

beaux exemples de ce genre de processus. La sclérotique y est presque saine; la tumeur prolifère autour du nerf optique au point de former à cet organe une enveloppe de tissu sarcomateux. Ce n'est point d'ailleurs seulement par la gaine que le mal s'est propagé, mais par le tissu même du nerf optique infiltré et détruit (voir planche IX, fig. 1 et fig. 2). Iatsov a fait connaître un cas semblable.

D. — SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du leuco-sarcome est conforme au type général des tumeurs intra-oculaires, c'est-à-dire qu'on y distingue quatre périodes: 1° l'apparition de la tumeur à l'intérieur de l'œil; 2° l'envahissement complet de la cavité oculaire, avec irritation glaucomateuse; 3° la distension des membranes, leur rupture ou leur destruction sous l'effort du néoplasme; 4° l'envahissement de l'orbite et la généralisation dans l'économie.

Il serait oiseux de refaire ici, même dans ses grandes lignes, l'étude successive des divers accidents qui sont communs à tous les néoplasmes intra-oculaires; il suffira de mettre en relief les particularités propres à l'affection qui nous occupe.

Nous signalerons en quelques mots les données cliniques qui se rapportent au leuco-sarcome de l'iris et du corps ciliaire, pour nous arrêter plus particulièrement sur la symptomatologie du leuco-sarcome choroïdien.

Le leuco-sarcome de l'iris peut présenter un aspect blanchâtre ou jaunâtre et, cependant, appartenir histologiquement à la variété mélanique; le microscope seul peut bien trancher le diagnostic.

Dans le cas de Lebrun (voir les tableaux) la tumeur était rouge brunâtre, analogue à celle du condylome; de même dans celui de Dreschfeld. La tumeur de Knapp était blanche; celle de Schweiger, d'un rose pâle avec des vaisseaux ectasiés à la surface. Dans le cas de Limbourg la surface était lisse et la couleur jaunâtre.

Le leuco-sarcome de l'iris peut, comme celui de la choroïde, faire des métastases; dans le fait de Zelweger, notamment, il y a eu propagation

du côté du foie, mais les conditions anatomiques sont un peu moins favorables à la propagation que dans le reste du tractus uvéal et il y a dans les sarcomes iriens, en outre, une raison majeure pour que les suites soient moins funestes, on les découvre plus vite et on les opère plus tôt. Nous devons, d'ailleurs, faire remarquer ici que la gravité du sarcome blanc est inférieure à celle du sarcome mélanique: d'après Fuchs, 1/4 p. 100 de récidives dans la variété mélanique et 1/3 seulement dans le leuco-sarcome.

Nous aurons épuisé tout ce que comporte de spécial la clinique du leuco-sarcome irien quand nous aurons dit que la seule tumeur non mélanique de l'iris qu'on puisse confondre avec le leuco-sarcome est le tubercule solitaire. On n'oubliera pas que le tubercule s'observe surtout chez les jeunes sujets présentant souvent d'autres accidents concomitants. De plus, dans le tubercule il y a toujours un peu d'inflammation périphérique, un peu d'iritis.

Les gommés, les kystes séreux, les lymphomes, les lépreux ont des signes particuliers tirés de l'état local ou de l'état général, qui ne permettent pas la confusion. Nous y reviendrons au sujet du diagnostic.

Le leuco-sarcome peut se développer dans toute l'étendue de la choroïde; mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, il siège dans la partie antérieure de l'œil plus fréquemment que le sarcome mélanique.

Il est rare, d'ailleurs, que la tumeur soit reconnue à ses débuts; dans un cas où elle siégeait près de la macula, l'attention fut appelée sur sa présence par un scotome central; mais de pareils faits sont très exceptionnels dans l'histoire du leuco-sarcome. Souvent c'est par la distension staphylomateuse de la sclérotique qu'il se révèle; tels les faits de Ducamp et de Galezowski. Dans le premier de ces cas la sclérotique était très distendue, très amincie; un suintement sanguinolent, venu de la tumeur, se produisait à travers ses fibres déchirées.

