

vint normal, lorsqu'on employa les compresses chaudes d'une façon systématique, sur le conseil de M. Panas. L'œil est depuis un an revenu à un état de tension normale.

On ignore la *pathogénie* de cette affection si spéciale : il est évident cependant que l'humeur aqueuse n'est pas sécrétée d'une façon suffisante. C'est une sorte d'*anurie* de l'œil et le globe devient douloureux, à la suite de la décompression à laquelle il est soumis, probablement par un trouble vaso-moteur d'origine nerveuse, chez des sujets prédisposés.

Le pronostic n'est donc pas toujours mauvais, puisque le tonus et la vision reviennent à leur état antérieur. D'autres fois, l'atrophie de l'œil s'accroît après plusieurs récurrences. Dans le cas de Schmidt-Rimpler, l'autopsie de l'œil, plus petit, mais sain, ne permit de constater aucune lésion spéciale.

Le traitement consistera dans l'atropinisation, l'usage fréquent des compresses chaudes, l'électrisation.

X

TUMEURS INTRA-OCULAIRES

Nous examinerons successivement les *tumeurs de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde et de la rétine*. Nous terminerons par le diagnostic d'ensemble et le traitement de ces diverses néoplasies.

I. — TUMEURS IRIENNES.

Néoplasies bénignes. — Les *néoplasies bénignes* sont des angiomes, des *nævi pigmentés*, des kystes.

Les **ANGIOMES** de l'iris constituent de petites tumeurs mûriformes à vaisseaux variqueux (Wolfe, de Wecker), entraînant de temps à autre un hypohéma.

Pour les **NÆVI PIGMENTÉS**, comme dans toutes les productions congénitales pigmentées, on redoutera la dégénérescence maligne.

Les **KYSTES** iriens se divisent en kystes *séreux* et *perlés*.

Les **KYSTES PERLÉS** (Monoyer, Rothmund) constituent de petites tumeurs rondes grisâtres (fig. 69), implantées dans l'iris à la suite d'un traumatisme. (Mackensie.)

Les expériences d'un grand nombre d'observateurs, unies à d'autres nouvelles, sont réunies dans le travail de Masse qui démontre qu'il s'agit de greffes épithéliales traumatiques ou opératoires.

Quant aux **KYSTES SÉREUX**, ils reconnaissent aussi très probablement pour origine une inclusion traumatique, opératoire ou même em-

bryonnaire (Cunier, de Graefe), constituant le dermoïde de l'iris, avec poils. Quelques auteurs (de Wecker, Knapp) pensent qu'un repli irien provoque un simple diverticule pseudo-kystique.

Tumeurs malignes. — Les *tumeurs malignes* de l'iris sont constituées par des sarcomes et des lymphomes. Même si on démontrait un jour péremptoirement leur origine infectieuse, on doit, à cause de leur évolution si différente, en distinguer avec soin les gommages et les granulomes tuberculeux, lépreux, et d'origine inconnue.

Le **SARCOME** de l'iris est en général secondaire à un sarcome du corps ciliaire qui perforé l'iris. Néanmoins il existe des cas indiscutables de sarcomes iriens primitifs (Lebrun, Hirschberg, Panas, Knapp). La structure est identique à celle du sarcome choroïdien, les leuco-sarcomes étant exceptionnels. La tumeur apparaît sur la face antérieure de l'iris et son volume est variable : par ses progrès, elle peut léser le cristallin. La tumeur survient à tout âge. Alt en aurait observé une chez un enfant de deux ans. L'évolution de la tumeur reste silencieuse jusqu'au moment où un glaucome s'établit.

On extirpera par iridectomie les petites tumeurs et on énucléera l'œil, lorsqu'un traitement antisyphilitique (c'est-à-dire antiseptique), intensif et soigneusement conduit, n'aura entraîné aucune modification appréciable.

Les **LYMPHOMES** se développent en avant ou en arrière de l'iris. La leucémie ou les productions lymphomateuses disséminées coexistent avec eux. Développée en général chez des sujets jeunes, cette affection a pu précéder les autres localisations leucocythémiques. (Horner.)

On essayera de modifier par l'arsenic, par les toniques, voire par un traitement sérothérapique, l'état local et général, avant d'en venir à une intervention, car il s'agit d'une lésion avant tout concomitante.

