

## IV. — KYSTES A ENTOZOAIRE

Les kystes à entozoaires de la conjonctive sont rares, mais cependant assez communs pour mériter une étude attentive; ce sont presque toujours des cysticerques. La première observation en a été rapportée en 1838, par Baum<sup>1</sup> et Siebold, et depuis on a pu en compter dans la science 55 cas que nous n'analyserons pas tous, mais dont nous ferons connaître les principaux, c'est-à-dire les mieux observés.

Mackensie<sup>2</sup> en rapporte deux observations, l'une personnelle et l'autre empruntée à Estlin<sup>3</sup> et observée au Bristol Eye Dispensary; Sichel<sup>4</sup> fit une étude très attentive de la question et son travail mérite encore d'être lu; il y rapporte tous les cas connus en y ajoutant trois faits nouveaux. De 1844 à 1852, il eut l'occasion d'en observer deux autres cas.

Canton<sup>5</sup> publia en 1848 un autre fait de cysticerque sous-conjonctival.

En Allemagne, de Græfe<sup>6</sup> s'occupa beaucoup de cette question; il publia en 1866 une statistique de 80 cas de cysticerques oculaires observés à sa clinique; sur ces 80 cas, il existait cinq observations de cysticerque sous-conjonctival.

Vernon<sup>7</sup> en 1867, Wordsworth<sup>8</sup> en 1872 Poncet,<sup>9</sup> (du Val-de-Grâce) en 1874, apportaient des documents nouveaux; ce dernier auteur, dans une statistique de 54 observations, note 13 fois le cysticerque qui nous occupe.

Depuis, Hirschberg<sup>10</sup>, Werner<sup>11</sup>, Przybylski<sup>12</sup>, Makrocki<sup>13</sup>, Fieuzal<sup>14</sup>,

<sup>1</sup> BAUM. *Ammon's Monatschrift et Annales d'ocul.*, t. II, p. 69, 1838.

<sup>2</sup> MACKENSIE. *Traité des maladies de l'œil*, t. II, p. 862.

<sup>3</sup> ESTLIN. *Medical Times and Gazette*, nov. 1852, p. 455.

<sup>4</sup> SICHEL. Mémoire pratique sur le cysticerque de l'œil humain. *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1843.

<sup>5</sup> CANTON. *Annales d'oculistique*, t. XXXVI, p. 276.

<sup>6</sup> DE GRÆFE. *Arch. f. Ophth.*, XII, 2, p. 174.

<sup>7</sup> VERNON. *Ophth. Hospital Report*, V, VI, et *Annales d'ocul.*, 1872.

<sup>8</sup> WORDSWORTH. *Ophthalmic Hospit. Rep.*, VI, 4.

<sup>9</sup> PONCET. *Gazette méd. de Paris*, 1874, n° 10.

<sup>10</sup> HIRSCHBERG. *Central. f. Augenheilkunde*, juin 1879.

<sup>11</sup> WERNER. *Ophthalmic Society*, 13 juin 1889.

<sup>12</sup> PRZYBYLSKI. *Gaz. Lek. Warszawa*, 1880.

<sup>13</sup> MAKROCKI. *Klin. Monatsblätter*, août 1883.

<sup>14</sup> FIEUZAL. *Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts*, p. 178, 1886.

Duci<sup>1</sup>, Jani<sup>2</sup>, Rohmer<sup>3</sup> et beaucoup d'autres ont rapporté de nouvelles observations permettant d'écrire comme il suit l'histoire de cette affection.

**Étiologie.** — L'étiologie, qui ne doit pas nous arrêter longtemps, est évidemment celle de la *ladrerie* en général; et il est tout naturel que la ladrerie oculaire soit plus commune dans le pays où le ténia est fréquent: l'Allemagne du Nord tient, à ce point de vue, le premier rang.

Il est intéressant de rechercher la fréquence relative du cysticerque sous-conjonctival et du cysticerque des autres parties de l'appareil visuel.

