2° *Éléphantiasis acquise.*

L'éléphantiasis acquise débute, le plus souvent, par des prodromes inflammatoires présentant de grands points de ressemblance avec l'érysipèle. Il se produit une légère rougeur des téguments avec un œdème des parties molles; les vaisseaux lymphatiques apparaissent souvent sous la forme de traînées rouges, chaudes, sensibles au toucher, et les ganglions du territoire envahi présentent une tuméfaction considérable.

L'incision des téguments donne lieu, à cette période, à l'écoulement d'un liquide jaunâtre, coagulable à l'air, analogue à la lymphe; il se développe en somme une sorte d'érysipèle gélatineux, qui peut disparaître sans laisser de traces, mais, s'il récidive, il aboutit à l'état éléphantiasique; la fièvre et les phénomènes inflammatoires disparaissent, mais la région reste augmentée de volume; la *fibromatose diffuse* est constituée. Cette fibromatose peut se limiter à la couche la plus externe de la peau; d'autres fois elle gagne de très bonne heure la profondeur et intéresse, non seulement le derme, mais les tissus adipeux et les aponévroses, le tissu conjonctif intermusculaire, l'atmosphère cellulaire des vaisseaux et des nerfs, jusqu'au périoste inclusivement.

Cette variété d'éléphantiasis a été étudiée un certain nombre de fois à la paupière, et nous allons en résumer ici rapidement les principales observations.

L'un des cas les plus nets a été rapporté par Fage¹; il s'agissait d'une femme de 22 ans, chez laquelle, à l'âge de 12 ans, et à la première menstruation, avait apparue un gonflement érysipélateux du visage. Les poussées inflammatoires se multiplièrent, et les paupières, à chaque poussée,

¹ FAGE, Un cas d'éléphantiasis des paupières. *Annales d'ocul.*, t. CVII, p. 276.

augmentèrent de volume. De 12 à 18 ans, les accidents inflammatoires se répétèrent presque tous les mois, au moment de la menstruation; à partir de 18 ans, ils furent moins réguliers et moins fréquents, mais le gonflement continue à augmenter. A 19 ans, il y eut une grossesse pendant laquelle les paupières diminuèrent de volume pour augmenter de nouveau après la délivrance. L'affection, traitée par le thermocautère, guérit.

Liebrecht et Behrend¹ rapportent l'observation d'un malade de la clinique de Schœler; chez ce malade les poussées érysipélateuses ont joué un rôle capital; six ou sept fois, dans le courant des 4 ou 5 dernières années, il a été atteint d'un érysipèle des paupières supérieures, et celles-ci devinrent le siège d'une volumineuse tumeur éléphantiasique.

Capital également a été le rôle de l'érysipèle dans le cas de Königshofer² où l'éléphantiasis a été consécutive à des atteintes de cette affection répétées chaque année sur la moitié gauche de la face; dans ce cas, il s'était même produit, outre la lymphangiectasie de l'éléphantiasis, un véritable lymphangiome caverneux formant de petites tumeurs.

C'est encore sous l'influence de poussées érysipélateuses que s'est développée l'éléphantiasis dans les cas étudiés par Cirincione³. Cet auteur pense que le terrain scrofuleux ou lymphatique prédispose à cette affection et que les germes de l'érysipèle en sont la cause directe, par les poussées inflammatoires répétées qu'ils provoquent. Il croit, avec le professeur Manfredi, que ces germes dans l'intervalle des poussées érysipélateuses restent, dans les tissus, endormis, incomplètement détruits, et y attendent une reviviscence ultérieure.

Tout récemment enfin, à la *Société biologique de Hambourg*, le docteur Delbanco⁴ a rapporté l'observation d'un homme de 40 ans, présentant un gonflement éléphantiasique considérable des paupières, surtout des paupières inférieures. La maladie avait débuté un an auparavant, à la suite

¹ LIEBRECHT et BEHREND, *Société méd. de Berlin*, 4 déc. 1889.

² KÖNIGSHOFER, Éléphantiasis lymphangiectasique et lymphangiome caverneux des paupières. *Ophthalmologische Klinik*, 1902.

³ CIRINCIONE, Elefantiasi delle palpebre. *La Clinica oculistica*, marzo 1900.

⁴ DELBANCO, *Münchener med. Wochenschrift*, n° 20, 1902.

d'un érysipèle qui avait envahi la tête et le visage. Au cours des six dernières années le malade a eu 26 attaques d'érysipèle; à chaque poussée la tension des paupières devenait extrême; ensuite elles avaient la forme de bourrelets flasques, épais, tombant sur le visage.

L'auteur pense que, dans ce cas, les tissus sont irrités par les streptocoques, dont les poussées érysipélateuses indiquent la présence; d'après lui, pour qu'un œdème ordinaire se transforme en éléphantiasis, il faut l'action d'un agent microbien irritant les tissus; l'opinion est soutenable, mais il faut remarquer que, dans son cas, l'examen bactériologique n'a montré que des staphylocoques jaunes et non l'agent ordinaire de l'érysipèle.

