

entrevue au point de vue étiologique par Velpeau, a été rattachée dès 1857, par Hutchinson, à la syphilis héréditaire. Avec l'altération des dents qui sont crénelées, irrégulières, et avec les troubles de l'ouïe, la kératite interstitielle constitue la triade hérédo-syphilitique. Les auteurs s'accordent à admettre dans ce cas la syphilis héréditaire deux fois sur trois. Panas, Perrin et quelques ophtalmologistes nient toutefois sa spécificité. Panas la considère surtout comme une affection hérédo-cachectique.

On a cité quelques cas de *cataractes* dans l'hérédo-syphilis.

L'*iritis* est exceptionnelle mais non douteuse (Hutchinson) dans les premiers mois après la naissance.

Les *choroïdites*, *rétinites* et *névrites* ont été observées, mais très rarement. Galezowski rattache la rétinite pigmentaire plus souvent à la syphilis qu'à la consanguinité. Il lui rapporte aussi volontiers les malformations de l'orbite, des paupières, des voies lacrymales, des membranes profondes, la paralysie des nerfs ou des centres moteurs, enfin certaines anomalies comme l'astigmatisme.

L'hérédo-syphilis oculaire présente une réelle gravité au début de la vie, soit pour la vision, soit comme signification générale; plus tard, dans la seconde enfance et l'adolescence surtout, ses manifestations sont moins redoutables.

Les lésions syphilitiques héréditaires sont assez caractéristiques (kératite interstitielle); cependant, en dehors des jeunes sujets, on doit toujours se préoccuper d'une infection récente. Les attributs généraux de l'hérédo-syphilis seront alors très importants pour le diagnostic.

Le *traitement* des affections syphilitiques de l'œil est différent suivant leur période, leurs caractères, leur siège. On employait autrefois le mercure par la voie dermique ou gastrique; dans ces derniers temps, la thérapeutique hydragyrique est devenue à la fois locale et générale. On a de la tendance à recourir aux injections mercurielles sous-conjonctivales et sous-cutanées. Au point de vue général, les sels solubles sont préférables; le sublimé, le peptonate,

l'oxycyanure et le cyanure, maniés prudemment, n'offrent aucun inconvénient sérieux. Toutefois, on ne peut dénier que dans certains cas rebelles l'injection sous-cutanée de calomel, insoluble, ne soit d'un effet persistant. Abadie vient même de préconiser chaudement, dans les cas graves, les injections intraveineuses de bichlorure ou d'oxycyanure de mercure, et nous les avons employées depuis sans aucun inconvénient.

Il faut, en outre, prescrire l'administration énergique de l'iodure de potassium dans la période tertiaire. On a contesté à tort son efficacité. Pour Chibret, l'action est insignifiante contre les lésions spécifiques, et, avec Nelsens, il estime qu'il sert seulement à éliminer le mercure et à atténuer son action; il lui reconnaît cependant de bons effets sur la cornée et la choroïde. Pour Abadie, l'iodure est nuisible dans la chorio-rétinite spécifique. Galezowski insiste toujours sur le mercure en frictions cutanées de 2 grammes prolongées régulièrement pendant deux ans.

VIII. — Tumeurs et ulcérations.

Tumeurs. — Ce sont les tumeurs de l'œil et des annexes. On peut les diviser cliniquement en bénignes et malignes.

§ 243. **Tumeurs bénignes.** — Elles sont franchement ou relativement bénignes. Quelques-unes guérissent aisément et ne déterminent que des lésions minimes comme les granulations, les gommès, les lipomes, les kystes; d'autres entraînent des désordres assez graves ou récidivent volontiers comme le tubercule. Toutes cependant restent en dehors de la classe des tumeurs progressives, envahissantes, récidivantes et métastatiques, des cancers.

Nous indiquerons ici les lésions suivantes : chalazions, gommès, tubercules, lipomes, ostéomes, kystes et encéphalocèles, dermoïdes, angiomes, pinguecula.

Les abcès, les orgelets, les ptérygions, les chancres son

des affections qui ne peuvent entrer dans la classe des tumeurs proprement dites et que nous étudierons plus tard.

