

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.

C'est cependant l'existence d'un sarcome que les préparations examinées par Leber ont démontrée et, dans ces conditions, il reste comme très probable que le malade, atteint d'abord d'un nævus dégénéré, a été ensuite atteint d'un sarcome de la choroïde, sans que la seconde tumeur fût la conséquence directe de la première. Il n'est pas impossible que le porteur d'un nævus soit atteint d'un sarcome intra-oculaire primitif et banal.

Le lecteur peut choisir entre ces diverses interprétations; mais nous croyons devoir émettre ces doutes motivés à l'adresse de l'observation de Bromser.

Moins douteuse est celle de Pflüger: au moins, il est certain que dans ce cas la choroïde a été le siège d'une affection métastatique; mais malheureusement le fait manque de la sanction de l'examen histologique. Le sujet a succombé, et il n'y a pas eu d'autopsie. La tumeur primitive était un nævus pigmentaire pileux; c'est de là qu'est partie l'infection en passant par les ganglions que respectent d'habitude les sarcomes. Il ne nous paraît pas certain que dans ce cas de Pflüger (1) la choroïde n'ait pas été atteinte d'une métastase épithéliale. Nous donnons ici ce fait dans ses détails essentiels.

Obs. — Femme de 30 ans. Depuis la naissance, elle présente au niveau de la clavicule droite un nævus pigmentaire pileux. En 1880 seulement, cette production attira l'attention de la malade à cause des démangeaisons vives qu'elle provoquait. A partir de ce moment, la plaque s'est développée et est devenue plus noire.

En septembre 1881, un ganglion sous-maxillaire grossit; en novembre il atteint le volume d'une noisette et s'entoure de nodosités bleuâtres. Un second ganglion se prend, puis un troisième. Le nævus est alors extirpé au moyen d'un fil élastique. Deux jours après la chute du fil, la malade constate qu'elle ne voit pas aussi bien avec l'œil droit. Pendant tout l'été de 1882, il survient des maux de tête très violents. Les urines sont normales. A cette époque la vision de l'œil gauche se perd complètement. A l'examen ophtalmoscopique on ne trouve cependant aucune lésion; pas de stase, pas de névrite, nul indice d'atrophie optique. Tonus normal.

Depuis le mois de mai 1883, l'anémie s'accroît. A droite, il existe une légère paralysie du masque facial et au-devant de l'oreille, du même côté, on aperçoit une série de taches gris bleuâtre, dures, du volume d'un haricot. Au niveau de l'angle sous-maxillaire, nombreux ganglions douloureux à la pression; quelques-uns atteignent la grosseur d'une châtaigne et adhèrent à la peau. Dans le triangle sus-claviculaire,

(1) PFLÜGER. Sarcome de la choroïde consécutif à un nævus. *Arch. f. Augenh.*, XIV, 1886, p. 129.

ganglion peu volumineux. Rien d'anormal sur le thorax. A droite de la colonne vertébrale, noyau bleuâtre. Pas d'engorgement ganglionnaire dans les aisselles ni dans les aines. Foie en apparence sain.

Œil droit. V = 5/6; champ visuel fortement rétréci du côté temporal, complètement absent du côté nasal. A l'ophtalmoscope, la moitié interne environ de la rétine se présente soulevée sous forme de kyste qui surplombe la partie correspondante de la pupille. La poche, de couleur gris bleuâtre, légèrement ondulée dans le sens vertical, est parcourue par des vaisseaux faisant des crochets et se détachant en noir. La saillie mesure au centre 3 millim. 5 et s'affaisse progressivement vers la périphérie, excepté du côté de la papille où elle se termine d'une façon abrupte. La portion visible du disque optique apparaît entièrement saine et n'offre aucune trace d'inflammation et de dégénérescence. La pupille a conservé tous ses mouvements physiologiques et la sclérotique sa coloration ordinaire. La situation et la mobilité du globe sont parfaites. Le tonus est légèrement abaissé.

L'existence de masses mélanosarcomateuses dans d'autres parties du corps ne laissant aucun doute sur la réalité d'une métastase analogue, aussi bien dans la choroïde de l'œil droit que dans le crâne, le cas fut jugé inopérable et la malade envoyée dans sa famille.

Quatorze jours après son arrivée, l'œil droit devint complètement aveugle. Les masses mélaniques et les ganglions prirent un tel développement que toute la moitié droite de la tête était parsemée de tumeurs néoplasiques de couleur bleu foncé. Le médecin, qui a communiqué ces renseignements, ajoute que pendant les derniers mois on apercevait dans la chambre antérieure de l'œil droit une tumeur noire et des dépôts semblables sur la sclérotique. Malgré cela, le globe conservait sa place et sa mobilité. Quinze jours avant la mort, qui eut lieu au mois d'août 1883, il survint une paralysie totale. Pas d'autopsie.

Nous ne rapprocherons de ces faits, que pour mémoire, le cas de Schiess-Roth¹ qui est un sarcome métastatique de la papille, celui de sarcome secondaire du nerf optique de Lawson², et les cas de carcinome de Krohn³ et d'Elschnig⁴. Dans le t. II de notre ouvrage, nous retrouvons ces dernières observations.

§ 2. — Carcinome métastatique.

Le carcinome métastatique de la choroïde est une affection encore peu étudiée, puisque la littérature médicale ne compte que quelques mémoires

¹ SCHIESS-ROTH. Sarcome métastatique de la papille. *Arch. f. Ophth.*, XXV, 2, 172, 1879.