II. — TUMEURS DU CORPS CILIAIRE ET DE LA CHOROÏDE.

On peut observer dans le corps ciliaire et la choroïde, l'évolution de *sarcomes*, de *cancers métastatiques*, d'*angiomes*. On a également parlé de *myomes*, et même de *carcinomes* du corps ciliaire.

SARCOMES. — Les sarcomes sont de beaucoup les plus fréquents des néoplasmes choroïdiens. Ils peuvent survenir à tout âge, mais

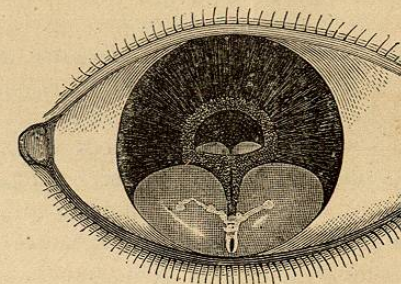


Fig. 69. — Kyste de l'iris (Guépin fils).

surtout à partir de quarante ans ; ils sont très rares chez les enfants, où il ne faut pas les confondre avec le gliome.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence certaine.

Ils n'existent généralement que d'un côté.

Il y a trop fréquemment de violents traumatismes oculaires pour qu'on ne puisse pas admettre qu'il y a là une cause occasionnelle chez les sujets prédisposés. L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle (Brière), mais les yeux très pigmentés seraient plus exposés. Presque toujours né primitivement dans l'œil, le sarcome peut être métastatique et secondaire comme dans les cas de Brömser et Pflüger.

Anatomie pathologique. — Le point de départ du sarcome est variable. Le plus souvent il siège sur la partie moyenne ou postérieure de la choroïde, quelquefois contre la papille qu'il recouvre ou très rarement dans la région maculaire. Dans les autres cas, c'est au niveau du corps ciliaire que naît la tumeur qui peut se développer dans des moignons atrophiés, ou contenant des corps étrangers qu'on peut trouver inclus dans le sarcome.

Très rarement, il existe une sorte de sarcome diffus, d'infiltration sarcomateuse du cercle ciliaire ou de la choroïde.

Le sarcome est presque toujours *mélanique*, puisque les sarcomes *blancs* ne se rencontrent que 12 fois sur 100. (Fuchs.)

Ses cellules sont fusiformes, ou rondes, fortement pigmentées. Les vaisseaux sont en général très abondants et dilatés. Quelquefois des points cartilagineux ou ossifiés se produisent dans le sarcome, qui peut subir aussi la dégénérescence myxomateuse.

L'origine de la tumeur est en général dans la partie la plus interne de la choroïde (couche de petits vaisseaux) : puis elle envahit peu à peu la choroïde, et détermine des altérations des parties constituantes de l'œil. Le glaucome, avec oblitération plus ou moins complète de l'angle irido-cornéen, est des plus ordinaires. Le cristallin est déplacé et on le retrouve perdu au milieu de l'œil. Dans des cas plus rares, au lieu de glaucome, il se produit une violente irido-cyclite, quelquefois à tendance sympathique. Le décollement de la rétine, souvent avec un grand épanchement pour un petit sarcome, est aussi très fréquent.

Enfin la tumeur peut proliférer au dehors, dans un temps assez variable, soit en se propageant le long des vaisseaux qui traversent la sclérotique, soit en perforant la région cornéo-sclérale, soit en envahissant secondairement le nerf optique et l'orbite.

Il est remarquable (O. Becker, Panas) que les sarcomes de la région maculaire ont une grande tendance à se propager *dans l'orbite*, en envahissant la sclérotique, au lieu de former une volumineuse tumeur intra-oculaire. La tumeur orbitaire est ici plus grosse que la tumeur intra-oculaire, cependant initiale.

Quant à la métastase dans les autres organes, surtout dans le foie,

elle est rapide ou plus, souvent tardive (3 à 5 ans). Les ganglions ne sont généralement pas intéressés.

Symptomatologie. — Quand la tumeur se développe dans un œil sain, c'est presque toujours par des rétrécissements de forme variable du champ visuel, accompagnés quelquefois de scotomes et d'étincelles lumineuses, qu'elle débute, et l'on constate en général un décollement de la rétine.