Lorsque l'affection se développe chez un enfant, presque toujours l'œil est déjà distendu quand on amène le malade à l'oculiste; la tumeur est à la troisième période, ce qui rend inutile et impossible l'examen à l'ophtalmoscope; c'est ce qui eut lieu dans nos trois premiers faits; ce fut aussi le cas du malade de Galezowski et de beaucoup d'autres.

Quelquefois cependant l'examen clinique peut être fait de bonne heure et plus complètement. Les observateurs ont pu distinguer une excroissance blanche derrière la lentille (Landsberg), ou des grosseurs jaunâtres en dehors de la papille avec des stries rouges, ou bien encore un soulèvement de la rétine pouvant aller du nerf optique à l'ora serrata (Derby), ou se localiser autour de la papille (Becker).

Dans leur fait de leuco-myxosarcome, Quaglino et Guaita virent dès le début une masse jaunâtre remplir progressivement la coque oculaire ; et Fuchs, dans l'une de ses observations personnelles, constata derrière le cristallin la présence d'un corps concave d'une configuration irrégulière, sans vaisseaux apparents.

C'est après avoir remarqué ces reflets particuliers du fond de l'œil, dans le cas de néoplasme, que Beer établit le signe dit de *l'œil de chat amaurotique*. Ce signe est loin d'être sans valeur, mais il manque de précision puisqu'il appartient à la fois au gliome de la rétine et à certains décollements rétinien, et surtout parce qu'il fait fréquemment défaut dans le sarcome peu avancé.

Quelquefois les symptômes de cette première période sont marqués par une inflammation intense (Nettleship) qui peut cacher complètement les phénomènes propres au néoplasme ; il faudra songer à la possibilité d'une tumeur lorsque, chez un enfant surtout, apparaît une irido-choroïdite que rien par ailleurs ne vient expliquer.

En somme, dans la première période, l'apparition d'un scotome, le reflet amaurotique, la présence du réseau vasculaire propre à la tumeur, les accidents inflammatoires sont les principaux signes révélateurs. Le scotome paraît avoir rendu de réels services aux cliniciens. Il existait chez un malade de Holmes deux ans avant l'apparition des douleurs.

Mais c'est bien plus souvent avec une perte très étendue du champ visuel et une grande diminution de l'acuité, plutôt qu'avec un simple scotome, que le malade se présente à l'observateur. Il est de règle, alors, de constater un soulèvement ou un décollement de la rétine, expliquant bien les troubles visuels, mais masquant parfois la lésion première au point d'obscurcir beaucoup le diagnostic.

Arrivés à la 3^e et à la 4^e période, les leuco-sarcomes de la choroïde

n'offrent rien qui les distingue des tumeurs mélaniques, si ce n'est leur coloration, mais le diagnostic est alors trop facile pour qu'il soit utile d'insister.

Dans la symptomatologie du leuco-sarcome il faut surtout s'appliquer à retenir ce qui concerne la première période de l'affection, car c'est à cette époque que le diagnostic est à la fois le plus difficile et le plus utile.

Nous préciserons bien notre pensée en disant qu'à cette période le leuco-sarcome doit être différencié : 1^o du gliome de la rétine ; 2^o du décollement simple de cette membrane. C'est à mettre en lumière les éléments de ce diagnostic différentiel qu'est consacré le paragraphe suivant.

E. — DIAGNOSTIC

Nous examinerons successivement, à propos du diagnostic, le leuco-sarcome : 1^o de l'iris ; 2^o du corps ciliaire ; 3^o de la choroïde.

1^o *Leuco-sarcome de l'iris*. — Le diagnostic du leuco-sarcome de l'iris peut se poser à propos des tumeurs non mélaniques et des tumeurs mélaniques de l'iris.

Parmi les tumeurs non mélaniques nous relevons les kystes séreux ou perlés, les gommages de l'iris, les tubercules de l'iris, les lymphomes, les lépromes, les cysticerques.

Les *kystes séreux ou tumeurs perlées* sont toujours consécutifs à une plaie de la cornée dont on retrouve la cicatrice ; ils sont hyalins, transparents, légèrement bleutés, sans vaisseaux.

Les *gommages de l'iris* sont jaunâtres, multiples, implantées près du cercle ciliaire et entraînent de l'iritis ; elles accompagnent d'autres manifestations diathésiques.