² LAWSON. Sarcome secondaire de la gaine du nerf optique. *Ophth. Hosp. Reports.* London, 1882, p. 296.

³ KROHN. Carcinome secondaire du nerf optique. *Zehender klin. Monats.*, 1872, p. 103.

⁴ ELSCHNIG. Carcinome du nerf optique consécutif à un cancer du sein. *Arch. f. Augenheilk.*, t. XXII, p. 151, 1890.

publiés sur cette question et que 25 observations seulement peuvent servir à écrire son histoire. Il est cependant possible d'en donner une description détaillée grâce à l'importance et à la valeur des travaux qui lui ont été consacrés ; presque tous les points qui se rattachent à la pathogénie, à l'anatomie pathologique et au diagnostic peuvent être résolus à la lumière des faits observés.

Nous avons nous-même étudié dernièrement deux cas typiques dont les enseignements méritent d'être rapprochés des données déjà acquises et acceptées ; après les avoir fait connaître nous les rapprocherons des faits antérieurs et en ferons ressortir, dans une étude complète, les analogies et les différences en rappelant ce qui a été écrit sur ce sujet dans ces dernières années.

Le premier travail publié sur le carcinome métastatique date de 1872, c'est celui de Perls¹ ; il concerne une carcinomatose diffuse des deux choroïdes, consécutive à un cancer de la plèvre. Dix ans après apparaît le second travail sur la question : il appartient à Hirschberg, et concerne un fait certain de carcinome métastatique consécutif à un cancer du sein ; la lésion choroïdienne a été observée cliniquement, mais il manque malheureusement l'examen histologique ; de même, d'ailleurs, qu'au cas de Perls manquait l'examen clinique.

Dans la même année Schöler et Uthoff publièrent un fait dans lequel l'étude clinique fut suivie et corroborée par l'examen anatomique. Puis vinrent successivement les observations de Hirschberg et Birnbacher (1884), de Manz (1885), de Schapring (1888), de Gayet (1889). Ce dernier fait est bien un cas de carcinome métastatique et nous ne croyons pas justifiée l'épithète d'adénome dont l'éminent ophthalmologiste lyonnais s'est servi pour le qualifier.

Bientôt après, G. Schultze publia l'observation d'un néoplasme intra-oculaire, consécutif à un cancer du sein, ayant entraîné un large décollement rétinien ; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un carcinome. Mitvalsky, dans un mémoire très intéressant, rapporta la même année deux autres faits dont il sera plus loin parlé longuement.

¹ Le lecteur trouvera toutes les indications bibliographiques utiles dans les tableaux annexés à ce travail dans le but de résumer l'histoire et les documents afférents à la question.

En 1890, Ewing fit connaître une observation particulièrement curieuse en ce que le carcinome avait une double localisation, choroïdienne et irienne. Ce fait est, avec l'un des nôtres, le seul où pareil désordre ait été observé.

A cette époque Holden¹ étudia un cas très intéressant de carcinome métastatique de la choroïde et de la sclérotique, qui manque malheureusement de renseignements cliniques, mais n'en est pas moins indiscutable au point de vue histologique.

En 1891, Elschnig publie un important travail sur les tumeurs métastatiques de l'organe de la vision. L'auteur rapporte un nouveau fait de carcinome métastatique de la choroïde et y ajoute une courte étude sur le sarcome métastatique de cette membrane. A la même époque signalons les faits de Guende, de Wadworth et de Samelsohn.

Nous arriverons enfin au travail, plus complet que les précédents, qui a été consacré par Uthoff à la question qui nous occupe.

Dans ce travail, Uthoff rapporte un cas qu'il avait déjà fait connaître en 1882 et un deuxième fait personnel, observé à la troisième clinique médicale de la Charité (P^r Sénator), qu'il a étudié très attentivement. Le savant professeur de Breslau commente longuement ces deux faits et nous retrouverons plus loin les points spéciaux qu'il a mis en lumière.

Signalons enfin deux observations récentes, l'une publiée par Abelsdorf dans les *Archives of ophthalmology* (1897), l'autre rapportée à la *British medical Association* et dont nous ne connaissons qu'un résumé².

En France, en dehors des observations de Guende et de Gayet, nous ne trouvons que la bonne thèse du D^r Bouquet³ sur l'affection que nous étudions. Ce travail rappelle tous les faits connus à l'époque où il a été écrit et contient un exposé didactique de la question du carcinome métastatique. Nous aurons à montrer sur quels points notre opinion diffère de celle de son auteur et surtout à compléter sa description au point de vue de l'anatomie pathologique.

¹ HOLDEN. *Arch. of ophthalmol.*, vol. XXI, n° 1.

² *La Clinique ophthalmologique*, 1897, p. 240, n° 19.

³ BOUQUET. *Cancer métastatique de la choroïde*. Th. Paris, 1893.

Avant d'exposer nos faits personnels, nous résumerons dans les tableaux suivants les 23 faits connus, autant pour justifier nos conclusions que pour fournir au lecteur tous les renseignements désirables à ce sujet. Dans ces tableaux n'ont pris place que les faits bien authentiques de carcinome métastatique. Nous en avons exclu les cas insuffisamment démonstratifs tels que ceux de Wagner et de Holden. Nous en avons également écarté les sarcomes métastatiques de la choroïde qui, tout en étant des cancers choroïdiens, ne rentrent pas dans notre sujet.

TABLEAUX

RÉSUMANT

LES CAS DE CARCINOME MÉTASTATIQUE DE LA CHOROÏDE