La deuxième période est constituée par des complications glaucomeuses, avec hypertonie très intense et vives douleurs. Il y a souvent alors une cataracte qui interdit l'examen ophtalmoscopique. Cette période dure de quelques mois à plusieurs années et quelquefois une irido-cyclite se développe.

Dans un dernier stade, la tumeur perfore l'œil, soit d'une façon ostensible, en avant, dans la région scléro-cornéenne, soit d'une façon latente, en arrière, l'œil devenant alors difforme et s'immobilisant peu à peu, en même temps qu'un certain degré d'exophtalmie démontre les propagations intra-orbitaires qui apparaissent enfin sous la conjonctive.

La métastase dans le foie ou les autres organes peut déjà coexister avec cette dernière période.

Le CANCER MÉTASTATIQUE DE LA CHOROÏDE (1) est rare. D'après la thèse de Bouquet, inspirée par Panas, l'origine a été, quatorze fois sur dix-neuf, le cancer du sein ; les autres fois, celui du poumon, de l'estomac et du foie, des reins. Les adénomes de la choroïde paraissent presque toujours des tumeurs métastatiques.

La lésion atteint quelquefois les deux yeux. Elle revêt le type histologique qui lui a donné naissance, et plus fréquemment la tumeur siège au niveau du pôle postérieur et du côté gauche ; la marche de l'affection diffère ainsi notablement de celle des sarcomes.

Les MYOMES (Ivanoff) sont fréquemment mélangés de cellules sarcomateuses.

L'ANGIOME CAVERNEUX de la choroïde, quelquefois également mélangé de néoformations sarcomateuses (Leber, Hirschberg) n'est reconnu, comme le myome, qu'à l'autopsie de l'œil (Panas, Schiess) : il s'accompagne souvent de réaction irido-cyclitique et provoque un décollement de la rétine.

On a décrit (Badal et Lagrange) (2), un cas de *carcinome* déclaré primitif du corps ciliaire où l'épithélium cylindrique des procès aurait pris une part prépondérante.

III. — TUMEURS DE LA RÉTINE.

GLIOME. — Wardrop et Mackensie ont commencé à éclairer la symptomatologie du gliome rétinien, de ses transformations et de ses

(1) P. BOUQUET, Cancer métastatique de la choroïde, thèse de Paris, 1893.

(2) BADAL et LAGRANGE, *Arch. d'opht.*, 1892.

métastases. Robin en a le premier donné une description histologique et a montré, avec Virchow, Knapp, Leber, le point de départ au niveau des couches granuleuses rétinienne : les couches externes paraissent plus directement intéressées, surtout dans la forme *exophytique*, tandis que la forme *endophytique* se développe vers le corps vitré. La masse de la tumeur est constituée par de petites cellules rondes, dont le noyau tient presque toute l'étendue. Les vaisseaux y sont abondants, souvent entourés de gaines hyalines et de manchons de cellules proliférées provenant de leur enveloppe.

Si le gliome est presque toujours un cancer *épithélial* (Panas) provenant de la névroglie, il n'en est pas moins vrai que le tissu de

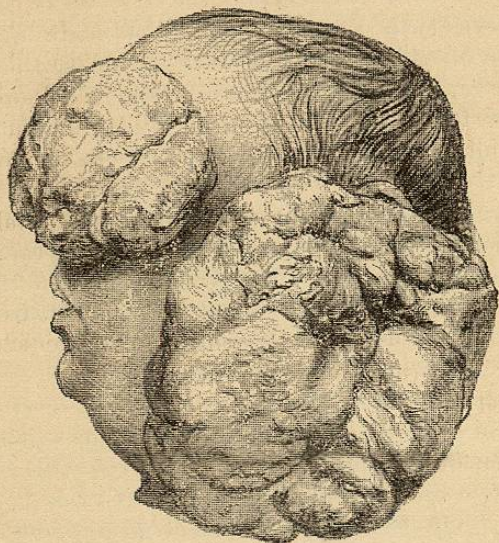


Fig. 70. — Glio-sarcome de la rétine avec récurrence et métastases colossales (Van Duyse).

sarcome ou plutôt d'angio-sarcome peut s'y mêler dans de notables proportions.

