

ARTICLE III

NÉOPLASMES OU TUMEURS DE L'ŒIL. — TUBERCULOSE. — PARASITES OCULAIRES.

1^o NÉOPLASMES OU TUMEURS DE L'ŒIL.

Les néoplasmes oculaires se divisent, au point de vue clinique, en bénins et malins. On pourrait même, au point de vue anatomo-pathologique, établir entre ces deux grands groupes une sorte d'antagonisme, les tumeurs bénignes se montrant surtout sur les parties superficielles, tandis que les tumeurs malignes siègent de préférence dans les membranes profondes, choroïde et rétine.

A. — NÉOPLASMES BÉNINS.

La conjonctive peut être le siège d'un certain nombre de néoplasmes bénins. On y a décrit des polypes, des papillomes ou verrues, des lipomes, des kystes probablement d'origine glandulaire, des angiomes qui sont le plus souvent congénitaux et dus à la propagation des angiomes palpébraux ou de ceux de la face. Mais les plus intéressantes de ces tumeurs sont, sans contredit, les tumeurs dermoïdes, qui peuvent être communes à la cornée et à la conjonctive, et se développer même dans l'épaisseur de la sclérotique. Ces tumeurs ont été observées par plusieurs médecins et par des vétérinaires; elles se rencontrent même plus souvent chez les animaux que chez l'homme. Tantôt elles se manifestent sous la forme de bulbes d'où s'échappent des poils, tantôt sous celle de tumeurs contenant tous les éléments de la peau.

Cette affection est congénitale et serait la conséquence d'un arrêt dans la transformation en muqueuse de la portion de peau qui recouvre primitivement le globe oculaire.

Du côté de l'iris, on peut voir des tumeurs vasculaires, véritables *nævi materni*; mais on y rencontre surtout des kystes sur lesquels nous devons insister, à cause du grand intérêt qui se rattache à leur développement.

Sous le nom de kystes, on a décrit dans l'iris deux productions morbides différentes : 1^o des tumeurs liquides; 2^o des tumeurs épithéliales enkystées auxquelles M. Monoyer a donné le nom d'épithéliomas perlés ou margaritoïdes.

1^o Les kystes séreux ou muqueux sont formés d'une paroi tantôt transparente, tantôt dure et opaque. Pour les uns, cette paroi est constituée par un simple dédoublement du tissu cellulaire de l'iris; pour d'autres, il s'agirait d'une paroi propre qu'on a trouvée quelquefois tapissée d'épithélium pavimenteux. Le contenu est tantôt séreux, tantôt coloré en brun, et même muqueux.

La pathogénie de ces kystes a été diversement interprétée. On les a attribués à un épanchement sanguin dans l'épaisseur de l'iris, ou encore à un décollement interstitiel des diverses couches de cette membrane. D'autres auteurs ont supposé qu'ils succédaient à des synéchies emprisonnant dans une portion de la membrane irienne une certaine quantité d'humeur aqueuse.

2^o La seconde variété, appelée kystes sébacés ou épidermoïdes, est en réalité une tumeur solide à laquelle convient le nom d'épithélioma perlé ou margaritoïde, qui lui a été donné par Monoyer. Elle est formée de couches épithéliales concentriquement disposées, dans lesquelles on rencontre quelquefois des poils et des cristaux de cholestérine. Comme cette variété succède le plus souvent à des traumatismes, on a supposé qu'il s'agissait d'une sorte de greffe de l'épithélium conjonctival et de bulbes pileux entraînés jusque sur l'iris à travers la plaie cornéenne. Dans un mémoire communiqué en 1881 à la Société de chirurgie par M. Masse, de Bordeaux, et qui a été de la part de M. Giraud-Teulon le sujet d'un rapport, l'auteur a appuyé cette pathogénie d'expériences sur les animaux.

Symptômes. — Le kyste irien se présente sous la forme d'une petite tumeur arrondie, bleuâtre, quelquefois même paraissant tout à fait noire, à cause de sa transparence.

L'épithélioma perlé forme une tumeur d'un blanc nacré, du centre de laquelle on voit émerger quelquefois un poil. Plus ou moins longtemps supportées, ces tumeurs finissent par déterminer de l'inflammation de voisinage.

Traitement. — Les diverses tumeurs bénignes que nous venons d'énumérer ne comportent pas d'autre traitement que l'extirpation. Quand il s'agit de kystes de l'iris, on enlève avec la tumeur une

partie de la membrane où elle est développée; on pratique, en un mot, l'iridectomie.