Les deux statistiques de de Græfe et de Poncet nous renseignent à ce sujet.

Sur 8,000 malades, de Græfe constata 80 fois la présence du cysticerque dans l'œil et ses annexes. Ces cas étaient répartis de la façon suivante:

Chambre antérieure.....	3 fois.
Conjonctive.....	5 —
Système cristallinien.....	1 —
Orbite.....	1 —
Corps vitré.....	70 —
TOTAL.....	80 fois.

Poncet, en 1874, publia une autre statistique dans laquelle n'entraient pas les cas de de Græfe.

Paupières et sourcils.....	3 fois.
Conjonctive.....	13 —
Chambre antérieure.....	9 —
Corps vitré.....	19 —
Tissu cellulaire orbitaire.....	10 —
TOTAL.....	54 fois.

<sup>1</sup> DUCI. *Gazetta degli Ospitali*, n° 45, 1885.

<sup>2</sup> JANI. *Klin. Monatsblätter*, XXI, 1883, p. 329.

<sup>3</sup> ROHMER in HANUS. Thèse de Nancy, 1896.

En résumé, d'après de Graefe, le cysticerque se rencontrerait une fois sur 1,000 malades et, une fois sur 16, il se localiserait sous la conjonctive. D'après Poncet, la fréquence relative du cysticerque sous-conjonctival serait beaucoup plus considérable : une fois sur 4 environ (13 fois sur 54 malades).

Le dépouillement des observations montre que l'affection peut survenir à tous les âges, mais que les enfants et les jeunes gens sont plus fréquemment infectés que les adultes.

Le sexe et la profession n'ont pas d'influence, mais les habitudes d'hygiène et de propreté du malade en ont beaucoup; l'affection survient surtout chez les sujets appartenant à la classe pauvre ou ne prenant pas suffisamment soin de leur alimentation.

La pathogénie du cysticerque sous-conjonctival relève évidemment du même mode que celui du cysticerque en général, mais il faut y ajouter l'action spéciale du traumatisme qui doit jouer souvent le rôle de cause occasionnelle, secondaire, pour localiser le cysticerque dans l'œil. Le traumatisme détermine dans la région lésée de la congestion et de l'inflammation; les vaisseaux se dilatent, la circulation se ralentit et l'embryon hexacanthé profite de cette circonstance pour s'accrocher aux parois du vaisseau et les traverser.

Peut-être aussi, mais ce n'est là qu'une hypothèse, l'embryon hexacanthé, introduit comme une poussière dans le sac conjonctival, est-il débarrassé de sa coque par les larmes qui, neutres habituellement, peuvent devenir exceptionnellement acides. Il suffira alors d'une simple érosion à la surface de la muqueuse pour que le parasite pénètre dans les tissus.

**Anatomie pathologique.** — Le cysticerque sous-conjonctival, de forme hémisphérique plus ou moins ovalaire, a son siège d'élection à l'angle interne de l'œil, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, mais il y a d'assez nombreuses exceptions. La tumeur observée par Sgrosso<sup>1</sup> était placée dans l'angle externe de l'œil gauche; dans le cas de Meyer, la

<sup>1</sup> PASQUALE SGROSSO. *Annali di Ottalmologia*, 1892, p. 1.

tumeur était située au-dessous de la cornée; dans le fait de Rohmer, la tumeur était placée en haut, vers le cul-de-sac supérieur, et ne devenait apparente que lorsque l'enfant regardait en bas.

Le fait capital dans les rapports du cysticerque sous-conjonctival est l'adhérence au globe oculaire à l'aide d'un ou plusieurs trousseaux fibreux reliant la sclérotique à la coque fibreuse qui entoure le cysticerque.

Cette coque est due à l'épaississement du tissu sous-conjonctival sous l'influence de l'irritation occasionnée par le parasite. Mackrocki a fait l'examen histologique de cette enveloppe fibreuse : il constata une paroi de 1 millim. à 1 millim. et demi d'épaisseur se composant de deux couches, dont l'une était adhérente au cysticerque et l'autre constituée par le tissu sous-conjonctival.