Les *tubercules de l'iris* sont souvent multiples ; ils constituent alors de petites tumeurs disséminées qu'on ne peut confondre avec le leuco-sarcome. Il n'en est pas ainsi lorsque le tubercule est isolé ; il peut, dans ce cas, prendre un développement très rapide et ressembler à un sarcome.

Les antécédents et les phénomènes concomitants sont le meilleur signe pour le diagnostic. Le tubercule vient chez les sujets jeunes, présentant souvent des antécédents tuberculeux ; mais le tubercule cliniquement primitif n'est pas rare et le diagnostic peut être très difficile, car les signes tirés de l'état général manquent et l'examen objectif donne les mêmes résultats dans le tubercule et dans le leuco-sarcome.

Les *lymphomes* ressemblent beaucoup aux tubercules : ils sont symptomatiques de la leucémie qui généralement s'affirme par des symptômes généraux caractéristiques. D'ailleurs l'examen du sang lève tous les doutes.

Les *lépromes* se reconnaîtront facilement aux désordres locaux du limbe scléro-cornéen qui présente toujours un bourrelet moniliforme spécial. La cornée est souvent envahie, pendant que l'iris est le siège des néoformations lépreuses ; l'état général du sujet présente d'ailleurs des symptômes caractéristiques.

Les *cysticerques*, extrêmement rares en France, sont relativement assez répandus dans certains pays, tels que l'Allemagne et la Hollande ; on distingue dans la vésicule bien transparente deux parties : l'une rétrécie, le col ; l'autre plus large, la partie caudale. On peut apercevoir le mouvement de l'animalcule.

Les *tumeurs mélaniques de l'iris* sont les tumeurs angiomateuses, les mélanomes proprement dits, et les mélano-sarcomes. Seuls les mélano-sarcomes peuvent être confondus avec les leuco-sarcomes. Cette confusion vient de ce que les sarcomes de l'iris peuvent présenter à la surface un aspect blanchâtre et renfermer dans leur intérieur une quantité considérable de cellules pigmentaires en voie de prolifération. Carter a décrit un mélano-sarcome de l'iris, dont la couleur était jaune ; dans un cas également mélanique de Kipp, le néoplasme était rougeâtre. L'examen histologique seul peut trancher ce diagnostic dont l'importance est d'ailleurs négligeable.

2° *Leuco-sarcome du corps ciliaire*. — Ce néoplasme peut être confondu avec toutes les tumeurs malignes du corps ciliaire, le carcinome et le sarcome mélanique, ainsi qu'avec le tubercule qui souvent se loca-

lise dans cette région. Le diagnostic est en pareil cas d'autant plus difficile que les symptômes objectifs font défaut dans les premiers stades de l'affection.

Le *pseudo-plasme tuberculeux* développé dans le corps ciliaire se reconnaît aux symptômes généraux, à l'âge du jeune sujet, à la marche plus lente de l'affection. Plus tard, lorsque la sclérotique et l'angle de filtration sont perforés, le tuberculome apparaît sous la conjonctive distendue et infiltrée, sous la forme d'une masse blanchâtre présentant souvent des petits points circonscrits plus jaunes. Dans un cas, où d'ailleurs nous fîmes une erreur de diagnostic, il y avait ainsi, à la surface de la tumeur, des petits points rappelant les tubercules, qui auraient dû nous éclairer.

Notons également que le processus tuberculeux détermine dans le voisinage (iris et cornée) des processus inflammatoires qui manquent dans le leuco-sarcome.

Le *sarcome mélanique* et le *carcinome du corps ciliaire* seront toujours très difficilement différenciés du leuco-sarcome, et du reste il n'est pas utile de reconnaître cliniquement des tumeurs qui sont à peu près également malignes et méritent toutes une prompte et complète ablation.

3° *Leuco-sarcome choroïdien*. — Arrivons maintenant au diagnostic plus important du leuco-sarcome choroïdien. Il doit être fait :

a) avec le gliome de la rétine ; b) avec le décollement simple.

a) *Avec le gliome de la rétine*. — Disons tout d'abord que le gliome est, au début, caractérisé par la localisation du mal à la rétine, par l'intégrité des autres membranes de l'œil, par l'absence de réseaux vasculaires particuliers, par l'envahissement rapide du corps vitré.