Il faut également considérer que, dans beaucoup de cas d'éléphantiasis acquise on ne trouve pas de poussées érysipélateuses.

Nous devons citer ici un fait de Péan¹ dans lequel l'affection, ayant commencé à l'âge de 9 ans, s'est développée avec une grande lenteur, sans poussées érysipélateuses; une première ablation fut suivie d'une récurrence qui se produisit également avec lenteur, sans accidents inflammatoires.

Il n'est pas non plus question d'érysipèle dans l'une des observations de Beck². Cette observation concerne un sujet de 14 ans qui, sept ans avant, subit l'énucléation de l'œil droit. A la suite de cette opération, apparut de ce côté une éléphantiasis de la paupière supérieure, qui devint très volumineuse. Après une intervention chirurgicale heureuse, survint une récurrence, et toute la moitié droite de la face fut envahie par une sorte de transformation molle et élastique des téguments.

Une observation de Wecker³ est passible de la même remarque. Une femme, d'une soixantaine d'années, avait vu grossir progressivement ses paupières sans éprouver de douleurs et sans être autrement gênée que par la pesanteur des lourdes poches que formaient ses paupières inférieures. Les tumeurs mollasses, élastiques, et assez résistantes, siégeaient sous la peau intacte, et il n'y avait jamais eu, à aucune époque, de poussées inflammatoires.

¹ PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. I, p. 40, Paris.

² BECK, *Ueber Elephantiasis der oberen Augenlider*. Inaug. Dissert., Bâle, 1878.

³ WECKER, *Traité complet d'ophtalmol.*, t. I, p. 88.

Teillais⁴ a fait longtemps connaître une très intéressante observation



FIG. 155. — Éléphantiasis des deux paupières supérieures (TEILLAIS).

d'éléphantiasis observée chez un vieillard. La malade, maigre et chétive,



FIG. 156. — Aspect de la malade après l'opération (TEILLAIS).

était arrivée jusqu'à l'âge de 75 ans sans présenter de maladies sérieuses.

⁴ TEILLAIS, *Éléphantiasis des paupières*. *Arch. d'ophl.*, 1882, p. 42.

et elle avait laissé croître avec indifférence deux énormes tumeurs qui s'étaient développées, sans aucun désordre inflammatoire, dans ses paupières supérieures (fig. 155); les deux yeux étaient complètement recouverts, et par le seul fait du volume considérable de ces tumeurs, la malade était aveugle. Elle fut d'ailleurs opérée avec plein succès (fig. 156).

Dans le développement de l'éléphantiasis des paupières, on est frappé par le rôle considérable que joue la puberté et particulièrement, dans le sexe féminin, l'apparition des premières règles.

C'est là ce qui s'est passé dans l'observation de Fage et dans 2 faits personnels déjà publiés par notre élève Gorand et que nous reproduisons ici.

Obs. (personnelle). — Mme Léonie L..., âgée de 19 ans, demeurant à Bordeaux, où elle exerce la profession de fabricante de boîtes de conserves, se présente à la polyclinique de la rue Franklin, le 26 février 1891.

Cette jeune femme nous raconte qu'elle vient à la consultation parce qu'elle s'est aperçue que sa paupière augmentait de volume.

Nous constatons, en effet, que la paupière supérieure gauche est légèrement hypertrophiée et atteint la grosseur d'une belle noisette. On voit sous l'épiderme un réseau vasculaire très marqué, se montrant sous la forme de marbrures violacées. Pas de battements. Pas de pulsations.

C'est lorsqu'elle était âgée de 13 ans, nous dit la malade, que, sans cause apparente et presque insensiblement, la paupière a commencé à devenir plus grosse.

Nous interrogeons la jeune femme sur ses antécédents personnels et héréditaires. Rien d'intéressant à relever pour l'affection qui nous occupe. Pas de diathèse et toute l'apparence d'une santé parfaite.

Depuis son apparition, l'hypertrophie se montre plus ou moins accentuée suivant les moments, sans toutefois présenter rien de régulier dans ses variations.

Ainsi, lorsque Mme L... a éprouvé quelque fatigue, à la suite d'une marche rapide, par exemple, c'est tantôt une augmentation, tantôt une diminution de volume qu'elle constate.

Pourtant, le soir, la peau, très lisse, paraît presque toujours moins colorée et surtout moins boursoufflée que le matin. La malade n'a pas remarqué qu'il y ait corrélation entre l'augmentation ou la diminution de volume de sa paupière et l'apparition de ses règles. Cette jeune femme ne présente aucune lésion oculaire ni aucun trouble dans la circulation. Elle n'a jamais eu ni douleurs ni fièvre; et bien qu'elle nous déclare être un peu gênée dans le mouvement de sa paupière, c'est surtout, nous dit-elle, l'ennui d'une difformité si apparente qui l'a poussée à venir à la consultation.