B. — NÉOPLASMES MALINS (CANCER DE L'ŒIL).

Sous le nom de cancer de l'œil, les chirurgiens comprenaient autrefois toutes les tumeurs malignes du globe oculaire. Les progrès de l'histologie nous permettent aujourd'hui de différencier les uns des autres ces divers néoplasmes. D'après leur siège, nous diviserons ces tumeurs en deux grands groupes : 1^o les tumeurs malignes de l'hémisphère antérieur de l'œil, dont le type est dans les tumeurs du limbe scléro-cornéen; 2^o celles de l'hémisphère postérieur, qui se développent dans la choroïde, la rétine et le nerf optique.

1^o **Néoplasmes de l'hémisphère antérieur de l'œil** (limbe scléro-cornéen, cornée, sclérotique et iris). — C'est surtout à l'union de la cornée et de la sclérotique, dans le point où ces deux membranes sont recouvertes par la conjonctive que se développent les tumeurs malignes de l'hémisphère antérieur de l'œil. Elles prennent naissance, soit dans la conjonctive elle-même, soit dans le tissu sous-conjonctival, ou épisclère. Les deux formes anatomiques qu'on y rencontre sont l'épithélioma et le sarcome, qui, ici comme dans toutes les parties de l'œil, a la plus grande tendance à revêtir le caractère mélanique. Ce sarcome mélanique peut succéder à des nævi congénitaux. Les tumeurs malignes du limbe scléro-cornéen s'infiltrant peu à peu dans l'épaisseur de la cornée et de la sclérotique; mais en même temps elles se pédiculisent et viennent s'épanouir à la surface de la cornée, qu'elles masquent parfois dans une grande étendue. Faut de connaître cette disposition, on pourrait croire que toute la cornée elle-même est dégénérée; mais si l'on introduit un stylet entre la cornée et la tumeur, on voit que cette dernière recouvre seulement la membrane cornéenne, sans lui adhérer.

A côté de ces tumeurs du limbe scléro-cornéen, on a cité des sarcomes beaucoup plus rares, prenant naissance dans l'épaisseur de la sclérotique elle-même. Les néoplasmes malins primitivement développés dans la cornée sont tout à fait exceptionnels. Cependant Stellwag von Carion a rapporté un exemple douteux de carcinome primitif de la cornée; Galezowski en a publié un second dans lequel le

diagnostic a été confirmé par l'examen histologique de MM. Cornil et Ranvier. Toutefois l'existence de ces deux dernières variétés de tumeurs primitivement développées dans la sclérotique et dans la cornée est mise en doute par M. Lagrange. D'après les recherches histologiques de cet auteur, toutes les tumeurs mélaniques de l'hémisphère antérieur de l'œil partent de la conjonctive. De son côté, M. Panas est arrivé aux mêmes conclusions.

Les sarcomes et mélano-sarcomes primitifs de l'iris sont également fort rares; ils gagnent consécutivement la sclérotique et la choroïde.

2^o **Néoplasmes malins de l'hémisphère postérieur de l'œil** (choroïde, rétine et nerf optique). — Dans la choroïde, la forme de néoplasme malin qu'on rencontre habituellement, c'est le sarcome. A la rétine appartient le gliome. Ces deux affections répondent au groupe des tumeurs malignes de l'œil, autrefois désignées sous les noms de fungus médullaire et de fungus hématode. A partir du mémoire de Maunoir, de Genève, publié en 1820, les tumeurs intra-oculaires furent mieux connues et divisées en deux classes, dont l'une, le fungus hématode, procédait de la choroïde, et l'autre, le fungus médullaire, venait de la rétine. C'était, comme le fait remarquer M. Perrin, sous des noms différents, la classification actuelle en tumeurs de la choroïde ou sarcomes, et tumeurs de la rétine ou gliomes.

a. **Sarcome de la choroïde.** — La première observation complète avec examen histologique en a été publiée par de Graefe, en 1858. M. Brière a écrit en 1874 sur le sarcome de la choroïde une thèse intéressante.

On a trouvé dans la choroïde la plupart des variétés de sarcome admises par les auteurs. Avec M. Perrin, nous distinguerons surtout les trois formes suivantes :

1^o Le sarcome blanc ou leuco-sarcome, ainsi nommé parce qu'il ne renferme que peu de pigment. Il est parfois très vasculaire, et donne naissance au sarcome télangiectasique; on y rencontre aussi des fibres musculaires, d'où le nom de myo-sarcome.

2^o Le fibro-sarcome, ou forme dure, renferme une proportion de fibres conjonctives beaucoup plus considérable que le précédent. Il possède peu de vaisseaux et a une marche plus lente que le leuco-sarcome.

5° Le mélanosarcome constitue la variété à la fois la plus fréquente et la plus grave des tumeurs malignes de la choroïde.