Tout autres sont les signes révélateurs du sarcome choroïdien.

A la première période de l'affection, le sarcome de la choroïde, examiné à l'éclairage direct, est caractérisé par le décollement rétinien qui l'accompagne et qui ressemble même trop souvent au décollement ordinaire. Dans le gliome de la rétine, rien de semblable ; on constate une augmentation propre de la rétine, un boursoufflement de la membrane,

et cela à un âge où le décollement de la rétine est absolument rare. En outre, dans le sarcome, il est possible de voir à un bon éclairage deux plans de vaisseaux. Le premier plan appartient à la rétine, le second en propre à la tumeur choroïdienne. Dans le gliome rétinien on ne voit, au niveau du néoplasme, aucune trace de vaisseaux; la rétine est détruite et remplacée par un tissu nouveau, blanchâtre, dépourvu de conduits sanguins.

Dans le sarcome de la choroïde, le corps vitré est refoulé par la rétine soulevée, mais il reste intact et transparent; dans le gliome rétinien, le néoplasme prend dès la première heure possession du corps vitré. L'examen ophtalmoscopique est même considérablement gêné, quelquefois impossible à cause de cet exsudat; mais le diagnostic n'y perd rien, car il devient dès lors évident que la rétine est le siège du mal.

En interrogeant à cette période les fonctions de la rétine, on trouverait peut-être dans l'examen campimétrique des signes différentiels nouveaux. Il est probable qu'à volume égal, le gliome rétinien entraîne des accidents plus marqués que le sarcome; mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit, car nous ne pensons pas que cet examen spécial ait été fait.

A la première période des tumeurs intra-oculaires, le diagnostic est donc possible; plus tard, les difficultés, d'ailleurs grandes en tout temps, s'accroissent encore, et nous ne pouvons plus avoir que des présomptions sur l'existence de l'une ou de l'autre tumeur.

A la deuxième période, les accidents glaucomateux sont évidemment les mêmes dans toutes les tumeurs qui distendent la coque oculaire.

A la troisième période, il faudra s'enquérir du point où cède la sclérotique; le sarcome porte surtout son effort en avant, du côté du limbe péri-cornéen, le gliome distend surtout la région équatoriale et déchire la sclérotique à ce niveau (Wecker).

Enfin, à la quatrième période, les métastases et les voies de propagation sont tellement semblables, qu'il est bien difficile de les faire servir au diagnostic. Les deux variétés de tumeurs se propagent par le nerf optique au cerveau, remplissent l'orbite, gagnent les cavités voisines, infectent les ganglions, se généralisent dans les os crâniens ou, à distance, dans les parties éloignées du squelette.

Peut-être après avoir bien dépouillé les observations, pourrait-on dire que le gliome de la rétine infecte plus souvent les ganglions que le sarcome, mais c'est là un signe bien fragile et, disons-le, bien inutile, car, à cette période ultime, le nom de l'affection n'importe plus du tout; la fin du malade n'est plus qu'une question de jours.

b) *Avec le décollement de la rétine.* — Le second diagnostic est aussi difficile que le premier, d'autant plus que très souvent les deux affections existent ensemble. Ainsi que nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, le décollement est un des accidents, un des signes du leuco-sarcome, et c'est, à notre avis, pour ne pas en avoir tenu un compte suffisant, que beaucoup d'auteurs ont pris des leuco-sarcomes pour des gliomes.

Mais quand est-ce que le décollement est simple, séreux et quand est-il symptomatique d'une tumeur?

Tout d'abord les renseignements antérieurs sont d'un grand secours; nous savons que le décollement est souvent le fait d'une myopie d'un haut degré, maligne, et on devra toujours s'enquérir de l'état de la réfraction; il faudra rechercher dans les antécédents les traumatismes suivis ou non de déchirure de l'œil; enfin, et surtout, il faudra par des examens successifs étudier la marche du décollement.