Chalazions. — Ce sont de petites tumeurs fréquentes, consécutives à l'inflammation des glandes de Meibomius et qui siègent sur le bord ou dans l'épaisseur des paupières. Leur nombre et leurs dimensions varient beaucoup. On les observe chez les sujets strumeux, lymphatiques et arthritiques, à la suite des conjonctivites et des blépharites. Ils déterminent de la gêne et entretiennent une certaine irritation ambiante. Ils font saillie du côté de la muqueuse, de la peau ou du bord marginal. On les reconnaît à la vue et au toucher. Ils restent parfois tout petits, mais le plus souvent ils se développent par poussées ou, ayant acquis un certain volume, demeurent stationnaires; quelques-uns aboutissent à l'ouverture spontanée ou à la suppuration et guérissent par retrait cicatriciel.

Ils sont constitués par un amas de petites cellules analogues à celles des gommages, des granulations; on y trouve aussi des débris des glandes meibomiennes. On doit d'ordinaire en pratiquer l'ablation ou le curettage.

Gommages syphilitiques. — On les rencontre aux paupières, sur l'épiscière, la cornée (Denarié), l'iris et le corps ciliaire. Elles sont fréquentes sur l'iris, autour de la pupille, exceptionnelles sur la cornée et la conjonctive, plus ordinaires quoique rares sur les paupières et les sourcils. Elles apparaissent à la période secondaire ou tertiaire sur l'iris et à la période tertiaire partout ailleurs.

Les gommages palpébrales présentent des dimensions parfois assez considérables, une consistance d'abcès froid, une régression lente. Les gommages sclérolaires et cornéennes s'ulcèrent et prennent l'aspect cratériforme.

Les gommages iriennes ou ciliaires ressemblent à de petits sarcomes arrondis, grisâtres; autour de la pupille, ce sont de petites saillies rougeâtres, multiples, à évolution relativement rapide.

Les gommages sont constituées par une agglomération de

petites cellules, de noyaux et de substance grenue sans enveloppe; les vaisseaux y sont rares et subissent la dégénérescence hyaline. Le centre se ramollit et aboutit à l'ulcération ou à la régression sous l'influence d'un traitement spécifique énergique et hâtif.

Tubercules. — On les observe sous forme d'élevures plates, un peu grisâtres sur la conjonctive et d'ulcérations à bords blanchâtres sur la cornée. Leurs caractères cliniques n'ont rien de caractéristique. L'iris, le corps ciliaire, la choroïde paraissent surtout infectés. Les tubercules iriens sont analogues aux gommages, aux sarcomes, grisâtres, volumineux, mais entourés de petits points jaunâtres ou rougeâtres. Les tubercules ciliaires envahissent volontiers l'iris. Enfin les tubercules choroïdiens sont papuleux, jaunâtres ou jaune rougeâtre.

Les tubercules sont constitués par des follicules ordinaires avec leurs cellules géantes et leur collerette épithélioïde; on y trouve ordinairement le bacille de Koch.

La marche lente des ulcères, l'état général des sujets, des manifestations tuberculeuses extra-oculaires et surtout la présence du bacille de Koch ou les résultats positifs de l'inoculation permettent un diagnostic certain.

Le pronostic est grave, sauf pour la conjonctive, la cornée et même l'iris, où une guérison médicale ou chirurgicale est toujours possible. Le raclage, l'iridectomie sont alors indiqués. Pour le corps ciliaire et la sclérotique, l'énucléation s'impose, à moins que l'état ne soit devenu trop mauvais pour une telle intervention.

Lipomes. — Ils existent parfois sur les paupières, dans l'orbite, sous la conjonctive. Les lipomes palpébraux et orbitaires sont très rares et de consistance molle, lobulée. Les lipomes sous-conjonctivaux s'observent généralement en dehors ou en haut, dans l'espace compris entre le droit externe et le droit supérieur. Ils sont du volume d'un haricot, mobiles, pseudo-fluctuants. Leur origine paraît congénitale. L'ablation n'est indiquée que par le désir des malades ou la gêne palpébro-

oculaire. On les extrait facilement et on les trouve souvent confondus avec la graisse orbitaire. Ce sont des lipomes purs, à cellules graisseuses, ou des fibro-lipomes à cellules graisseuses et fibres conjonctives nombreuses.