Malheureusement, dans cette circonstance, la frayeur d'une opération l'emporta sur la coquetterie. Mme L... refusa l'intervention chirurgicale que nous lui avons proposée et nous n'avons pas pu la suivre plus longtemps.

Obs. (personnelle). — Mlle Mélina P..., âgée de 14 ans, née à Beautiran et habitant Bordeaux depuis 10 ans, où elle travaille comme lisseuse, se présente à la clinique le 1^{er} juin 1889.

Le père est jardinier et jouit d'une bonne santé, bien que sujet à des douleurs rhumatismales qui ont, à plusieurs reprises, déterminé chez lui un fort gonflement des genoux.

La mère, bien portante, n'a eu d'autres maladies que la fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. La jeune fille a un frère de 19 ans qui n'a jamais été malade. Quant à elle, depuis une rougeole survenue vers l'âge de cinq ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de décembre dernier, époque de ses premières règles. Celles-ci n'ayant reparu que trois fois depuis, la jeune fille est devenue sujette à de violents maux de tête et présente tous les signes d'une anémie commençante.

Sa mère nous raconte qu'il y a cinq ans les deux paupières supérieures, que nous voyons aujourd'hui atteindre le volume d'une grosse noix, se sont gonflées brusquement, pour ainsi dire du jour au lendemain, et que, depuis lors, elles n'ont pas augmenté sensiblement. On les voit tantôt pâles, tantôt très rouges. La coloration s'accroît surtout au moment des règles, et la malade souffre alors d'une céphalalgie intense.

C'est donc à l'âge de 9 ans qu'est apparu, brusquement (du moins d'après ce qu'on raconte), le gonflement des deux paupières.

L'hypertrophie siège à la fois sur la paupière supérieure de chacun des deux yeux. Cette particularité ne rend cette observation que plus intéressante, car le plus souvent l'hypertrophie éléphantiasique ne se développe que d'un seul côté.

La région palpébrale comprise entre le bord ciliaire et le rebord sourcilier est seule affectée, si bien que la peau retombe sur le bord lisse.

Ne présentant d'autres modifications superficielles qu'une coloration un peu plus rouge qu'à l'état normal, la peau permet de voir, par transparence, un réseau vasculaire violacé. On ne sent pas de pulsations. La tumeur offre une consistance molle et élastique.

En saisissant les paupières avec la main, on ne trouve aucune induration sous-cutanée, rien que du tissu vasculaire très lâche, ne contenant pas de gros vaisseaux. L'affection est, en tous points, absolument symétrique.

L'œil, en ses parties tant externes qu'internes, est entièrement normal.

L'intervention chirurgicale ayant été différée jusqu'à ce que l'état général de la malade fût devenu plus satisfaisant, cette dernière n'est pas revenue à la clinique. Il nous a donc été impossible de poursuivre son observation.

Anatomie pathologique et pathogénie. — En somme, l'éléphantiasis des paupières est souvent congénitale; quand elle est acquise, elle se développe tantôt spontanément, sans cause précise, tantôt sous l'influence de poussées érysipélateuses. Peut-être y a-t-il, dans tous les cas, une prédisposition congénitale à ce genre d'affection, mais il est difficile d'être affirmatif sur ce point. La pathogénie et l'étiologie des tumeurs en

général ne nous est-elle pas, d'ailleurs, à peu près complètement inconnue?

En ce qui concerne l'éléphantiasis des paupières, nous ne sommes pas plus avancés qu'à l'époque où l'on a recueilli les premières observations.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, les auteurs modernes ont une tendance à séparer en deux groupes les tumeurs en rapport avec l'appareil lymphatique, suivant que ces tumeurs restent limitées au système vasculaire lymphatique, ou bien qu'elles sont accompagnées d'une hyperplasie fibrillaire considérable.

La première variété est, à proprement parler, un lymphangiome; Wagner¹, qui l'a étudiée particulièrement, remarque que, dans certains cas, il s'agit d'une infiltration diffuse, passant peu à peu dans le tissu voisin sain et présentant des lacunes ramifiées; dans d'autres cas, le néoplasme, d'une consistance molle avec noyaux indurés, serait circonscrit et même proéminent. Wagner compare ce lymphangiome à l'angiome et croit que, pour la tumeur lymphatique, il existe des variétés simples, cavernueuses et kystiques, comme dans l'angiome.

L'analogie nous paraît évidente, et au début l'éléphantiasis est bien un lymphangiome, mais bientôt la fibromatose diffuse apparaît, et la tumeur éléphantiasique prend son caractère spécial. Il s'agit, en somme, d'un lymphangiome dont les cloisons sont en voie de prolifération et de néoformation. S'il n'y a pas de néoformation cellulaire, il n'y a pas, à proprement parler, éléphantiasis, il n'y a que lymphangiome.

Van Duyse² a fait connaître un cas très intéressant d'éléphantiasis congénitale qui n'était autre chose qu'un lymphangiome énorme de la paupière chez un nouveau-né (fig. 158). Il s'agissait, dans ce cas, d'une ectasie des voies lymphatiques préexistantes avec hyperplasie des endothèles pariétaux et du tissu connectif périvasculaire (fig. 159).