La première couche est surtout formée de cellules embryonnaires, la seconde de cellules fusiformes; Fuchs y a décrit des cellules géantes que Mackrocki n'a pas retrouvées, mais qui sont signalées dans l'analyse histologique du fait de Gallemaert<sup>1</sup>. Ces cellules, qu'on trouve dans la paroi de beaucoup de kystes, n'ont d'ailleurs pas grande signification.

Parmi les examens histologiques qui nous ont éclairé sur la nature de la poche kystique, il faut encore citer ceux de Binet et Fieuzal, de Przibilsky, et surtout ceux de Jani, qui a écrit sur ce sujet un travail complet.

En somme, il est évident que le kyste sous conjonctival est formé par la prolifération du tissu conjonctif au milieu duquel le ver s'est fixé. D'ailleurs, en 1893, Sgrosso démontra expérimentalement ce fait. Il introduisit dans le tissu conjonctif rétro-oculaire d'un lapin un morceau de sureau aseptique; quelque temps après, l'animal fut mis à mort et on trouva autour de ce corps étranger une coque semblable à tous les points de vue à celle développée autour des parasites. Le cysticerque ne fabrique donc pas son enveloppe fibreuse; il agit simplement comme corps étranger en provoquant l'irritation du tissu ambiant. Ce qui prouve bien d'ailleurs que le tissu conjonctif est nécessaire à la formation de la coque, c'est qu'elle fait défaut dans le cas où le cysticerque évolue dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré.

<sup>1</sup> GALLEMAERT. Sur un cas de cysticerque sous-conjonctival. *Bulletin Acad. royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1897, p. 523-535.

Dans l'enveloppe fibreuse se trouve la vésicule qui contient le cysticerque; cette vésicule, ovoïde, est remplie d'un liquide emprunté à l'organisme et dans lequel Mourson et Schlagdenhaufen ont trouvé une proportion considérable d'albumine et de leucomaïne. Ce liquide est remarquable par ses propriétés vénéneuses: une injection dans la peau d'un animal, produit des phénomènes comparables à ceux que l'on observe à la suite de la piqûre de certains animaux; dans la cavité péritonéale d'un lapin, ce liquide amena la mort avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Au milieu de ce liquide, on trouva l'entozoaire avec ses caractères ordinaires qui n'ont pas besoin d'être rappelés ici.

**Symptomatologie.** — Le tableau clinique du cysticerque est assez uniforme, et pour le reproduire fidèlement, il n'y a qu'à prendre l'une des nombreuses observations publiées. Examinons, par exemple, celle de Walker<sup>1</sup>. Chez un enfant de 8 ans, on observe une tumeur ronde, dure, du volume d'un gros pois, située au-dessous de l'insertion du muscle droit externe; elle était mobile sur la sclérotique et légèrement transparente au sommet.

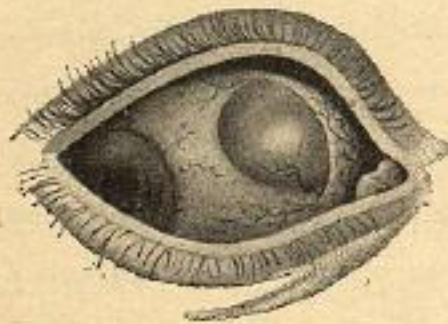


FIG. 16. — Cysticerque sous-conjonctival. (SICHEL.)

La conjonctive qui la recouvrait était rouge et adhérente. Après l'incision de cette conjonctive, le kyste sortit avec son enveloppe. Il renfermait un liquide clair et on distinguait nettement le scolex.