Quand le soulèvement de la membrane résulte d'un néoplasme sous-jacent, il se produit avec lenteur: c'est d'abord un scotome du champ visuel qui s'élargit peu à peu régulièrement; l'acuité visuelle centrale reste assez bonne, les autres parties de la rétine sont saines. Le décollement simple survient au contraire avec brusquerie: c'est un voile qui s'étend tout à coup sur le champ de la vision et même, lorsque la partie décollée est peu étendue, l'acuité visuelle est fort diminuée. Ce n'est pas, en effet, seulement au point décollé que la membrane a souffert; sa nutrition est bien souvent depuis longtemps compromise dans ses éléments les plus essentiels.

En outre, dans le décollement produit par un liquide séreux, la membrane ondule, flotte, montre une grande mobilité; quelquefois elle se recolle et, après cette tentative toujours passagère de guérison spontanée, se décolle de nouveau; le décollement produit par le sarcome est

au contraire stable, la rétine soutenue par la tumeur ne remue pas; enfin, à travers cette membrane on peut quelquefois apercevoir le néoplasme lui-même.

Malheureusement la perception de tous ces signes n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord; il faut en accuser, d'une part les altérations du corps vitré qui masquent les lésions et, d'autre part, la présence simultanée d'une tumeur et d'un épanchement séreux entraînant le décollement. Dans ce cas le néoplasme peut être d'un petit volume et l'exsudat sous-rétinien abondant; le diagnostic est alors très difficile. A ce sujet, Mengin¹ a rapporté une observation qui mérite d'être retenue.

Il s'agissait d'un malade de 30 ans, présentant un décollement de la rétine de date déjà ancienne, survenu sans douleurs et insensiblement sur l'œil droit, sans traumatisme antérieur. L'ophtalmoscope montrait un très vaste décollement. Cinq mois après le premier examen de Mengin éclatèrent des accidents glaucomateux; l'œil fut énucléé et son étude montra la présence d'un petit sarcome siégeant à 3 millim. en dehors et un peu en bas du nerf optique.

Ce n'était donc pas un décollement que portait ce malade; sous la membrane soulevée, il y avait dès le début un néoplasme qui tenait la première place dans la scène morbide.

On a insisté avec raison sur l'augmentation du tonus de l'œil comme élément important de diagnostic différentiel entre le décollement rétinien simple et le décollement symptomatique d'une tumeur.

Il y a cependant de nombreuses exceptions à cette règle: le cas déjà cité de Dutilleul, comme celui de Mengin, ne présentait aucune modification dans le tonus, malgré la présence d'une tumeur volumineuse.

Tout ce qui resterait à dire à propos du diagnostic du leuco-sarcome choroïdien a déjà été dit à propos du sarcome mélanique.

¹MENGIN. Décollement de la rétine symptomatique des tumeurs intra-oculaires *Recueil d'ophtalmologie*, février 1886.

F. — PRONOSTIC

Les leuco-sarcomes du tractus uvéal ont-ils une malignité particulière et quel est le degré de leur malignité?

Les données histologiques permettent en grande partie de répondre à ces questions. Dans le leuco-sarcome, les cellules rondes sont relativement fréquentes. Les tableaux de Fuchs et les nôtres montrent qu'un peu plus de la moitié de ces tumeurs sont formées de cellules embryonnaires. Sur 77 faits où l'examen a été attentif, 46 fois les cellules étaient embryonnaires et 31 fois fusiformes. Dans le mélanosarcome, les cellules fusiformes sont au contraire beaucoup plus fréquentes; et s'il n'intervenait pas un élément spécial de malignité, le pigment, ces dernières tumeurs seraient beaucoup plus bénignes que les premières. En réalité, le contraire a lieu à cause même de l'absence de mélanine dans un cas et de sa présence dans l'autre.

Sur 33 cas qui ont été plus ou moins longtemps suivis par les auteurs, nous trouvons 18 guérisons ou survie de plus d'un an et 15 morts par récurrence. Fuchs consigne (p. 129) des résultats analogues lorsqu'il écrit que pour la mélanose, la métastase a lieu 19 p. 100, pour le sarcome blanc 7 p. 100 et les récurrences locales 14 p. 100 dans le premier cas, et 3 p. 100 dans le second. Ceci peut s'expliquer en partie par ce fait que les sarcomes blancs, qui occupent principalement la partie antérieure de l'uvée, sont plus tôt arrivés au stade opératoire que les mélaniques, mais la meilleure explication réside dans le pouvoir infectieux de la mélanose.