Le sarcome se développe ordinairement dans l'hémisphère postérieur du globe, c'est-à-dire dans la partie la plus vasculaire de la choroïde. Au début, la sclérotique et la rétine sont intactes; mais bientôt la présence de la tumeur a pour effet de comprimer les vaisseaux. Il en résulte une transsudation séreuse qui d'abord soulève la rétine et finit par la décoller. Le nerf optique est envahi. Le cristallin est repoussé en avant contre la face interne de la cornée, et opacifié; le corps ciliaire est englobé dans la tumeur. La sclérotique résiste pendant longtemps; mais elle finit par céder, soit au niveau des vasa vorticosa, soit en arrière, au niveau de l'entrée du nerf optique; ou bien au niveau des muscles droits, ou encore à la périphérie de la cornée. Dans d'autres cas, c'est la cornée qui se rompt; on voit alors la tumeur faire saillie au dehors sous la forme d'un champignon fongueux et saignant. L'aponévrose de Ténon peut encore pendant quelque temps faire obstacle aux progrès de la tumeur; quand elle est rompue, le néoplasme envahit la totalité de l'orbite; enfin il finit par se généraliser au cerveau, au foie, etc.

b. Gliome de la rétine. — Il répond à l'ancien fungus médullaire et aux tumeurs à myélocytes du professeur Robin. Les travaux de Knapp, de Hirschberg, d'Iwanow, de Gayet et de Poncet ont contribué à nous faire connaître l'anatomie pathologique de cette affection. Le gliome se développe dans les parties postérieures de la rétine, près du nerf optique. Il consiste en une dégénérescence du tissu cellulaire de la rétine. C'est dans la couche granuleuse interne que se développent de préférence les grains du gliome, ainsi que l'a établi le premier Hirschberg. La tumeur se propage au nerf optique; comme le sarcome, elle détermine la rupture du globe oculaire, et se généralise.

c. Tumeurs du nerf optique. — Il est exceptionnel de voir le néoplasme débiter par l'extrémité intra-oculaire du nerf optique sous la forme de myxo-sarcome (cas de Jacobson).

Étiologie. — Le sarcome de la choroïde se rencontre surtout dans l'âge adulte, de quarante à soixante ans, et dans le sexe masculin. Le traumatisme a pu quelquefois lui donner naissance. Le gliome de la rétine, au contraire, est une affection des jeunes enfants.

Il est rare au-dessus de dix ans. Ces deux variétés de tumeurs peuvent être congénitales.

Symptômes. — La marche des néoplasmes malins de la choroïde et de la rétine peut être divisée en quatre périodes : 1° formation de la tumeur sans signes extérieurs apparents; 2° symptômes d'irritation et phénomènes glaucomateux; 3° rupture du globe oculaire; 4° généralisation par métastase.

1° Au début, les seuls symptômes consistent en une diminution de l'acuité visuelle, ou même une perte complète d'une étendue plus ou moins considérable du champ visuel, dont les malades s'aperçoivent quelquefois brusquement. L'examen de l'œil peut ne rien révéler d'anormal dans son apparence extérieure; quelquefois cependant, on note la présence de veines dilatées et tortueuses sous la conjonctive; mais lorsque la tumeur a pris déjà un certain développement et que la rétine est suffisamment projetée en avant, la pupille présente un reflet blanchâtre, chatoyant, connu sous le nom d'*œil de chat amaurotique de Beer*. L'examen ophthalmoscopique permet de reconnaître les caractères de la tumeur, qui se montre sous la forme d'une masse faisant saillie dans le corps vitré, et présentant une vascularisation propre. Quelquefois on constate sur les bords de la tumeur un décollement rétinien; celui-ci peut même être assez considérable pour gêner l'examen, et masquer complètement le néoplasme. Au fur et à mesure que la tumeur se développe, elle refoule en avant l'iris et le cristallin et devient visible dans le champ pupillaire.

2° Jusque-là l'évolution avait été silencieuse; mais à ce moment, la tension intra-oculaire augmente considérablement et donne naissance à des douleurs, à de l'injection, du larmoiement; c'est la période glaucomateuse. La chambre antérieure est plus ou moins effacée; la pupille est dilatée, irrégulière et immobile; la cornée perd sa transparence; le cristallin prend la teinte glauque particulière. Les accès glaucomateux deviennent de plus en plus fréquents, jusqu'à ce qu'à un moment donné, une véritable détente se produise.

3° C'est là la période de rupture; celle-ci se fait, soit sur la cornée, soit sur la sclérotique, comme nous l'avons indiqué; et la tumeur vient faire saillie à l'extérieur sous forme d'un champignon saillant qui augmente bientôt de volume et proémine entre les paupières.

4^e Enfin la quatrième période consiste dans la généralisation aux différents viscères. Elle peut du reste se montrer avant la période précédente, c'est-à-dire alors que la tumeur est encore contenue dans l'intérieur de l'œil.