Voilà un fait typique. Étudions maintenant les détails de la symptomatologie. Le début est presque toujours insidieux; le diagnostic n'est fait, dans la majorité des cas, que quelques jours avant l'opération (Estlin, Hœring, Sichel, etc.). La marche est lente, les symptômes à peu près nuls, surtout lorsque le cysticerque occupe son siège de prédilection (angle interne); les cas où le malade a été le plus gêné sont ceux où la tumeur occupait les culs-de-sac supérieur ou inférieur. Dans le cas de Rohmer, il y avait du ptosis occasionné par la gêne que la tumeur exerçait sur les fonctions du releveur palpébral.

<sup>1</sup> WALKER. Cysticerque de la conjonctive. *Trans. Ophth. Soc.*, XVI, p. 47.

Dans la majorité des cas, un fait accidentel quelconque, un traumatisme léger, une conjonctivite appellent par hasard l'attention sur la région malade, et le kyste à entozoaire est alors aperçu avec les caractères bien connus que lui a magistralement attribués Sichel: « *Tumeur kystique, rose pâle, presque diaphane au centre, où l'on reconnaît dans la majorité des cas un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérant à la sclérotique par le centre de sa face postérieure.* »

Il arrive cependant que le point jaunâtre manque quelquefois à cause de l'épaisseur de la coque, ou parce que le point d'invagination du scolex, qui est la cause de cette tache jaune, n'est pas directement placé derrière la conjonctive; il arrive aussi que la couleur et la forme de la poche varient avec l'importance du tissu fibreux autour de la vésicule kystique.

La poche est plus souvent rénitente et tendue que fluctuante, à cause du degré de tension de son contenu liquide.

L'injection produite autour de la tumeur est un phénomène plus ou moins accusé; chez le malade de Rohmer, six à huit grosses veines tortueuses sillonnaient la conjonctive et allaient se perdre vers la base de la tumeur<sup>1</sup>.

Tels sont les signes principaux du cysticerque sous-conjonctival; on peut y ajouter les troubles de la mobilité de l'œil et de la vision, qui peuvent tenir à la compression du globe et qui sont évidemment très variables.

L'évolution du cysticerque le conduit quelquefois à la suppuration; l'observation de Sgrosso en est un exemple. Les symptômes ordinaires de l'affection sont alors remplacés par ceux d'un abcès aigu avec le cortège ordinaire des désordres qu'il entraîne et auxquels il convient de mettre fin le plus tôt possible par un traitement approprié.

**Traitement.** — L'extirpation du kyste est le seul traitement recommandable, et il faut ne citer ici que pour mémoire l'usage des pommades anti-helminthiques que Sichel appliquait, à la période de début, à la surface de la vésicule, pour tuer l'entozoaire.

<sup>1</sup> HANUS. Thèse de Nancy, 1896.

La ponction et les injections modificatrices à l'intérieur de la poche ne méritent pas plus de confiance.

Il peut se faire que l'extirpation complète de la paroi fibreuse ne soit pas possible à cause des adhérences avec la sclérotique ; dans ce cas, il n'y a pas lieu d'insister. Après avoir enlevé, autant que possible sans la rompre, la vésicule elle-même, on raclera la paroi fibreuse adventice, pour l'amincir le plus possible et obtenir une cicatrisation plus rapide. Meyer ne fit qu'une incision, croyant avoir affaire à un simple abcès, et le malade guérit. Rohmer laissa en place, dit-il, un bon tiers de ce qui constituait la tumeur apparente ; la guérison fut parfaite, grâce au grattage aussi complet que possible de la poche fibreuse qui renfermait la vésicule.

A la fin de ce paragraphe, il convient de signaler l'existence du *ver sous-conjonctival*, appelé « loa » par les nègres du Congo. Ce ver, long de 30 à 40 millim., serait pour les uns analogue à la filaire de Médine, pour les autres une espèce de ver particulière.

Il ne produit d'ailleurs pas un kyste à proprement parler, mais une tuméfaction plus ou moins aiguë accompagnée de douleurs névralgiques, surtout vives pendant la nuit. D'après les observations faites par Guyot, le loa se montrerait et disparaîtrait tour à tour. Il pourrait sortir de l'œil sans que le sujet s'en aperçoive.