Mitvalsky vient de publier un cas de *myxome polypeux* de la cornée.

Ostéomes. — Ce sont des ossifications irrégulières que l'on rencontre dans les vieux moignons, sur l'iris, le corps ciliaire. On en a signalé dans la conjonctive, mais il s'agit là de simples curiosités anatomiques. Il n'en est pas ainsi des *exostoses* qui s'observent sur la paroi orbitaire supérieure ou interne, vers le sinus frontal et d'un seul côté. L'ostéophyte s'accompagne souvent d'hyperostose. Il peut être pédiculé ou libre. Les exostoses sont parfois volumineuses et pénètrent jusque dans la boîte crânienne (Berlin). Les adhérences sont généralement faibles mais exceptionnellement très grandes (Panas).

L'extirpation est grave et la mort par méningite assez fréquente. Les causes de ces tumeurs sont mal connues et encore discutées. Leur structure est celle du tissu osseux éburné.

Kystes. — Ils sont très variables dans leur siège, leurs dimensions, leur aspect et leur structure.

L'*orbite* présente des kystes séro-hématiques, séreux, dermoïdes, hydatiques. Les kystes *séro-hématiques* sont rares. Les kystes *séreux* sont plus fréquents. Ils siègent sous la paupière inférieure, en bas et en dedans, sont congénitaux et coïncident avec l'anophtalmie ou la microphthalmie. Leur contenu est séreux et la poche offre une structure épithéliale. Il s'agit probablement d'une inclusion fœtale muqueuse ou dermique pendant l'évolution du globe. La ponction suffit rarement à la guérison. L'ablation après dissection profonde est justement préférée. Les *kystes dermoïdes* sont surtout internes et du volume d'une noisette. La poche est tapissée d'épithélium dermique et présente des poils, des glandes sébacées ou sudoripares. Le contenu est graisseux, huileux, sébacé. Il s'agit d'inclusion ectodermique au niveau de la fente branchiale naso-lacrymale. Les *kystes hydatiques* sont rares et présentent

une paroi avec des vésicules fines et un liquide clair, riche en chlorures et pauvre en albumine.

La *queue du sourcil* est le siège de *kystes dermoïdes* congénitaux d'aspect cutané, du volume d'un pois, d'un haricot, d'une noix. Ces kystes sont rénitents et adhèrent par un prolongement à l'os sous-jacent. Le contenu est graisseux ou huileux; il renferme souvent des poils. La paroi est dermique, à épithélium stratifié, avec glandes sébacées et glandes sudoripares. L'ablation avec dissection et raclage du pédicule est seule efficace.

Les *paupières* portent souvent de petits kystes transparents sur le bord ciliaire, du volume d'une tête d'épingle, provenant probablement des glandes de Moll (Poncet).

La *conjonctive* est le siège de kystes *séreux* simples ou *hydatiques*.

Au niveau du *limbe scléro-cornéen*, on a signalé des *kystes séreux congénitaux*.

L'*iris* présente des kystes séreux et des kystes perlés, dermoïdes. Les *dermoïdes* sont exceptionnels; les *séreux* résultent peut-être d'une accumulation d'humeur aqueuse dans une invagination irienne (De Wecker); les *perlés* proviendraient de traumatisme et de greffes épithéliales sur l'iris (Masse). L'expectation ou l'ablation du kyste par iridectomie sont habituellement indiquées.

L'*encéphalocèle* siège presque toujours en haut ou en dedans de l'orbite. L'orifice de communication a pu correspondre à la voûte orbitaire, à la fente sphénoïdale, au trou optique; mais d'ordinaire la hernie méningée ou méningo-encéphalique se fait entre le frontal et l'ethmoïde. La tumeur est fixe, fluctuante, réductible, à moins d'oblitération du conduit de communication. On la distingue aussi du dermoïde; une ponction peut d'ailleurs être nécessaire. L'expectation est généralement conseillée.