L'éléphantiasis est donc caractérisée par la néoformation cellulaire, néoformation qui peut survenir sous des influences diverses, car il n'est

¹ WAGNER, Ueber Lymphangiome. V. *Langenbeck's Arch. für klinische Chirurgie*, Bd. XX, p. 641.

² VAN DUYSE, Lymphangiome caverneux de la paupière chez un nouveau-né. *Archives d'ophtalmologie*, 1893, p. 273.

pas exact de dire, comme le font quelques auteurs, que la néoformation est toujours la conséquence d'un processus inflammatoire chronique; ce processus inflammatoire n'existe que pour les éléphantiasis acquises, qui se développent après une série de poussées érysipélateuses, et nous avons vu que ces poussées, communes d'ailleurs, sont loin d'être absolument



FIG. 158. — Lymphangiome congénital de la paupière, éléphantiasis (VAN DUYSE).

constantes et nécessaires. Quelques éléphantiasis acquises se développent sans aucun désordre inflammatoire, et les éléphantiasis congénitales, qui sont les plus fréquentes, en sont généralement exemptes. Il existe dans les tissus une prédisposition congénitale à proliférer, prédisposition que mettent en évidence les poussées inflammatoires occasionnelles.

Si maintenant nous voulons pousser plus avant l'étude des désordres des diverses couches de la paupière, nous pourrions passer successivement

en revue la peau, la couche musculaire, la couche de tissu conjonctif, la couche fibro-cartilagineuse, la muqueuse, les vaisseaux et les nerfs.

La peau peut conserver son aspect normal, mais le derme et la couche sous-dermique sont d'habitude hypertrophiés, et dans le derme épaissi on



FIG. 159.

L, L, cavités lymphatiques distendues par la lymphe; — tcf, tissu conjonctif fibreux délimitant les cavités communiquant entre elles; — m, fibres musculaires de l'orbiculaire coupées en tous sens; — v, v et nf, vaisseaux et nerfs de la région avec gaine épaissie.

remarque quelques traînées, très serrées les unes contre les autres, et qui sont des lymphatiques remplis de globules blancs.

La couche musculaire est normale, on n'y remarque qu'une hypertrophie des tissus conjonctifs qui séparent les vaisseaux musculaires les uns des autres.

Les désordres portent surtout sur la couche conjonctivale, située immédiatement au-dessous des fibres musculaires. Là, on trouve un grand épaississement, des vaisseaux sanguins hypertrophiés, des lymphatiques

enflammés, des cellules adipeuses abondantes et un grand nombre de cellules conjonctives jeunes.

La couche fibro-cartilagineuse ne subit, en général, aucune modification; quelquefois cependant elle est atteinte par la dégénérescence éléphantiasique, et l'on y constate des altérations glandulaires diverses.

Le tissu conjonctif sous-conjonctival se transforme en tissu à faisceaux entrecroisés, se confondant au niveau du cartilage avec le tissu cytogène de la conjonctive; au delà du tarse, ce même tissu prend un caractère adénoïde prononcé, et se confond insensiblement avec le tissu éléphantiasique (van Duyse).

La conjonctive est le siège d'altérations, sur lesquelles van Duyse s'est appesanti. En allant de la conjonctive vers le tarse, il a constaté que la bordure épithéliale consiste en cellules cylindriques allongées, alternant avec des cellules hyalines sous lesquelles deux ou trois assises de petites cellules épithéliales tranchent nettement sur le tissu propre de la muqueuse. L'élément dominant est la cellule hyaline vésiculeuse, glande unicellulaire produisant du mucus. Van Duyse signale encore dans l'épithélium conjonctival des sortes de dépressions correspondant à des bourgeons tubulés, s'enfonçant dans l'épaisseur de la muqueuse et dus à une hyperplasie épithéliale.

Ce sont ces bourgeons épithéliaux qui envahissent le tarse et le ramollissent.

Étiologie. — Ces données ainsi posées, nous résumerons celles qui concernent l'étiologie, en disant que l'affection est souvent congénitale, qu'elle atteint dans une proportion à peu près égale l'homme et la femme; sur 23 cas réunis dans la thèse de Guet¹, 8 fois la paupière droite et 8 fois la paupière gauche ont été seules atteintes. Trois fois la tumeur existait des deux côtés; une fois seulement les quatre paupières étaient hypertrophiées. Il en résulte que chacun des deux côtés court les mêmes risques d'être atteint, mais l'affection siège presque toujours sur la paupière supérieure et le plus souvent seulement sur l'une des deux.

¹ GUET, *De l'éléphantiasis des paupières*. Th. Bordeaux, 1892.

L'hérédité ne joue aucun rôle ; le traumatisme a, au contraire, une action très notable ; il ne suffit peut-être pas à produire l'affection, mais il a une grande influence sur la rapidité de son développement.