Marche et terminaisons. — D'une manière générale, la marche des différentes tumeurs cancéreuses de l'œil est très rapide. Celle de l'épithélioma débutant par la conjonctive et par le limbe scléro-cornéen peut être plus lente. Parmi les sarcomes, les tumeurs à petites cellules marchent plus vite que les sarcomes durs. La statistique de Brière, basée sur cinquante observations, mentionne une durée de deux à trois ans, depuis le début jusqu'à l'opération. La marche du gliome est encore plus rapide.

Pronostic. — Le pronostic est donc d'une affreuse gravité, puisque le cancer de l'œil compromet non seulement la vision, mais encore la vie de l'individu. Dans le gliome, les deux yeux peuvent être atteints successivement. Ce qui augmente encore la gravité du pronostic, c'est qu'en dépit de l'opération, on voit trop souvent survenir la récidive et la généralisation.

Diagnostic. — Lorsque la tumeur fait saillie à l'extérieur, le diagnostic ne présente pas de difficultés. On doit cependant se demander s'il s'agit d'une tumeur qui, primitivement développée dans les parties profondes, n'est devenue visible au dehors qu'après avoir perforé la coque oculaire, ou bien s'il s'agit d'un néoplasme qui s'est développé dès le début à la surface de l'œil. C'est d'après l'étude attentive des commémoratifs qu'on arrivera à ce diagnostic. Dans le cas de cancer primitivement intra-oculaire (gliome de la rétine, sarcome de la choroïde), on apprendra que le malade, après avoir perdu plus ou moins complètement la vision, a éprouvé des douleurs violentes, que ces douleurs se sont calmées, puis que la tumeur a fait saillie au dehors. Dans le cas de cancer primitivement développé dans le limbe scléro-cornéen, la tumeur s'est montrée dès le début à l'extérieur, le malade n'a pas perdu brusquement la vision, il n'a pas traversé la période des accidents glaucomateux. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, dans le cas de tumeur du limbe scléro-cornéen, on peut s'assurer qu'un stylet passe entre la cornée et la tumeur, que cette dernière, par conséquent, recouvre seulement la cornée dans une étendue plus ou moins considérable, sans lui adhérer.

Mais si le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses quand la tumeur est extra-oculaire, il n'en est pas de même lorsqu'elle est encore contenue dans l'intérieur de l'œil. Et cependant, on le comprend, c'est à cette période surtout que le diagnostic a de l'importance; car, plus l'intervention sera prompte, plus on aura de chance de guérison.

C'est surtout avec le décollement de la rétine qu'on pourrait confondre les tumeurs intra-oculaires. L'erreur est d'autant plus facile que souvent il existe, en même temps que la tumeur, un décollement qui masque cette dernière et la cache à l'observateur. Mais l'existence d'un décollement survenant en dehors de ses causes habituelles (la myopie progressive et le traumatisme) doit être suspecte. De plus, le décollement dû à une tumeur n'occupe pas le siège habituel des décollements séreux, qui est, comme l'on sait, le segment inférieur de l'œil. Du reste, dans les cas de tumeurs, la quantité de liquide sous-rétinien étant peu considérable, les ondulations, les tremblements de la masse sont moins marqués que dans le décollement simple. Ajoutons enfin que la tension intra-oculaire est augmentée dans les cas de tumeurs, tandis qu'elle est diminuée dans le simple décollement. Lorsque la tumeur est visible à l'ophtalmoscope, elle se présente avec une coloration plus sombre, une teinte rosée ou jaunâtre qui diffère de celle du décollement. Enfin un signe sur lequel a beaucoup insisté Becker, et après lui Sichel et Brière, c'est l'existence à la surface de la tumeur d'une vascularisation propre, indépendante de celle de la rétine et de la choroïde.

Quant au diagnostic entre le sarcome choroïdien et le gliome de la rétine, l'âge des sujets est déjà une forte présomption, puisque le sarcome choroïdien est une maladie des adultes, tandis que le gliome se voit toujours chez les enfants. De plus, la consistance du gliome est beaucoup moindre, il a dans le fond de l'œil des mouvements d'ondulations qu'on ne retrouve pas dans le sarcome.

On pourrait confondre le gliome rétinien avec certaines formes de choroïdite plastique ou parenchymateuse qu'on rencontre dans le cours d'affections cérébrales. Mais dans la choroïdite, les exsudats ont une teinte d'un blanc grisâtre, tandis que le gliome a une coloration jaunâtre; d'autre part, les accidents inflammatoires existent dès le début dans la choroïdite, tandis qu'ils ne se montrent que tardivement dans le gliome. Enfin l'étude des antécédents aidera le diagnostic.