De là, les éléments gliomateux envahissent le nerf optique et les membranes oculaires. L'envahissement de l'orbite, des régions voisines des os et de l'intérieur du crâne par le trou optique, des ganglions du cou, arrivent à donner aux petits malades un aspect unique, véritablement terrifiant, caractéristique de la dernière période (fig. 70) de leurs souffrances.

Auparavant, chez les petits enfants de un à dix ans, surtout les garçons, et quelquefois dès la naissance, c'est l'amaurose et l'aspect *jaunâtre* de la pupille (œil de chat amaurotique, Beer) qui frappent l'attention des parents. Le gliome est quelquefois bilatéral et les deux gliomes en général indépendants.

Il y a souvent de nombreux cancers dans la famille (Panas), et le gliome peut atteindre plusieurs enfants de la même famille, coexister avec la microcéphalie (Helfreich) et la buphtalmie; d'autres anomalies congénitales (Fuchs), telles que le colobome irido-choroïdien, sont fréquentes chez les frères ou sœurs.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TUMEURS INTRA-OCULAIRES.

Avant l'invention de l'ophtalmoscope, on ne diagnostiquait guère les tumeurs rétro-iridiennes qu'après la perforation de l'iris ou de la cornée : tout au plus s'en tenait-on à des probabilités, quand la pupille, chez les tout petits enfants, présentait le reflet chatoyant qu'on avait remarqué au début des gliomes. Depuis l'usage de l'examen ophtalmoscopique, on est arrivé, pour le plus grand bénéfice du malade, à un diagnostic *précoce* des tumeurs intra-oculaires. Il faut reconnaître néanmoins, dans certains cas, les réelles difficultés du diagnostic, et la nécessité absolue de s'aider de divers moyens combinés, en particulier de méthodes nouvelles.

Le diagnostic d'une tumeur intra-oculaire est à faire dans plusieurs groupes de cas bien tranchés. D'abord, la tumeur peut avoir perforé (fungus), ou bien une tumeur irienne est visible dans la chambre antérieure. Lorsque la tumeur est en arrière de l'iris, il s'agit d'un tout autre ordre d'idées et de difficultés pratiques. Tantôt la tumeur est au niveau du corps ciliaire, mais on voit le reste du fond de l'œil. Tantôt il s'agit d'une tumeur postérieure généralement masquée par un décollement rétinien. Enfin, dans des cas encore plus difficiles, l'œil est *inéclairable* par le miroir : il y a, soit un leucome cornéen, soit une cataracte qui interdisent tout examen ophtalmoscopique : une occlusion pupillaire totale peut jouer un rôle analogue, de même qu'un glaucome absolu avec cornée et cristallin troubles.

1° DIAGNOSTIC A LA PÉRIODE DE PERFORATION. — En présence d'un fungus grisâtre s'échappant de l'œil ou d'un moignon chez un tout jeune enfant, on pensera surtout au gliome, de même qu'en présence d'un champignon noirâtre apparaissant sous la conjonctive à travers la sclérotique effondrée, ou directement au-devant de la cornée, le mélanosarcome s'impose. Néanmoins, par l'étude sérieuse des antécédents, l'absence d'une période glaucomateuse antérieure et l'examen histologique, on évitera la confusion avec un épithélioma mélanique de la conjonctive qui peut atteindre d'énormes proportions, de même que certains sarcomes conjonctivaux et palpébraux couvrant la conjonctive de gros bourgeons. Chez un sujet avant la quarantaine, on pourra penser, en face de masses jaunâtres, s'échappant autour de la cornée, soit à une masse *tuberculeuse*, soit à une *gomme* du corps ciliaire. On pratiquera systématiquement des examens histologiques et bactériologiques, et des inoculations de frag-

ments pour différencier le tubercule qui, en plus, aura pour lui la coexistence fréquente d'autres tuberculoses locales et divers indices tirés de l'examen général et des antécédents. La *gomme du corps ciliaire* sera soigneusement éliminée, après un traitement intensif par les injections mercurielles, l'étude soignée des antécédents et des concomitants syphilitiques, la présence très fréquente d'une violente inflammation iritique, la marche rapide de l'affection.