Tettamanzi¹ raconte que son malade reçut un coup de branche d'arbre au moment où il entra dans un bois, et que l'affection se développa à la suite de ce traumatisme.

C'est après une chute sur la tête qu'un jeune sujet de Carron du Villards² vit apparaître l'hypertrophie de sa paupière.

Le traumatisme chirurgical a une action aussi nocive que le traumatisme accidentel ; bien souvent la première intervention chirurgicale n'a servi qu'à accélérer la marche du mal, qui n'a été vaincu qu'à la deuxième ou troisième entreprise opératoire ; chez l'un des malades de Beck, l'affection se développa après l'énucléation.

Notons enfin, ici, le rôle très important des poussées inflammatoires, sur lequel nous nous sommes suffisamment expliqué plus haut.

Nous ne pouvons rien dire du *diagnostic* et du *pronostic* de cette affection qui ne soit déjà exposé dans ce que nous venons d'écrire.

Traitement. — Il devra être chirurgical et largement exécuté ; s'il y a des poussées érysipélateuses, on attendra qu'elles soient éteintes ; dans tous les cas on interviendra le plus tôt possible, en excisant un lambeau assez gros pour débarrasser la paupière de tout le tissu morbide. Il sera quelquefois nécessaire, pour relever la paupière, de venir en aide au muscle élévateur, selon les règles opératoires préconisées pour le ptosis et sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

§ 4. — Névrome plexiforme.

Le névrome plexiforme a été compris et bien défini pour la première fois par Verneuil³ ; avant lui, Valentine Mott⁴ en avait publié 5 observations

¹ TETTAMANZI, *Annales d'oculist.*, t. XXXII, p. 253.

² CARRON DU VILLARDS, Histoire d'une tumeur éléphantiasique de la paupière supérieure. *Annales d'oculistique*, t. XXXV, p. 129.

³ VERNEUIL, *Archives générales de méd.*, 1861 ; *Société de chirurgie*, 1867.

⁴ VALENTINE MOTT, *Med. chirurg. Transact.*, t. XXXVII.

sous le nom de pachydermatocèles ; mais ces observations, insuffisantes dans leur détail, ne peuvent être rapportées avec certitude à l'affection que nous étudions ; la dernière seule paraît assez exactement s'y rattacher.

La première observation de Verneuil a trait à un malade portant une tumeur sur la nuque ; le néoplasme, dans sa seconde observation, occupait la région sacrée. Le premier cas de névrome plexiforme de la paupière a été publié par Billroth¹ (1863) ; en 1869 le même auteur a encore publié un fait de névrome intéressant la région temporo-palpébrale.

En 1870, Bruns² publie 3 cas inédits, siégeant à la face, et prononce le nom de névrome éléphantiasique, ou éléphantiasis névromateuse. La même année, Barbieri³ étudie 2 cas de Rizzoli, appartenant l'un et l'autre à la région temporo-palpébrale ; Christot⁴, Czerny⁵, Winiwarter⁶, Garel⁷, étudient les névromes des diverses parties du corps et apportent d'intéressantes contributions à l'anatomie pathologique de ce sujet, que nous devons circonscrire à l'étude des névromes plexiformes palpébraux, après avoir indiqué que la même tumeur a été observée aussi, quoique beaucoup moins souvent, sur le tronc et les membres.

Symptomatologie. — Le névrome plexiforme est quelquefois localisé à la paupière inférieure (Delens et J. Darier⁸, Billroth, Katz⁹) ; mais plus souvent il débute au-devant de l'oreille, gagne lentement la fosse temporelle et envahit l'une ou l'autre paupière, de préférence la paupière inférieure ; la maladie est presque toujours congénitale, et, s'il n'en paraît pas être ainsi dans les observations, c'est que le malade n'est pas amené assez tôt aux chirurgiens, par les parents, qui n'ont pas remarqué le stade de début de l'affection.

¹ BILLROTH, *Arch. de Langenbeck*, 1863.

² BRUNS, *Arch. de Virchow*, 1870.

³ BARBIERI, in *Clinique chirurgicale* de RIZZOLI, Paris, 1872.

⁴ CHRISTOT, *Gazette hebdomadaire*, 1870.

⁵ CZERNY, *Arch. de Langenbeck*, 1874.

⁶ WINIWARTER, *Arch. de Langenbeck*, 1876.

⁷ GAREL, *Lyon médical*, 1877.

⁸ DELENS et J. DARIER, *Traité de chirurgie*, t. IV.

⁹ KATZ, *Arch. de Græfe*, 1898.

Il n'est pas rare de voir le névrome envahir, non seulement la paupière, mais les parties profondes, c'est-à-dire l'orbite (fig. 160); un exemple de ce genre a fait le sujet du mémoire de Sachsaber et, dans les trois cas récemment étudiés par Siméon Snell¹, l'affection intéressait les paupières, la région temporale et l'orbite.