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES DIVERSES VARIÉTÉS DE KYSTES DE LA CONJONCTIVE

Chaque variété de kystes se présente avec des caractères spéciaux qui permettent la plupart du temps d'apprécier la nature de l'affection et son mode pathogénique. Mettons ces caractères en relief et opposons les kystes lymphatiques aux kystes glandulaires, et ces deux variétés aux kystes à entozoaires. Les kystes par inclusion seront toujours reconnaissables au traumatisme antérieur et à leurs caractères ordinaires qui sont ceux des kystes séreux.

Les kystes lymphatiques à la première et à la deuxième période forment un véritable réseau lymphatique distendu et non une poche circonscrite

<sup>1</sup> BLANCHARD. La filaire sous-conjonctivale. *Filaria loa*. *Progrès médical*, juillet 1886.

comme les kystes séreux ; les kystes lymphatiques de la troisième période ont les caractères d'une véritable tumeur circonscrite, et c'est avec eux que les kystes glandulaires peuvent être confondus ; les signes différentiels sont les suivants :

1° Les kystes glandulaires sont généralement assez gros, tandis que les kystes lymphatiques ne dépassent qu'exceptionnellement le volume d'un grain de millet ou d'un petit pois.

2° Les kystes glandulaires sont arrondis, ovoïdes et sessiles ; les kystes lymphatiques sont allongés, rubanés, aplatis, comme tubulaires ; ils sont souvent pédiculés.

3° Les kystes glandulaires sont habituellement uniques ; les kystes lymphatiques, souvent multiples.

4° Les kystes glandulaires, ainsi que ceux qui se développent après un traumatisme (kystes séreux par inclusion), adhèrent souvent à l'épiscèle ; les kystes lymphatiques sont superficiels.

Les kystes à entozoaires ont des caractères très différents de ceux que nous venons de résumer concernant les kystes séreux (glandulaires ou par inclusion) et les kystes lymphatiques.

Les kystes à entozoaires siègent sur la conjonctive bulbaire, à une certaine distance du pli oculo-palpébral ; la tumeur est toujours régulièrement arrondie ; elle est moins diaphane, plus blanche que celle que forment les kystes séreux et lymphatiques. La paroi de la poche contracte de fortes adhérences avec les parties voisines ; le tissu cellulaire chroniquement enflammé s'épaissit dans son voisinage.

Enfin, on peut reconnaître à travers la conjonctive la présence dans la cavité de l'entozoaire, du cysticerque ladrique.

Pour terminer ce diagnostic différentiel des kystes conjonctivaux, disons encore que non seulement on peut les confondre entre eux, mais encore avec le *dacryops* et les *tumeurs liquides* formées sous la conjonctive à la suite d'une rupture ou d'une perforation de la coque scléro-cornéenne.

Le *dacryops*, qui siège au niveau des glandes lacrymales, peut être confondu avec les kystes de la région externe, mais il convient de remarquer ici que la confusion serait plus apparente que réelle, car en somme, les kystes séreux de cette région se développent dans les glandes

acineuses de Krause qui ne sont, à proprement parler, que des glandes lacrymales accessoires.

Cela dit, remarquons que les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de dacryops sont généralement plus volumineuses que les kystes conjonctivaux, et que souvent ces tumeurs conservent encore la propriété de se vider plus ou moins complètement par un canal excréteur incomplètement oblitéré.

Les tumeurs à contenu séreux qui se produisent sur le bulbe après un traumatisme ayant déchiré la sclérotique sont encore quelquefois, bien que rarement, en communication avec le contenu de l'œil, de sorte qu'en les comprimant on peut augmenter le tonus de l'organe et réciproquement. Il est possible, en pareil cas, de se rendre compte de la communication de la cavité du kyste sous-conjonctival avec la chambre antérieure.