2° IL Y A UNE TUMEUR DE L'IRIS. — Les *angiomes*, les *mélanomes* iriens seront faciles à reconnaître par leurs caractères propres.

Les *kystes* ressemblent à une bulle grisâtre, à bords arrondis, comprimée dans l'angle de la chambre antérieure. On trouve à peu près toujours les traces, sur la cornée, d'un traumatisme ancien, fortuit ou opératoire. Dans un cas observé par nous et consécutif à une piqûre d'épine, le traumatisme remontait à l'âge de sept ans, la malade ayant cinquante-cinq ans, lorsque nous l'avons vue.

Le *sarcome* devra d'abord être différencié d'un sarcome ciliaire ayant traversé l'iris : ce n'est ensuite que *par exclusion* que l'on arrivera à affirmer le sarcome. Les *lymphomes* sont en général multiples et accompagnés d'adénie et de leucocythémie, ce qui est l'inverse pour les *granulomes*.

Les néoproductions infectieuses de l'iris, lépromes, granulomes syphilitiques et tuberculeux, ne présentent pas toujours de caractères bien tranchés, et il est des cas où, même après la réussite d'un traitement antisiphilitique ou antituberculeux, on peut se demander, en l'absence de tout antécédent ou concomitant net chez le malade, quelle était la cause de la néoformation qu'on a fait disparaître.

Presque toujours le *léprome* est consécutif à de volumineux boutons lépreux conjonctivaux et cornéens, eux-mêmes rarement primitifs.

Le *tubercule* se développerait surtout (Parinaud) vers le bord adhérent, il est jaunâtre ou grisâtre et quelquefois accompagné de granulations grises. Une sorte d'hypopion formé de débris, mais sans vive réaction inflammatoire, est possible, mais rare.

Le *syphilome*, plus cuivré, est en général situé plus près du bord libre et s'accompagne de forte réaction iritique. Si l'ensemble de ces signes se retrouve dans les cas typiques, il est loin d'en être ainsi dans bien d'autres cas, et on voit de volumineux condylomes se développer près du bord adhérent, aussi bien qu'au bord libre, chez des sujets en pleine éruption d'accidents syphilitiques. Il faudra donc s'attacher, d'abord à l'examen et à l'interrogatoire complets du malade, et rechercher tout vestige possible de syphilis ou de tuberculose.

En l'absence de tout signe pathognomonique, un traitement antisiphilitique sera appliqué autant contre la syphilis possible que comme traitement antiseptique général luttant contre les toxines diverses et

ignorées, qui, en plus de la syphilis ou de la tuberculose, peuvent engendrer des granulomes iriens.

3° LA TUMEUR EST SITUÉE EN ARRIÈRE DE L'IRIS. — Dans ce cas, ou l'œil est inéclairable (cataracte, occlusion pupillaire), ou il existe un décollement rétinien, ou enfin une masse, dont il s'agit de déterminer la nature, est visible.

a. Quand il existe un *décollement rétinien*, les caractères sont généralement spéciaux, s'il recouvre une tumeur. D'abord, il *naît* quelquefois dans une région insolite, en haut, en dehors, etc. : de plus, le décollement supérieur, au lieu de fuser rapidement en bas, peut rester localisé un certain temps dans la région où il est né. Il faut cependant se rappeler que le décollement devenu total peut ne différer en rien d'un décollement simple, et que, d'autre part, il existe quelquefois une masse néoplasique recouverte de vaisseaux rétiens et entourée de plis de la rétine décollée.

L'*hypertonie* coexistant avec le décollement, est un très bon signe de tumeur, car on sait que presque toujours le décollement rétinien simple s'accompagne d'hypotonie. Mais il y a quelques exceptions : on a pu voir des décollements rétiens complets avec hypertonie, et un certain nombre de décollements néoplasiques avec hypotonie, surtout pour les tumeurs postérieures. L'*absence* des causes *habituelles* du décollement est encore une présomption, tout en se rappelant que la myopie et le traumatisme peuvent parfaitement précéder le sarcome et embarrasser encore le diagnostic.

Le décollement des tumeurs présente généralement *moins de mobilité et de flottement* que le décollement myopique.

