

La choréïdite parenchymateuse coïncide en effet avec des phénomènes cérébraux antérieurs ou existant encore. On a pu prendre encore pour un gliome le vice de conformation que nous étudierons plus tard sous le nom de persistance de l'artère hyaloïdienne.

Lorsqu'éclatent, dans les tumeurs intra-oculaires, les accidents glaucomateux, on pourrait confondre la maladie avec un glaucome aigu. Sans doute, l'aspect extérieur de l'œil (œil de chat amaurotique de Beer) et l'examen ophthalmoscopique, s'il est possible, feront le diagnostic. Mais si les milieux de l'œil sont trop troubles pour permettre cet examen, on n'aura pour se guider que les commémoratifs et la marche de la maladie.

**Traitement.** — Ici, comme pour toutes les tumeurs malignes, l'extirpation complète est le seul traitement utile. Tout au plus, dans les tumeurs de la conjonctive et du limbe scléro-cornéen, peut-on pratiquer l'ablation de la tumeur, lorsque la coque oculaire n'a pas encore été complètement perforée. Dans tous les autres cas, c'est à l'énucléation du globe qu'il faut avoir recours; quand la tumeur a poussé des prolongements dans la cavité orbitaire, il faut pratiquer l'ablation de toutes les parties molles de l'orbite. L'iridectomie ne serait utile que pour combattre les accidents glaucomateux, si le malade refusait l'énucléation.

## 2° TUBERCULOSE OCULAIRE.

D'une manière générale, la tuberculose oculaire est rare. Elle peut exister dans divers points du globe de l'œil; toutefois elle est infiniment plus fréquente dans la membrane vasculaire, la choroïde, où son existence a été depuis longtemps déjà constatée. Elle peut se montrer comme la première manifestation de la diathèse tuberculeuse, ou bien comme localisation de cette diathèse dans une tuberculose généralisée, ce qui est beaucoup plus fréquent. L'attention a été surtout attirée sur elle, dans ces dernières années, comme représentant une de ces tuberculoses étrangères au poumon, qu'on désigne sous le nom de *tuberculoses locales*.

Le Dr Rémy a fait, en 1885, de la tuberculose oculaire, l'objet d'une thèse intéressante. Depuis lors la thèse du Dr Woytasiewicz (1886) a bien résumé l'état de la question.

**Anatomie pathologique et symptômes.** — Nous devons passer

successivement en revue les tubercules dans la conjonctive, dans la cornée, dans l'iris et la choroïde, dans la rétine et le nerf optique.

1° *Conjonctive.* — Le plus souvent on a rencontré les tubercules de la conjonctive dans le cours d'une tuberculose générale; exceptionnellement ils ont constitué la première manifestation de la diathèse, comme dans un cas de Milligan. Ils se manifestent sous la forme de petites saillies d'abord grisâtres, puis jaunâtres, dont le centre s'élimine en donnant naissance à une ulcération qui reproduit tous les caractères des ulcérations tuberculeuses, bords décollés, fongosités, etc. En même temps, un semis de granulations jaunâtres se montre dans les parties voisines de la muqueuse, et contribue à indiquer la véritable nature de l'ulcération. M. Gérin-Roze a communiqué, en 1882, à la Société médicale des hôpitaux, un cas intéressant de tuberculose de la conjonctive survenue dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. Ce fait a été le point de départ de la thèse de M. Luc, soutenue en 1885, et dans laquelle l'auteur compare la tuberculose de la conjonctive au lupus de cette muqueuse.

2° *Cornée.* — La cornée a pu être envahie secondairement dans le cours d'une tuberculose oculaire. Mais elle est également susceptible d'être envahie primitivement par le tubercule. M. Panas a cité un cas de tuberculose primitive de la cornée au Congrès français d'ophtalmologie en 1885, et M. Rachet en a publié un second cas dans sa thèse de doctorat, en 1887. Les caractères de cette tuberculose cornéenne consistent en ce qu'elle peut rester purement locale, et est susceptible de guérir sans produire de généralisation.

3° *Iris et choroïde.* — Après avoir été niée, la tuberculose de l'iris est aujourd'hui bien établie. La première observation en a été publiée en 1870 par Gradenigo; depuis lors plusieurs faits ont été publiés; on trouvera dans la thèse de M. Rémy une très belle planche relative à un cas étudié histologiquement par Poncet (de Cluny).

C'est surtout chez de jeunes sujets tuberculeux que s'observe la tuberculose de l'iris; on peut toutefois la rencontrer chez les adultes, et en dehors de toute tuberculose pulmonaire. On voit sur l'iris de petites masses grisâtres, du volume d'une tête d'épingle, qui deviennent jaunâtres, se réunissent au point de former des tumeurs

du volume d'un petit pois. Elles proéminent dans la chambre antérieure et donnent quelquefois naissance à un épanchement sanguin dans cet espace (hypœma). Autour de la tumeur principale, on peut voir parfois de petites tumeurs secondaires. La masse tuberculeuse de l'iris a ceci de particulier qu'on ne distingue pas de vaisseaux à sa surface.