Dermoïdes. — En dehors des tumeurs kystiques, de la queue du sourcil, de l'angle interne, de l'iris, on observe des tumeurs dermoïdes de la conjonctive au niveau du *limbe*

scléro-cornéen. Le dermoïde siège d'habitude à la partie externe. Il est d'aspect grisâtre, du volume d'une lentille ou d'une fève. Sa structure est franchement cutanée avec glandes sébacées, sudoripares, poils. Il se développe surtout vers la puberté.

L'ignipuncture et l'ablation constituent le traitement habituel.

Angiomes. — Ils siègent dans l'orbite, sur les paupières, la conjonctive, l'iris, la choroïde. Ce sont ordinairement des *nævi muqueux* ou *cutanés* qui sont congénitaux, se gonflent durant les cris, les efforts. Ils sont constitués par des capillaires dilatés et anastomosés. Capables de guérir spontanément, ils se développent d'ordinaire avec les années.

Les *nævi iriens* sont exceptionnels et ceux de la choroïde correspondent fréquemment aux *angio-sarcomes*.

Pinguecula. — C'est une petite élevation jaunâtre située dans le diamètre horizontal du globe sur la conjonctive qui confine au limbe scléro-cornéen, surtout en dedans. On la rencontre chez le vieillard. Il s'agit, d'après Fuchs, de dégénérescence hyaline des fibres conjonctivales de la conjonctive, de l'épiscèle et des couches superficielles de la sclérotique. C'est une production dystrophique sénile qui n'entraîne aucun inconvénient, si ce n'est de prédisposer au ptérygion, et qu'on doit ordinairement respecter.

§ 244. **Tumeurs malignes**. — Ces tumeurs constituent dans leur ensemble le *cancer de l'œil*. Celui-ci est très fréquent. Après la mamelle, l'utérus et le testicule, l'appareil oculaire est le plus souvent affecté. J. Tanchon donne la proportion relative de 1 sur 400. A la clinique de Montpellier nous trouvons un cancer oculaire sur 250 malades. Le cancer siège sur les annexes, sur l'œil même ou dans son intérieur.

On considérait autrefois seulement les formes cliniques squirreuses, encéphaloïdes et mélaniques. Les recherches de Knapp, Hirschberg, Poncet, Panas, Fuchs, Lagrange permettent d'établir des formes histologiques plus nombreuses : l'épithélioma, le carcinome, le sarcome, le lym-

phome, le gliome ou les diverses combinaisons : fibro-sarcome, glio-sarcome, lympho-sarcome, etc. Nous les étudierons successivement.

Épithélioma. — Il s'observe particulièrement sur les glandes lacrymales, la conjonctive, la caroncule et surtout les paupières.

Les épithéliomas *lacrymaux* et *caronculaires* sont des adéno-épithéliomas et d'ailleurs très rares. Les épithéliomas de la *conjonctive* siègent de préférence sur la muqueuse bulbaire et le limbe scléro-cornéen externe. La structure habituelle est franchement épithéliale; dans les formes à marche rapide, on y observe des cellules embryonnaires. Des coccidies s'y rencontrent également. Enfin il existe parfois du pigment.

Ces tumeurs sont végétantes, papilleuses, et peuvent recouvrir complètement le globe oculaire sans l'altérer. Quand elles siègent vers le limbe scléro-cornéen, ces tumeurs deviennent mûriformes, petites, plates et se développent plus lentement. Elles marchent longtemps en surface, rarement en profondeur. Si elles pénètrent dans l'œil, c'est par la zone scléro-cornéenne (Lagrange). L'envahissement de l'iris et du corps ciliaire est généralement tardif.

Il est facile de distinguer les épithéliomas conjonctivaux ou épibulbaires des mélano-sarcomes, à l'aspect et à la structure, et des dermoïdes à la surface cutanée et pilifère. L'ablation rapide et la cautérisation ignée du point d'implantation sont indiquées. On doit cautériser s'il se fait des récidives et n'enlever l'œil qu'à la dernière extrémité.

L'épithélioma *palpébral*, ou *cancroïde*, débute par le bord marginal, le plus souvent vers l'angle interne; il peut toutefois affecter primitivement la conjonctive et même les glandes conjonctivo-palpébrales. On trouve des cellules épithéliales ramifiées, tassées en flots et entourées d'éléments conjonctifs; il affecte le type plat, phagédénique, végétant ou papillomateux.