« Un caractère important est tiré de l'examen pratiqué avec un large miroir concave donnant un fort éclairage, lorsque l'observateur, étudiant le fond de l'œil en dirigeant son regard à *côté du miroir*, peut, dans ces conditions, nettement percevoir un relief dépourvu de transparence. Tandis qu'en explorant le fond de l'œil par le trou du miroir, toutes les parties éclairées, choroïde et tumeur, donnent, au-dessous de la rétine détachée, un reflet rougeâtre, il en est tout autrement si l'œil de l'observateur est placé à quelques centimètres à côté du miroir. Dans ce dernier cas, les parties, qui, situées au-dessous de la rétine soulevée, forment une *saillie*, pourront seules être perçues, à cause de la divergence que prendront les rayons qui émanent de ces points saillants et qui, seuls, pénétreront partiellement dans l'œil de l'observateur. Il sera alors possible, en se plaçant plus ou moins obliquement, de voir une partie de la pupille occupée par une masse de coloration rougeâtre variable et bien éclairée, alors que le reste du champ pupillaire sera noir, ou montrera à peine une teinte grisâtre inégale renvoyée par la rétine détachée, la choroïde sous-jacente saine ne paraissant pas éclairée et ne donnant pas au décollement son aspect habituel. Le long du bord de la saillie plus ou moins arrondie, formée

par la tumeur, on distinguera, se détachant sur la partie noire voisine, un fin liséré grisâtre qui n'est autre que la rétine décollée recouvrant la tumeur ». (De Wecker et Masselon.)

Ce qui est plus important encore, c'est la constatation par un rigoureux examen à l'image droite, d'un *double réseau vasculaire*, l'un rétinien, *superficiel*, à vaisseaux volumineux, l'autre profond, capillaire, appartenant à la tumeur. Sa présence de *taches noirâtres* ou *grisâtres*, mouchetant la masse, accentueront le diagnostic de sarcome.

b. Quand, par suite de lésions *irido-cristalliniennes* ou *cornéennes*, l'examen ophtalmoscopique est impuissant à éclairer le fond de l'œil, on est obligé d'en venir ou à des *interventions exploratrices* ou à un mode d'éclairage qui ne passe pas par la pupille.

Si la pupille est obstruée (cataracte, occlusion iritique, leucome adhérent), il est, à notre avis, parfaitement justifié de pratiquer une large iridectomie, en haut ou plus souvent en bas, et même, s'il y a lieu, de procéder (après avoir, si le glaucome est très marqué, ramolli l'œil par une sclérotomie antérieure ou postérieure), à l'extraction de la cataracte. Toutes réserves étant faites, il n'y a pas de doute que ces opérations permettant de pratiquer une large brèche *exploratrice*, ne soient absolument autorisées, en face d'une question de vie ou de mort.

On s'abstiendra, au contraire, dans la grande majorité des cas, d'une ponction au couteau de Graefe. Si elle donne un liquide séreux, elle ne prouve rien, car un petit néoplasme peut coexister avec un vaste décollement contenant ce liquide. Si elle donne du sang, elle ne prouve pas grand'chose non plus, et l'hémorragie ne démontre pas d'une façon certaine qu'il y ait un néoplasme. Si les opérations préparatoires n'ont rien démontré, et si le malade refuse encore l'énucléation, on peut faire cette ponction, mais elle est en général inutile ou dangereuse, et est ordinairement à peu près impossible à interpréter.

On a alors tâché d'éclairer l'intérieur de l'œil par la sclérotique. O. Lange (1) proposait déjà de se servir d'une forte lentille et de faire converger sur la sclérotique un faisceau de rayons lumineux destinés à traverser la sclérotique et le décollement, éclairant la pupille, s'il n'y a pas de tumeur, la laissant obscure, si une tumeur existe et ne se laisse pas traverser par les rayons lumineux. Von Reuss, Chibret, et surtout Rochon-Duvigneaud, utilisant le principe d'éclairage par transparence usité par les rhinologistes pour l'éclairage des sinus, ont appliqué directement sur la sclérotique une petite lampe électrique. L'œil cocaïnisé la supporte parfaitement et la pupille s'éclaire, même s'il existe une cataracte.