La peau qui recouvre la tumeur est remarquable par son absence de pig-



FIG. 160. — Névrone plexiforme des paupières et de l'orbite avec exophtalmie secondaire (ADOLPH SACHSALBER).

mentation; au-dessous d'elle, on sent des cordons durs, élastiques, enchevêtrés d'une manière irrégulière et donnant la sensation de paquets de ficelle; au-dessus de ces paquets caractéristiques de l'affection, la peau, un peu épaissie, garde sa souplesse et sa mobilité.

La masse palpébrale est plus ou moins saillante, mais très rarement elle arrive à descendre sur la joue; le cas de Valentine Mott, où elle était ainsi pendante, est un cas de molluscum fibreux. Le sourcil est allongé et distendu, l'arcade souvent épaissie et saillante, et l'œil toujours normal. La vision n'est entravée que par la gêne mécanique, le véritable ptosis qu'entraîne la tumeur.

¹ SIMÉON SNELL, Névrone plexiforme (Eléphantiasis neuromatosis) de la région temporale, de l'orbite, de la paupière. *Société d'ophtalmologie du Royaume-Uni*, 3 juillet 1903.

Un signe clinique, d'une grande importance, consiste dans l'indolence absolue de l'affection; il n'est question de phénomènes douloureux, d'ailleurs peu marqués, que dans l'une des observations de Billroth.

Les plans osseux sous-jacents sont habituellement intéressés; chez un malade de Fochier, dont l'observation a été publiée par Audry¹, la totalité de l'écaille du temporal et la partie voisine du frontal offraient une saillie très prononcée, diffuse et régulière, évidemment constituée par une hyperostose considérable; l'un des deux malades de Rizzoli avait une apparence d'hydrocéphalie, et tous les deux présentaient un développement très exagéré des os de la région temporo-zygomatique; Bruns et Billroth ont noté de véritables usures partielles du crâne; le néoplasme prenait, à ce niveau, comme des allures perforantes.

Chez le malade de Sachsaber² l'orbite présentait deux pertes de substance irrégulières dans sa paroi osseuse externe, correspondant à la grande aile du sphénoïde; au niveau de ces pertes de substance, existait comme une deuxième tumeur, allant jusqu'à l'oreille et soulevant la région temporale.

Dans la symptomatologie de l'affection il faut encore noter qu'assez souvent on a trouvé des tumeurs, de même nature congénitale, siégeant sur la voûte palatine (Guersant, Verneuil), sur le tronc (Audry), sur le cou (Bruns).

Anatomie pathologique. — Quand on dissèque la tumeur, pendant ou après l'acte chirurgical, on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané un lacis de gros cordons blancs ou blanc jaunâtre, anastomosés et entremêlés en un peloton inextricable; ces cordons, durs, secs, élastiques, sans lumière centrale et compacts offrent l'aspect extérieur du macaroni mal cuit. Lorsqu'on coupe un tube perpendiculairement, sa surface de section n'est pas plane, mais saillante au centre à cause de la rétraction des couches externes du cordon. Le tissu conjonctif qui entoure les cordons,

¹ AUDRY et LACROIX, Les névromes plexiformes et les pachydermies névromateuses. *Lyon médical*, 1891.

² SACHSALBER, *Beiträge zur Augenheilkunde*, fasc. XXVII, 1897.

les sépare les uns des autres et leur donne leur mobilité relative, est quelquefois très vasculaire.

Audry et Lacroix¹, qui ont écrit une très bonne étude sur cette question, ont montré qu'au milieu des tubes nerveux myéliniques, il en existait un assez grand nombre d'amyéliniques, représentant des éléments jeunes ou des fibres en voie d'atrophie. Les fibres de Remak leur ont paru également prendre une grande place dans la structure des cordons névromateux; dans tous les cas les fibres à myéline, ou sans myéline, forment un faisceau central qui, dans les coupes, apparaît avec une couleur foncée; cette masse, sensiblement médiane, quoique sur certains points assez excentrique, s'isole des tissus engainants, grâce à la rétraction consécutive à l'action de l'osmium (Audry).

Le tissu engainant, d'après Audry, se différencie lui-même en deux zones: 1° une zone externe, constituée par des lamelles fibreuses assez serrées, répondant à une gaine lamelleuse ayant subi un léger épaissement; 2° une zone interne, trois ou quatre fois plus épaisse que la précédente, constituant l'élément surajouté dans ces cordons nerveux: cette gaine est formée par un tissu conjonctif dont les faisceaux sont parallèles à l'axe du cordon.

Il s'agit, en somme, d'une hypertrophie de tout le système engainant du cordon nerveux, hypertrophie portant principalement sur les parties internes de la couche lamelleuse; cette hypertrophie entraîne une disproportion très nette et très grande entre le volume du faisceau nerveux et sa gaine conjonctive, mais le rapport entre ces éléments a ceci de particulier, qu'il est partout le même; et ce fait est très important, parce qu'il est incompatible avec l'idée d'un fibrome pur et primitif des gaines du nerf. Il n'y aurait pas parallélisme entre l'élément nerveux et l'élément fibreux si celui-ci jouait dans la néoformation le rôle principal (Audry).