Dans tous les cas, les bords sont durs, le fond est irrégulier.

lier, sec ou sanieux, la marche progressive. L'épithélioma muqueux et glandulaire est envahissant. La propagation se fait en surface et en profondeur, et d'autant plus vite que les parties muqueuses sont plus touchées; au niveau de l'angle interne, les voies lacrymales sont rapidement atteintes. Le retentissement ganglionnaire est nul ou tardif. La généralisation résulte de l'envahissement des vaisseaux sanguins et lymphatiques par des cellules épithéliales. La marche du cancroïde est généralement lente et sa durée longue, surtout chez les vieillards. Elle est toutefois fatale, quoique à échéance parfois tardive il est vrai, à moins d'intervention précoce et large.

Le traitement médical par le chlorate de potasse (Perrin), le bleu de méthyle (Darier), est très utile quand le cancroïde est superficiel. Le traitement chirurgical, dans toute autre condition, est le seul curatif. Les caustiques ayant une action trop incertaine, l'ablation totale est préférable. Il est bon, vers l'angle interne, de poursuivre les dernières traînées épithéliomateuses au thermo-cautère du côté lacrymal. Il faut enfin pratiquer l'énucléation de l'œil dès qu'il est atteint un peu profondément. L'autoplastie palpébrale immédiate ou consécutive est indiquée.

Sourdille a décrit l'épithélioma primitif des glandes de Meibomius. L'aspect est celui du chalazion, mais plus dur, à marche lente; on l'observe surtout chez le vieillard. L'ablation rapide et large est généralement nécessaire.

Sarcome. — Le sarcome se rencontre dans toutes les parties de l'œil : paupières, conjonctive, cornée, iris, choroïde, rétine, nerf optique et orbite. Il est plus fréquent sur le tractus uvéal, la choroïde en particulier, et dans l'orbite.

Les sarcomes sont blancs ou mélaniques, ces derniers de beaucoup les plus fréquents. Les leuco-sarcomes présentent des cellules rondes, en fuseau, grandes, qui ont fait établir les formes globo-cellulaires, fuso-cellulaires et giganto-cellulaires. Les vaisseaux, les éléments conjonctifs sont aussi variables et modifient considérablement l'aspect, la consistance, la structure générale de ces tumeurs. Des élé-

ments myxomateux ou gliomateux s'y adjoignent en certaines régions. L'âge, la structure, le siège impriment des caractères différents à ces néoplasmes et modifient leur gravité. La récurrence et la généralisation sont à redouter, surtout dans les formes mélaniques ou très embryonnaires.

Le *tractus uvéal* est inégalement affecté dans ses diverses parties. Fuchs, sur 250 sarcomes, en trouve 217 choroïdiens, 22 ciliaires, 11 iriens.

Le *sarcome de la choroïde* est assez rare. Nous le notons à Montpellier 1 fois sur 2000 malades, presque toujours chez l'adulte. Les leuco-sarcomes sont plus rares encore que les mélano-sarcomes; ils siègent surtout en avant. Le début a lieu dans la chorio-capillaire. Le développement est plus ou moins rapide. La tumeur soulève la rétine, produit du glaucome, de la panophtalmie et se propage à travers la sclérotique le long des vaisseaux et des nerfs.

Au début, la tumeur se reconnaît à l'ophtalmoscope à son aspect arrondi et surtout à un fin réseau néovasculaire que l'on distingue des vaisseaux rétinien. L'âge des malades, les antécédents, à défaut des caractères propres, les différencieront des gommages ou des tubercules. Le microscope seul établira la variété pigmentaire de ces néoplasies. L'énucléation précoce est toujours indiquée.

Les *sarcomes du corps ciliaire* sont encore plus rares. On les reconnaît moins rapidement que ceux de la choroïde, car ils restent masqués par l'iris. Cependant, ils poussent en avant, cette membrane et on peut les observer, après large dilatation de l'iris, au moyen de la loupe et d'un prisme. Ils offrent les caractères des sarcomes choroïdiens. L'énucléation hâtive est encore de rigueur.