Quelles que soient les espérances qu'avait fait naître l'apparition de

(1) O. LANGE, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1884.

ce nouveau et si intéressant procédé d'exploration, il faut reconnaître qu'il expose, lui aussi, à des erreurs. Dans un cas publié par M. Panas (*Arch. d'opht.*, 1896), j'ai appliqué l'éclairage par transparence et remarqué que la pupille, parfaitement éclairable, en faisant agir la lumière en haut, en bas, en dehors, restait invariablement obscure, si on plaçait la lampe en dedans. Une cataracte rendant l'examen ophtalmoscopique impossible, et une ponction sclérale ayant donné du sang, il semblait logique de conclure, en présence de l'hyper-tonie, à un volumineux sarcome ciliaire interne, interdisant l'éclairage de ce côté. L'énucléation démontra seulement un très petit sarcome de la région maculaire, ayant donné une énorme propagation orbitaire. La région scléroticale inéclairable, examinée histologiquement par Sourdille, montra un mince épanchement de sang localisé en dedans, entre la sclérotique et la choroïde, et ayant suffi à neutraliser l'éclairage en ce point.

Ce cas prouve qu'il y a encore des restrictions à faire sur la valeur de l'éclairage par transparence appliqué aux tumeurs et il est urgent de préciser les variations *individuelles* de l'éclairage sur les yeux normaux et pathologiques pour qu'on sache à quoi s'en tenir. Ce procédé ingénieux doit cependant être *régulièrement* appliqué et donnera de fortes présomptions pour la tumeur, si la pupille reste *en tous sens* inéclairable. Si l'inéclairabilité n'est que partielle, le doute est permis.

L'absence de signes inflammatoires est la règle dans les néoplasmes, mais il faut se rappeler que dans quelques cas (nous l'avons nettement observé dans deux cas en particulier), il survient une *irido-cyclite*, à très violente réaction.

On se rappellera aussi la possibilité de néoplasies se développant dans des yeux et des *moignons* atrophiés.

c. Si une ou plusieurs masses néoformées sont visibles dans l'intérieur de l'œil, il s'agit maintenant de déterminer quelle est leur nature probable.

Mais, avant d'entrer dans le détail du diagnostic différentiel, il faut éliminer, *chez les enfants*, les décollements complets de la rétine, avec disparition totale du corps vitré rétracté, et cristallin resté transparent (*pseudo-gliomes*).

Dans un cas où l'œil énucléé nous avait été transmis pour des coupes, la rétine était en totalité décollée et rétractée derrière le cristallin transparent. Un abondant liquide sous-rétinien existait et aucune hypotonie n'avait été constatée. Un *double réseau vasculaire* existait également, celui de la rétine et un autre situé dans des restes de corps vitré organisé : il n'y avait aucune synéchie. On peut donc retrouver *tous* les signes du gliome dans de tels cas. La ponction donnerait ici un liquide séreux, mais l'atrophie de l'œil la suivrait rapidement. On essaiera d'abord l'éclairage par transparence, après

iridectomie, s'il y a des synéchies par trop gênantes; puis, s'il n'y a ni hypertonie croissante, ni antécédents familiaux, ni aucun signe positif de gliome, on en sera réduit, ou à l'expectation armée en surveillant le malade, ou à l'énucléation, au risque d'enlever un œil sans néoplasme, et l'on sait les suites fâcheuses pour le développement de l'orbite et de la face qu'entraîne l'énucléation chez les enfants. On n'opérera qu'après avoir pratiqué l'examen complet du malade par tous les moyens possibles, et après s'être entouré de toutes les garanties.

Les mouvements et plus tard la vive réaction inflammatoire aideront à reconnaître le cysticerque.

Du côté de la papille, un examen soigneux éliminera les verrucosités du nerf optique. Rappelons à ce propos que les sarcomes juxta-papillaires coiffent souvent la papille et simulent une tumeur papillaire que seul l'examen histologique pourra différencier. Étant donnée l'extrême rareté des néoformations saillantes de la papille (tuberculose), et l'absence générale de la propagation à la papille des tumeurs mêmes du nerf optique, on sera donc peu autorisé à porter le diagnostic ophtalmoscopique de *tumeur papillaire*.

Certains corps étrangers *enkystés* [Haab (1), Fromaget] pourraient tromper, si on n'était prévenu de l'existence antérieure du traumatisme pénétrant.