Si l'on fait une ponction dans une tumeur de ce genre, on voit le liquide se reproduire avec une grande rapidité, celle-là même que met l'humeur aqueuse à se reformer après la paracentèse; les kystes glandulaires vidés par une ponction se reforment aussi, mais avec une grande lenteur, et c'est là un excellent signe différentiel.

Lorsqu'après le traumatisme la rupture de la coque oculaire s'est oblitérée, on se trouve en face d'un vrai kyste séreux sans aucune communication avec les milieux de l'œil; de même lorsque l'affection est consécutive à une perforation ancienne et guérie de l'organe (ulcère marginal de la cornée), comme dans le cas de Rumschewicht. En pareil cas, on est en face d'une tumeur séreuse qui se présente, autant dans son contenant que dans son contenu, avec les caractères des kystes lymphatiques, et qui mérite d'être traitée de la même façon.

#### § 4. — Dermoides de la cornée et de la conjonctive.

Les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée sont des tumeurs congénitales essentiellement caractérisées par la présence, dans leur structure, des éléments cutanés normaux : poils, glandes sébacées, bourgeons épithéliaux pavimenteux ou cylindriques, etc. Elles sont maintenant bien connues dans leur processus évolutif et presque complètement dans

leur pathogénie, mais leur histoire est relativement récente et il a fallu de nos jours les travaux de Gallenga<sup>1</sup>, de Lannelongue<sup>2</sup> et de Van Duyse<sup>3</sup> pour nous faire connaître cette question.

**Historique.** — Mauchart<sup>4</sup> a signalé le premier une tumeur couverte de poils à la surface du globe oculaire; mais la première observation détaillée appartient à Masars de Cazèles<sup>5</sup> qui l'a fait connaître dans un travail intitulé : « Sur quelques hémorrhagies et notamment sur un poil qui a pris naissance dans le globe de l'œil gauche et qu'on a été obligé d'arracher plusieurs fois. »

Il s'agit dans ce fait, qui concerne indubitablement une tumeur dermoïde, d'une petite tumeur blanche, à cheval sur la cornée et la sclérotique, plus grosse qu'une forte lentille. A l'âge de 14 ans, au moment où le menton commence à se couvrir de poils, il apparut, dit Cazèles, au centre de la tumeur un poil rude comme du crin qu'on arracha plusieurs fois et qui toujours repoussa.

Les observations probantes qui furent ensuite publiées appartiennent à Wardrop<sup>6</sup>. Il en rapporte quatre faits.

Dans le premier, il s'agit d'une malade qui portait à l'œil gauche une masse conique dont la base occupait les deux tiers de la cornée et une portion adjacente de la sclérotique. Elle était dure, adhérente, d'apparence granuleuse, et ne paraissait pas très vasculaire. Il est au moins probable qu'il s'agissait là d'une tumeur dermoïde, bien que les poils n'y soient pas signalés.

Les trois autres cas sont, à cet égard, tout à fait démonstratifs. L'un d'eux fut montré à Wardrop par Monro. Le patient avait 50 ans et sa tumeur datait de la naissance. Elle avait le volume d'un haricot et adhérait par un pédicule qui paraissait tenir à la cornée. Elle n'était pas granuleuse, mais au contraire lisse comme un ptérygion. Chose remarquable, des

<sup>1</sup> GALLENGA. *Annales d'ophtalmologie*, 1885.

<sup>2</sup> LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

<sup>3</sup> VAN DUYSSE. *Annales de la Société médicale de Gand*, 1882.

<sup>4</sup> MAUCHART in J. J. CAMERER. *Diss. de conjunctivæ et cornæ oculi tunicarum vesiculis*, § 13, 1742.

<sup>5</sup> MASARS DE CAZÈLES. *Journal de médecine*, avril 1766, t. XXIV, p. 332.

<sup>6</sup> WARDROP. *Essays on the morbid anatomy of the human eye*, 1808.