Les *sarcomes de l'iris* sont presque toujours consécutifs aux précédents. Primitifs, ils constituent de petites saillies brunâtres à évolution assez rapide. La forme est surtout pigmentaire. Le diagnostic avec les tubercules, les gommages, est parfois difficile; cependant le sarcome est plus foncé et d'aspect régulier.

L'ablation doit être immédiate et complète. L'iridectomie peut exceptionnellement suffire; mais l'énucléation est généralement nécessaire.

Le *sarcome de l'orbite* est relativement fréquent. Blanc ou mélanique, à cellules rondes, fusiformes ou gigantesques, à stroma fibreux, envahi par des éléments vasculaires, cartilagineux, osseux, calcaires, à dégénérescence graisseuse ou colloïde, ses caractères anatomiques sont très variables. On rencontre le sarcome fibro-cellulaire à côté du globo-cellulaire, sur des enfants comme sur des adultes. Les jeunes sujets présentent généralement des formes très embryonnaires et ce genre de tumeurs marche chez eux avec plus de rapidité.

Carcinome. — Il est exceptionnel.

Lymphome. — A structure adénoïde, il occupe l'orbite et provient, par propagation, des fosses nasales.

Gliome. — C'est une tumeur fibro-celluleuse molle que l'on rencontre exclusivement chez l'enfant. Elle débute dans les courbes externes de la rétine et se développe rapidement. La tumeur grandit et envahit le nerf optique ou le vitré, les deux souvent. Elle est au début blanchâtre, irrégulière, comme cotonneuse; elle prend dans la suite des reflets blanc jaunâtre chatoyants qui rappellent les reflets brillants de l'œil du chat vu dans certaines conditions. Il apparaît de bonne heure de l'irido-choroïdite et plus tard du glaucome. Enfin la tumeur, se développant, envahit tout l'œil, le perce fait saillie au dehors et prend un aspect fongueux. Il y a aussi envahissement du nerf optique, de l'orbite et des cavités faciales ou cérébrales. La mort est alors à peu près fatale, car le diagnostic précoce est relativement rare et les parents hésitent trop longtemps devant une intervention radicale.

Le diagnostic, au début, se basera sur l'existence d'une masse blanchâtre ou blanc jaunâtre qui rappelle certaines choroïdites, mais les enfants ne se plaignant pas, on est rarement consulté à ce moment. Plus tard, la pupille est dilatée et on note des reflets brillants jaunâtres. A ce moment, on ne peut

confondre le gliome qu'avec une choroïdite ou une hyalite purulente, car les décollements rétiens sont très exceptionnels; enfin la dureté de l'œil vient lever tous les doutes. A la période de perforation ou de généralisation, l'âge du sujet et l'ensemble symptomatique laissent peu d'hésitation.

La guérison est possible, mais seulement par une intervention hâtive. Nous avons obtenu un résultat complet et durable dans un cas de glio-sarcome.

L'énucléation avec résection optique au début; l'évidement orbitaire, plus tard, et les palliatifs, en dernier lieu, constituent tout le traitement.

Propagation et métastase cancéreuses. — Les tumeurs malignes de l'œil peuvent se propager d'abord aux parties voisines puis, par métastase, envahir les autres points de l'économie. Le foie, le poumon, le cerveau, les reins, la rate, la colonne vertébrale ont été atteints secondairement par les carcinomes ou les sarcomes. Inversement, les tumeurs périoculaires ou éloignées peuvent se propager à l'œil, comme le lymphome rhino-pharyngien, ou l'atteindre par métastase.

L'orbite a été envahie à la suite de sarcomes du sein, du testicule, de la peau. Le carcinome de la parotide, de la glande mammaire, de l'estomac, du foie, de la peau s'est développé dans le tractus uvéal. Dans 17 cas de cancer choroïdien, Bouquet constate la lésion initiale dans l'estomac, le poumon et surtout le sein. On trouve de petits nodules plats gris jaunâtre au fond de l'œil qu'il faut distinguer des tubercules, des sarcomes et des gliomes.

Les manifestations métastatiques sur le tractus uvéal ont apparu de quelques semaines à deux ans après l'extirpation de la tumeur initiale. Nous avons observé un cas de sarcome orbitaire où la colonne vertébrale paraît avoir été envahie peu après l'énucléation.