La tuberculose miliaire ne fait guère penser au sarcome: les gliomes au début devront être tenus en observation pour ne point être confondus avec elle; on a même proposé la tuberculine dans ce cas. (Pflüger.)

La *tuberculose conglomérée* ressemble au contraire beaucoup plus à un néoplasme. D'après Horner et Haab qui en donne un dessin typique dans son *Atlas* (2), outre les antécédents, l'âge et les concomitants, un degré manifeste de choroïdite, un semis jaunâtre dans le voisinage, une papillite, coexisteraient fréquemment avec la tuberculose massive de la choroïde.

La *gomme ciliaire*, a pour elle, quand elle est *précoce*, une violente réaction iritique avec hypotonie et signes manifestes de syphilis. Quand elle est *tarde*, nous concluons volontiers avec Nitot:

1° Toute tumeur du corps ciliaire chez un sujet manifestement syphilitique doit être d'abord considérée comme une gomme du corps ciliaire;

2° Toute tumeur du corps ciliaire chez un sujet exempt de syphilis acquise ou héréditaire est probablement un mélanosarcome ciliaire ou une affection tuberculeuse.

La *dégénérescence kystique* de la rétine (Panas, Darier), pouvant atteindre les deux yeux, a pu entraîner l'énucléation: dans ce cas plus que rare, on sera très circonspect et on n'énucléera que si des

(1) Voir HAAB, Atlas-Manuel d'ophtalmoscopie, pl. XLIV.

(2) HAAB, *Ibid.*, pl. LVIII.

signes positifs (hypertonie, etc.) viennent accentuer le diagnostic de tumeur.

Le *décollement choroïdien* se développe presque toujours à la suite d'irido-cyclites anciennes: dans les cas primitifs, on peut observer une proéminence arrondie s'élevant dans le corps vitré: cette proéminence, *lisse et roussâtre*, n'a pas la mobilité du décollement rétinien. On peut observer plus tard la phtisie du globe (de Graefe) avec *hypotonie* marquée: néanmoins, on comprend qu'une longue observation puisse seule permettre ce diagnostic délicat.

Une fois le diagnostic de néoplasie porté, on pensera au *gliome* chez les enfants avant dix ans, le sarcome étant excessivement rare à cet âge.

Les myomes, le sarcome *en nappe*, l'angiome choroïdien ne pourront guère être reconnus qu'à l'examen histologique. Une fois les sarcomes blancs et noirs éliminés, on pourrait penser à un *cancer métastatique* en face de la coexistence ou plus souvent de la constatation antérieure de cancers de la mamelle, du poumon, de l'estomac, d'ostéosarcomes. Presque toujours il s'agit d'une tumeur du segment postérieur de l'œil, avec décollement rétinien; fréquemment l'*hypotonie* a été observée: la lésion, plus fréquente à gauche, a été plusieurs fois bilatérale.

Traitement. — Le traitement des tumeurs de l'œil sera naturellement radical et aussi précoce que possible, après le traitement anti-syphilitique.

En présence d'une néoplasie irienne qui, par exclusion, a été considérée comme sarcomateuse, l'extirpation par large iridectomie ne serait permise que si la tumeur a un petit volume et une base d'implantation peu large. Si le néoplasme faisait des progrès, l'énucléation s'impose.

Pour toutes les autres tumeurs, perforantes ou non perforantes, l'énucléation est, bien entendu, la seule ressource.

Dans quelques cas douteux, que les moyens mis en œuvre n'auront pas pu éclaircir, il vaudra mieux, pour peu que la situation s'aggrave, par les progrès du glaucome par exemple, pratiquer l'énucléation de ces yeux perdus d'avance: mais on sera relativement plus réservé chez les enfants que chez les adultes.

L'énucléation sera pratiquée, en sacrifiant tout lambeau de conjonctive suspecte et en sectionnant le nerf optique le plus loin possible. On transformera immédiatement l'opération en *exentération totale du contenu* de l'orbite, s'il y a déjà quelques nodules de néoplasme dans les parties molles orbitaires, ou si le nerf optique, au point sectionné, est manifestement envahi par le sarcome ou le gliome.

Le sarcome mélanique donnerait 6 p. 100 de guérisons après opération précoce (Fuchs). Le leuco-sarcome guérirait, toutes réserves