Dans le leuco-sarcome, la structure histologique décide de la malignité: les tumeurs à cellules embryonnaires sont incomparablement plus graves que les tumeurs à cellules fusiformes. Sur les 15 cas de mort, 13 fois les tumeurs étaient embryonnaires; et les cas de guérisons se rapportent presque tous à des cellules fusiformes. Dans un cas heureux la tumeur était myxomateuse.

Fuchs, faisant dans son traité une étude pronostique comparée, conclut que le sarcome pigmenté ou non pigmenté de la choroïde guérit 6 fois sur 100, le gliome 6 fois et demi, tandis que les carcinomes en général

donnent des guérisons deux et trois fois plus nombreuses. Le leuco-sarcome guérirait encore plus souvent, puisque notre statistique donnerait près de 25 p. 100 de succès, les guérisons étant définitives après trois ans. Ce chiffre, peut-être trop favorable, ne peut être accepté que sous réserves, car trop souvent les malades n'ont pas été suivis.

Les chiffres qui concernent le sarcome choroïdien et le gliome sont beaucoup trop pessimistes, mais il n'en est pas moins vrai que le leuco-sarcome paraît mériter, par sa bénignité relative, une place à part dans l'étude des tumeurs intra-oculaires.

G. — TRAITEMENT

Le leuco-sarcome de l'iris ne peut être justiciable de l'iridectomie. Ce n'est que dans le cas où le diagnostic n'est pas très certain que nous conseillons cette opération ; lorsque le microscope aura révélé la structure sarcomateuse de la tumeur, il conviendra de recourir à l'énucléation, même si le néoplasme est très limité et bien circonscrit.

Rappelons ici que c'est un principe de chirurgie générale de ne pas amputer les ostéo-sarcomes dans la continuité du membre ; ainsi, pour un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, il faut désarticuler la hanche, sous peine de voir se produire une récurrence rapide dans le moignon. Les diverses parties de l'œil sont en connexion aussi étroite que celles qui constituent les os, et l'ablation large s'impose en chirurgie oculaire comme en chirurgie générale.

Il n'est donc pas permis, en présence d'un sarcome de la choroïde, de se contenter d'une extirpation partielle. Dans ces derniers temps, quelques auteurs trop préoccupés, suivant nous, de la conservation du globe oculaire, ont conseillé d'enlever la tumeur avec un segment de la sclérotique et de refermer la coque de l'œil par une suture appropriée.

Nous croyons que c'est méconnaître les lois imprescriptibles de la pathologie générale que d'agir de la sorte. Sans doute, pour une tumeur maligne de la langue on n'enlève souvent qu'une partie de l'organe, mais nous répondrons que les opérations de ce genre sont toujours incomplètes et insuffisantes.

Quand un organe aussi spécial que l'œil, dont les diverses parties sont intimement reliées par leurs fonctions et leur nutrition, est le siège d'un néoplasme malin, il n'est pas possible de ne pas sacrifier l'organe tout entier.

L'ablation partielle doit donc être, dans tous les cas, *absolument rejetée* ; il reste à choisir entre trois modes différents d'intervention, l'exentération, l'énucléation et l'évidement de l'orbite.

En ce qui concerne l'exentération, il convient de remarquer que ce n'est qu'un mode d'ablation partielle, puisqu'on laisse la sclérotique ; aussi faut-il la rejeter comme insuffisante. Il faudra admettre une limitation bien précise du néoplasme pour croire que la sclérotique n'est pas envahie par des cellules migratrices. Ce sont les vaisseaux de la choroïde qui sont particulièrement en cause ; ces vaisseaux en traversant la sclérotique portent avec leur gaine des traînées de cellules qu'il est impossible d'atteindre par l'exentération.

L'énucléation est l'opération pratiquée dans presque tous les faits que nous avons recueillis ; elle doit, en effet, suffire dans un bon nombre de cas ; mais nous croyons que son usage, beaucoup trop généralisé, est la cause même de beaucoup de récurrences.