La propagation vasculaire est rare; elle est plus fréquente par les lymphatiques. L'embolie serait exceptionnelle à cause de l'angle droit que fait l'ophtalmique en quittant la carotide (Knapp). Dans un cancer choroïdien, il y a lieu de songer à la

métastase, car si la lésion est secondaire, il est généralement superflu d'opérer.

§ 245. — **Ulcérations.** Elles sont souvent primitives ou consécutives à des tumeurs diverses; les *éruptions*, les plaies, les brûlures cutanées ou muqueuses les produisent quelquefois; les *inflammations septiques* de la cornée ou de la conjonctive en sont la cause habituelle.

Dans la *syphilis* palpébrale ou conjonctivale, les plaques muqueuses sont rares et s'accompagnent d'adénites spécifiques; les gommés ulcérées sont exceptionnelles.

La *tuberculose* ulcérate peut attaquer les paupières, la conjonctive, la sclérotique et la cornée. L'ulcère est jaune rougeâtre, et il présente les caractères biologiques habituels (bacille de Koch et inoculation positive).

L'*épithélioma* ulcéré est plus fréquent sur la conjonctive et surtout vers le bord marginal et l'angle interne. Il est à bord dur, noueux, à marche lente chez le vieillard.

Les *sarcomes* et *gliomes* ne s'ulcèrent qu'à la période de perforation; ils sont saignants, fongueux, ganglionnaires, à marche rapide et conduisent à la cachexie.

Le diagnostic de ces ulcérations est généralement facile par les caractères locaux et généraux. Le pronostic reste variable. Le traitement est médical pour les ulcères bénins ou spécifiques, et chirurgical pour les lésions cancéreuses.

IX. — Anomalies et maladies congénitales de l'œil.

L'œil, comme tous les organes de l'économie, peut présenter, sous des influences diverses, syphilitiques ou traumatiques très discutées et souvent ignorées, des modifications congénitales qui constituent des anomalies anatomiques ou morbides.

Il existe des anomalies de forme, de siège, de rapport et de constitution entraînant d'ordinaire l'abolition, la limitation ou la déviation de la fonction oculaire. Il s'agit alors d'arrêt de développement ou de maladies intra-utérines.

Nous examinerons successivement les anomalies et les maladies congénitales de l'œil en nous inspirant particulièrement de la thèse considérable de Picqué et des faits publiés ultérieurement.

§ 246. **Anomalies du globe.** *Anophtalmie.* — C'est l'absence complète de l'œil et de ses annexes. L'anophtalmie paraît exceptionnelle. La plupart des faits publiés ne sont nullement démonstratifs. Il s'agit le plus souvent de *cryptophtalmie* (Zehender, Arlt, Picqué, Van Duyse, Gillet de Grandmont), compliquée ou non de kyste séreux. On y trouve d'ailleurs quelques rudiments ou des vestiges oculaires.

On a cru parfois que l'anophtalmie était causée par l'absence de la vésicule optique, mais on a presque toujours constaté ses débris; on suppose plutôt un arrêt de développement, une atrophie par production kystique ou une destruction inflammatoire intra-utérine.

Microphthalmie. — Elle n'est pas très rare et, depuis le volume d'une lentille jusqu'à l'état normal, on observe tous les intermédiaires. Tantôt ce sont simplement des yeux réduits, en miniature, et tantôt des globes dans lesquels les milieux, les espaces et les membranes sont profondément et inégalement altérés.

Les troubles fonctionnels sont plus ou moins en rapport avec le degré de microphthalmie.

La pathogénie est discutable. Il s'agirait d'un arrêt total ou partiel et colobomateux de l'œil ou bien d'une atrophie post-inflammatoire.

Cyclopie. — La cyclopie résulte du fusionnement des deux yeux vers la partie médiane; il y a aussi une seule orbite. L'œil cyclope peut offrir un certain degré d'atrophie par arrêt de développement ou par microphthalmie.

Les paupières sont plus ou moins bien formées et de grandeur variable. Elles peuvent être échanquées par une encoche plus ou moins profonde du bord libre, une sorte de bec-de-lièvre palpébral ou colobome. Enfin, la fente palpébrale peut être rétrécie en phimosis.