Pendant longtemps ces tubercules peuvent ne déterminer aucune réaction; puis, à un moment donné, surviennent des phénomènes d'iritis.

Dès 1857, Noël Guéneau de Mussy décrivait devant la Société anatomique les tubercules de la choroïde, et cette membrane a passé pendant longtemps pour être le seul siège de la tuberculose oculaire. Ce n'est pas à dire cependant que l'affection y soit fréquente; car M. Perrin, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, dit avoir examiné les yeux d'une centaine de tuberculeux au Val-de-Grâce, sans rencontrer un seul cas de tubercule choroïdien.

Le siège de prédilection des granulations tuberculeuses est l'hémisphère postérieur, au voisinage de la papille ou de la macula. Elles se présentent, à l'ophthalmoscope, sous la forme d'une petite tumeur d'un blanc grisâtre ou jaunâtre dont les bords se perdent peu à peu dans le tissu choroïdien qui reste sain. Cohnheim a pu compter jusqu'à cinquante de ces petites tumeurs. Les vaisseaux rétiniens passent en avant de ces tubercules sans présenter d'altérations.

4° *Rétine et nerf optique.* — MM. Delorme et Perrin ont noté dans quelques cas une légère infiltration de la rétine au niveau des tubercules choroïdiens. D'après M. Rémy, il existe même des cas de tubercules de la rétine et du nerf optique; mais il est à noter que, dans tous ces faits, la tuberculose oculaire était secondaire.

**Diagnostic.** — Dans la conjonctive, c'est avec le lupus de cette membrane que l'on pourrait confondre la tuberculose. Il est à remarquer d'ailleurs que le lupus de la conjonctive n'est le plus souvent que la propagation d'un lupus de la face. La présence d'un semis de granulations jaunâtres, l'existence d'un suintement purulent abondant, l'engorgement du ganglion préauriculaire, des douleurs violentes, seraient, d'après M. Luc, autant de caractères qui différencient la tuberculose conjonctivale du lupus de cette muqueuse.

Dans l'iris, c'est surtout des gommés syphilitiques qu'il faut distinguer le tubercule; ces deux produits morbides ont été souvent englobés dans une même description sous le nom de granulomes. Les gommés présentent à leur surface des vaisseaux qu'on ne retrouve pas dans le tubercule. Le jeune âge des sujets dans la tuberculose, l'absence d'antécédents syphilitiques, l'existence d'autres manifestations tuberculeuses, aideront le diagnostic.

Dans la choroïde, on pourrait confondre les tubercules avec les plaques de la choroïdite exsudative; mais, dans ce dernier cas, les régions voisines de la choroïde sont malades; il y a des masses pigmentaires infiltrées qu'on ne retrouve pas dans le tubercule; enfin, l'état général du malade doit être pris en considération. Quant au sarcome de la choroïde, il atteint un volume beaucoup plus considérable, et ne reste pas aussi longtemps stationnaire que le tubercule de cette membrane.

**Pronostic.** — Il est grave surtout en raison de l'infection tuberculeuse générale qui accompagne la tuberculose oculaire où qui peut venir la compliquer. Les accidents généraux ont revêtu parfois la forme de méningite tuberculeuse. Quant à l'œil, s'il peut longtemps supporter le tubercule sans réagir, il devient quelquefois le siège d'inflammation violente, et la vision se perd, soit par le fait d'hémorrhagies, soit par suite d'un décollement rétinien. On a même vu la selérotique être perforée au niveau de la zone ciliaire, comme dans les cas de Mackenzie, de Manfredi et de M. Panas. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

**Traitement.** — La question se pose ici comme pour les autres manifestations externes de la tuberculose, dites *tuberculoses locales*. On a pensé que dans les cas où l'œil est primitivement envahi, on mettrait le sujet à l'abri de la généralisation, en pratiquant de bonne heure l'énucléation de l'œil malade. Cette opinion a été soutenue à la Société de chirurgie, par MM. Th. Anger et Giraud-Teulon. Mais c'est chose grave que de sacrifier un organe dont les fonctions aussi précieuses que celles de l'œil s'exercent encore complètement. Nous croyons donc qu'il faut, pour pratiquer l'énucléation, attendre que la vision soit gravement compromise et que l'œil soit le siège de douleurs. On opérera alors, comme le dit M. Terrier, bien plutôt pour soulager le malade que pour éviter la généralisation. Tel est aussi l'avis de MM. Perrin et Poncet (de Cluny).