A notre avis, il faut dans un leuco-sarcome de la choroïde souvent commencer par l'énucléation du globe dans la capsule de Tenon ; mais cette opération peut ne pas suffire et souvent il faudra la compléter.

Aussitôt que l'énucléation est faite, un opérateur prudent doit séance tenante examiner la pièce, le néoplasme, et faire autant que possible à l'œil nu son diagnostic anatomique.

A-t-il affaire à une petite tumeur dure, compacte, bien limitée, n'ayant pas en apparence entamé la sclérotique, laissant le nerf optique intact, sans épaissement de ses tuniques vaginales, sans changement de consistance, l'énucléation suffira.

Mais souvent, au contraire, il sera facile de reconnaître ou que la sclérotique s'est laissé distendre et perforer, ou que le nerf optique épaissi est manifestement envahi par le mal ; il faut alors immédiatement recourir à l'évidement de l'orbite.

Tout sarcome embryonnaire, né dans la choroïde, se propage par

l'espace de Schwalbe avec une extrême facilité, gagne le tissu cellulaire voisin et, de bonne heure, se prête à la généralisation.

Dans ce cas, le *curage complet de l'orbite* s'impose ; c'est là, bien certainement, une opération que les ophtalmologistes ne font pas assez. Quand on parcourt les statistiques publiées sur les tumeurs malignes du globe on est surpris de voir que dans presque tous les cas l'énucléation seule leur a été opposée. C'est vraiment trop peu. Que dirait-on d'un chirurgien qui opposerait aux tumeurs malignes du sein l'ablation simple de la glande sans jamais aller au delà ?

Nous devons aussi souvent vider l'orbite dans les tumeurs malignes oculaires, que les chirurgiens nettoient le creux de l'aisselle dans les tumeurs du sein. Le jour où cette thérapeutique radicale sera la règle dans les cas qui nous occupent, les statistiques concernant les tumeurs intra-oculaires s'amélioreront dans de larges proportions.

Après avoir pratiqué l'énucléation, quelquefois les auteurs trouvant, à sa section, le nerf optique malade, poursuivent ce nerf, l'extirpent isolément. Ceci est bien, mais encore insuffisant ; ce n'est pas seulement par la gaine vaginale du nerf qu'émigrent les cellules morbides ; elles accompagnent les vaisseaux, l'histologie l'a démontré, et gagnent l'orbite par la gaine des veines et des artères.

Nous arrêterons là ces considérations thérapeutiques ; ce que nous aurions à ajouter ferait double emploi avec ce que nous avons dit, dans le paragraphe précédent, du traitement des sarcomes mélaniques.

CHAPITRE V

TUMEURS MALIGNES MÉTASTATIQUES DU TRACTUS UVÉAL

Le cancer métastatique du tractus uvéal est très rare ; la presque totalité des tumeurs qui s'y développent sont primitives : il y a cependant à cette règle quelques exceptions, maintenant assez nombreuses, pour mériter une étude d'ensemble.

Tout d'abord il faut distinguer parmi ces néoplasmes métastatiques deux groupes : les sarcomes et les carcinomes. La nature de la tumeur, sa marche, ses symptômes sont, dans les deux variétés, assez différents pour que nous les décrivions séparément.

§ 1. — Sarcome métastatique.

Il n'en existe que deux observations, et encore sont-elles toutes les deux incomplètes. La première, celle de Bromser, paraît même contestable à beaucoup d'auteurs, notamment à Fuchs. Il s'agissait, dans ce cas de Bromser¹, d'une malade qui un an avant son trouble visuel avait été opérée, par la ligature, d'un nævus de la joue. De Græfe avait envisagé la tumeur choroïdienne comme secondaire.

Avec Fuchs on a le droit de remarquer qu'un nævus n'est pas un sarcome, et si l'on objecte que le nævus était en voie de transformation maligne, nous répondrons qu'en pareil cas il se fait dans les nævus non un sarcome, mais un épithéliome : le malade aurait eu alors un carcinome métastatique de la choroïde, et non un sarcome.

¹ BROMSER. Dissertation inaugurale. Berlin, 1870.