Les éléments nerveux n'ont d'ailleurs pas été vus par tous les auteurs en quantité aussi considérable que l'indique Audry; il arrive qu'un assez grand nombre de tubes nerveux sont étouffés par l'hypertrophie des gaines; Katz², dans un travail récent sur un névrome plexiforme de l'orbite

¹ AUDRY ET LACROIX, *Lyon médical*, 1891.

² KATZ, *loc. cit.*

et de la paupière supérieure, a noté également qu'un certain nombre de cordons fibreux à striation concentrique ne contenaient pas de fibres nerveuses, et il pense que ces nerfs ont disparu à la suite d'une atrophie par compression. Il en était de même dans le fait de Enrique Lopez¹, où il s'agissait d'un névrome fasciculé amyélinique et plexiforme.

Cette absence des éléments nerveux explique pourquoi Marchand a considéré le névrome plexiforme comme un fibrome des gaines, et pourquoi Cartaz a regardé la disparition des éléments nerveux comme le dernier terme de l'évolution des névromes plexiformes.

Le névrome plexiforme peut se développer dans la peau de la pau-



FIG. 161. — Neuro-fibrome de la paupière (SNEGUIREW).

pière (fig. 161 et 162). Sneguirew² en a publié une très intéressante observation.

Il s'agissait, dans son cas, d'un neuro-fibrome de la peau, à la forma-

¹ ENRIQUE LOPEZ, *Recueil d'ophtalmologie*, 1902.

² SNEGUIREW, Neuro-fibrome de la peau de la paupière et de la tête. *Archives d'ophtalmologie*, 1900, p. 375.

tion duquel participaient les membranes conjonctives des nerfs des canaux et glandes sudoripares, des vaisseaux et des follicules pileux. Sur chaque préparation à un faible grossissement les troncs nerveux étaient nombreux, volumineux, atteints de dilatation variqueuse; entre les éléments nerveux il y avait, dans la tumeur, du tissu cellulo-fibreux avec un grand nombre de cellules plates, rondes, fusiformes.



FIG. 162. — Neuro-fibrome de la paupière (SNEGIREW).

Au sujet du point de départ de la néoformation, il faut citer ici l'opinion de Recklinghausen, qui considère comme le lieu de formation du néoplasme, les gaines conjonctives des nerfs. Marchand¹, Genersich, Hürthle, Passavant ont accepté cette opinion, tandis que Jordan, Finotti et Sachsaler ont écrit que les gaines vasculaires sont le point de départ principal de la néoformation du tissu conjonctif.

D'autres auteurs admettent la participation de divers autres éléments, par exemple les glandes de la peau (Lahmann²), mais on s'accorde à penser que cette participation est accessoire.

¹ MARCHAND, Das Plexiforme neurom. *Virchow's Arch.*, Bd. LXX, 1877.

² LAHMANN, Das multiple Fibrom in ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. *Virchow's Arch.*, Bd. CI, 1885.

Le seul point en question, concernant l'histologie pathologique du névrome plexiforme, consiste à savoir si les éléments nerveux, emprisonnés dans le cordon fibreux, jouent un rôle actif ou passif. Quelques auteurs ont, dans ces derniers temps, cherché à prouver que les fibres nerveuses se comportaient passivement (Finotti¹, Sachsaler, Kriege, etc.). Ces auteurs ont mis en doute la prolifération des fibres nerveuses, vue par Czerny, Winiwater et autres. Il est permis de réserver encore son opinion sur ce point, mais bien que l'élément nerveux soit quelquefois très réduit dans son importance, notamment dans les névromes plexiformes du tronc, cet élément existe toujours, et la tumeur doit rappeler, par sa dénomination, la part que le système nerveux prend à son développement.

Ce que nous disons ici du névrome plexiforme de la paupière doit naturellement s'entendre du névrome plexiforme de l'orbite. Nous lisons dans un intéressant travail de Sachsaler sur cette dernière localisation du néoplasme, que les grands cordons qui traversent l'orbite se composent d'une prolifération du périnèvre. L'auteur insiste sur la présence, entre les divers feuillets lamellaires, de cellules vésiculeuses (Finotti) et d'une substance homogène qui est peut-être de la lymphe coagulée.

Dans son travail, Sachsaler reproduit et défend cette idée de Finotti, à savoir que la maladie primitive siège dans les nerfs et que cette maladie provoque des troubles trophiques, à la suite desquels il se produit une prolifération du tissu conjonctif des gaines des vaisseaux et de la fibromatose plus ou moins généralisée.

Une observation récente de Delfosse² montre l'importance énorme de la lésion des troncs nerveux; chez un enfant, atteint d'un névrome plexiforme congénital, on trouva à l'autopsie l'orbite bourrée de cordons entortillés en tous sens.