Quant à la tuberculose de la conjonctive, on a pu réussir à la guérir par le raclage avec la curette tranchante, suivi de cautérisations. Dans le cas de Milligan, que nous avons précédemment cité, la guérison a pu être ainsi obtenue. Les mêmes conclusions sont applicables à la tuberculose primitive de la cornée, qui est susceptible de guérir par le grattage des ulcérations, et des pansements antiseptiques, pommade à l'iodoforme, lavages avec l'acide borique, le biiodure de mercure au 20/1000 (Panas). Si, au contraire, la tuberculose oculaire n'est qu'un incident dans le cours d'une tuberculose générale, le mieux est de se contenter d'un traitement palliatif et de s'abstenir de toute opération.

#### 5° PARASITES OCULAIRES (OPHTHALMOZOAIRES).

On a rencontré sous la conjonctive, et même dans l'intérieur de l'œil, quelques exemples de filaire de Médine ou dragonneau, de monostomes et de distomes. Déjà nous avons cité, à propos de la cataracte, la filaire du cristallin. Mais le parasite qu'on rencontre le plus souvent dans l'œil, c'est le cysticerque du *tœnia solium* (*Cysticercus cellulosæ*). Il peut se développer, soit sous la conjonctive, soit dans l'intérieur même de l'œil.

1° *Cysticercus sous-conjonctivaux*. — Cette variété a été bien étudiée par Sichel père, qui lui consacra une série d'articles dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne, et par de Graefe.

On l'observe surtout chez les jeunes sujets. L'affection se présente sous la forme d'une petite tumeur du volume d'un pois ou même d'une petite noisette. Rose à la périphérie, elle affecte au centre une teinte jaunâtre, due à la présence du cysticerque, et cette opposition entre la couleur du centre et celle des parties périphériques est caractéristique. La tumeur se développe dans le tissu cellulaire qui double la conjonctive oculaire, vers l'insertion des muscles droits externe ou interne; beaucoup plus rarement sous la conjonctive palpébrale. Sichel a vu une fois le kyste se rompre spontanément et guérir après la sortie du cysticerque.

Le traitement consiste à extirper la tumeur ou, si l'extirpation complète n'est pas possible à cause de l'adhérence à la sclérotique, à en pratiquer au moins l'excision, de façon à provoquer l'expulsion du parasite.

2° *Cysticercus intra-oculaires*. — Dans l'intérieur même de l'œil, le cysticerque peut se rencontrer en deux points différents, soit dans la chambre antérieure et l'iris, soit dans le tissu sous-rétinien et dans le corps vitré.

a. — Dans la chambre antérieure et dans l'iris, le cysticerque a été souvent observé. Il y arrive par le courant sanguin, se développe dans un petit vaisseau et proémine sous forme d'une petite bosselure nacrée dans la chambre antérieure; il y tombe quelquefois, d'autres fois il reste adhérent à l'iris.

Si l'on examine la petite vésicule à la loupe, on peut distinguer la tête de l'animal sous la forme d'un point plus opaque qui se détache sur la vésicule translucide. On peut aussi observer les mouvements de propulsion et de retrait de la tête.

Le cysticerque pouvant déterminer par sa présence dans la chambre antérieure une inflammation violente du voisinage, il faut en pratiquer l'extraction à travers la cornée, avec ou sans iridectomie, suivant que la vésicule est encore adhérente à l'iris, ou qu'elle est libre dans la chambre antérieure.

b. — C'est dans le corps vitré et sous la rétine qu'on observe le plus souvent le cysticerque, mais cela bien plus fréquemment dans l'Allemagne du Nord. Tandis qu'en France et en Belgique, dit M. Nuel dans le *Dictionnaire encyclopédique*, c'est un cas excessivement rare, nos collègues de Berlin en observent chacun plusieurs par an. Le même auteur se demande si cela ne tient pas à l'usage de la viande plus ou moins crue, très répandu en Allemagne.

Le cysticerque peut se développer primitivement dans le corps vitré, mais plus souvent il se montre d'abord sous la rétine, perfore cette membrane et devient ensuite libre dans le corps vitré. Il s'y présente sous la forme d'une vésicule d'un bleu grisâtre; on peut y distinguer, à l'ophtalmoscope, la tête et le cou de l'embryon; on peut même voir les mouvements du parasite, ce qui rend absolument évident le diagnostic. Plus tard, le cysticerque amène des opacités du corps vitré et ne peut plus être observé. Il détermine des phénomènes inflammatoires, de l'irido-choroïdite, des douleurs très intenses, et même de l'ophtalmie sympathique. On a signalé parfois des accidents glaucomateux.

Le pronostic est donc fort grave; on a pu cependant, en pratiquant de bonne heure l'extraction du parasite, conserver à l'œil un