Les nerfs moteur commun, moteur externe et pathétique, ainsi que le nerf ophtalmique, étaient très augmentés de volume, jusque dans la paroi du sinus caverneux.

¹ FINOTTI, Beiträge zur chirurg. und pathol. Anat. der periph. nerven. *Virchow's Arch.*, Bd. CXLIII, 1896.

² DELFOSSE, Névrome plexiforme des paupières. *Bulletin de la Société anal.-clinique de Lille*, mai 1902.

Diagnostic. — Le diagnostic du névrome plexiforme est assez facile pour que nous n'y insistions pas ici; ses caractères cliniques, très nets, ne permettent pas de le confondre avec l'anévrisme cirsoïde; la confusion n'est possible qu'avec l'éléphantiasis ordinaire, celle qui est constituée par une fibromatose diffuse et que nous avons étudiée plus haut; on évitera l'erreur en tenant un compte particulier de la sensation que donnent les paquets de ficelle, les cordons enchevêtrés du névrome plexiforme. Mais ici il faut ouvrir une parenthèse, le névrome plexiforme a été, par quelques auteurs, considéré comme une variété de l'éléphantiasis, et cette conception, à vrai dire, n'a rien qui nous déplaise. Il y aurait trois sortes d'éléphantiasis: celle qui est caractérisée par une fibromatose diffuse, celle qui résulte de l'hyperplasie des nerfs et de leur gaine de soutènement, celle enfin qui consiste dans le développement anormal des vaisseaux; on aurait ainsi l'éléphantiasis proprement dite, l'éléphantiasis névromateuse et l'éléphantiasis télangiectasique. Cette classification n'a, bien évidemment, en clinique, qu'une importance secondaire, mais il était juste de la rappeler ici.

Le pronostic du névrome plexiforme est bénin.

Le traitement consiste uniquement dans une intervention chirurgicale, faite dans les conditions appropriées aux circonstances, c'est-à-dire assez large pour enlever la néoplasie, tout en permettant une restauration convenable de la paupière. Pour conserver à celle-ci sa meilleure forme, on sera conduit, quelquefois, à ne faire qu'une excision incomplète; le mal ne sera pas grand, en ce sens que ces excisions partielles peuvent être suivies de résultats très heureux, mais il ne faut cependant pas oublier qu'on a affaire à une affection susceptible de s'accroître et de nécessiter plus tard une seconde intervention, que tout praticien doit s'appliquer à éviter.

§ 5. — Granulomes, polypes, lipomes, fibromes.

On peut, dans l'épaisseur des paupières et sur la surface conjonctivale, observer des néoplasies bénignes qui, sans avoir une grande importance,

méritent ici de nous arrêter; ce sont les granulomes, les polypes, les lipomes et les fibromes.

Les granulomes se développent à la suite d'une petite plaie dont la cicatrisation se fait mal; ils sont souvent pédiculés (fig. 163), par conséquent mobiles; ils s'insèrent tantôt sur le bord libre, tantôt sur la conjonctive elle-même; ils résultent souvent d'une plaie opératoire. Panas¹, Steindorf², Moauro³, Rumschewicht⁴ ont décrit des formations de ce

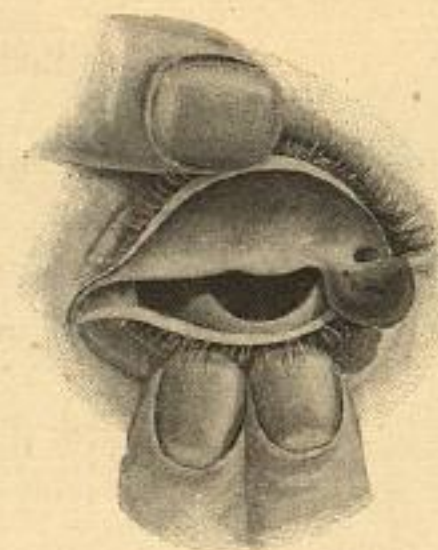


FIG. 163. — Granulome pédiculé de la conjonctive palpébrale (polype).

genre et montré qu'elles avaient la structure du tissu des bourgeons charnus. Nous en avons nous-même observé plusieurs faits, restés inédits, à cause du peu d'intérêt que paraissent présenter de pareilles observations.

La figure 163 montre un cas de ce genre; il s'agit d'un granulome dont le pédicule est implanté sur la conjonctive, au niveau du bord supérieur du cartilage tarse; il s'était développé à la suite de la déchirure de la conjonctive à ce niveau.

On peut encore observer, à la surface de la conjonctive palpébrale, des proliférations analogues à celles du granulome, après l'ouverture spontanée des chalazions, et même simplement sous l'influence d'une irritation

¹ PANAS, *Études de clinique ophthalmologique*, p. 200, Paris, 1903, G. Steinheil.

² STEINDORF, *Société ophthal. de Berlin*, 28 février 1901.

³ MOAURO, *Annali di ottalmologia*, t. XX, p. 324.

⁴ RUMSCHEWICHT, *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1890, 350.