

Aux 23 faits, résumés dans les tableaux, nous ajoutons ici in extenso nos deux faits personnels :

Obs. I.— M<sup>me</sup> Q., 48 ans, vient nous consulter le 25 avril 1895 pour son œil droit dont elle souffre beaucoup et dont la vision est, depuis quelques jours, complètement perdue.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant : son père est mort de vieillesse et sa mère, âgée de 80 ans, vit encore, bien portante. Nous ne relevons dans les collatéraux rien qui mérite d'être signalé; personne n'a été atteint, dans la famille, d'un néoplasme quelconque. La malade a quatre enfants vivants et très vigoureux; l'aîné a 20 ans, le plus jeune 12 ans; un enfant est mort à l'âge de 4 ans, d'une affection que nous n'avons pu préciser.

Les antécédents particuliers de la malade ne présentent eux-mêmes rien qui soit digne d'être noté; pas de diathèse rhumatismale; d'un tempérament à la fois sanguin et nerveux, M<sup>me</sup> Q... a toujours eu une vie active, exempte d'accidents pathologiques importants.

Les antécédents de son affection cancéreuse remontent au commencement de l'année 1892; à cette époque se développa, au sein gauche, une tumeur qui fut bientôt reconnue pour une tumeur maligne et extirpée; il y eut récurrence; deuxième opération avec curage de l'aisselle. Au niveau de l'aisselle, quelques mois après, un ganglion oublié formait une tumeur; nouveau curage; cette dernière opération, ainsi que la précédente, furent faites d'ailleurs avec le plus grand soin par un chirurgien très expérimenté.

L'examen histologique de la tumeur du sein démontra l'existence d'un carcinome typique.

La malade resta guérie jusqu'à la fin de 1894. Au commencement de janvier 1896, elle remarqua quelques troubles de la vision qui bientôt s'aggravèrent au point qu'à la fin de janvier la cécité était absolument complète à droite; mais la malade, plus préoccupée de sa santé générale que de sa vision, ne consulta pas d'ophtalmologiste; elle vint à notre consultation pour la première fois en avril 1896, à cause des vives douleurs qu'elle ressentait dans son œil. Depuis quelques jours, en effet, s'étaient développés de graves accidents glaucomateux, très aigus et très rapides, qui lui paraissaient nécessiter des secours immédiats.

Voici ce que nous constatons : la conjonctive est légèrement injectée; l'œil est un peu dur (T + 1); la pupille irrégulièrement dilatée; la perception lumineuse abolie. La malade accuse une douleur exacerbante partie de l'œil, irradiée dans la région orbitaire et dans le crâne. Les phénomènes glaucomateux sont évidents.

La cornée est saine et sensible comme à l'état normal; l'iris conserve son aspect ordinaire dans toute son étendue, excepté dans son quart externe où se présente évidemment un néoplasme bosselé, rougeâtre, peu saillant, étalé en surface, mais à limites extrêmement nettes; le sphincter de l'iris n'est nulle part intéressé; le bord interne du néoplasme correspond exactement à une ligne verticale, droite, divisant la cornée en deux parties inégales, une partie externe représentant à peu près le 1/4 de la membrane, l'autre partie interne, en comprenant les trois autres quarts.

L'éclairage oblique montre que ce néoplasme fait partie du parenchyme irien qui est ainsi quadruplé ou quintuplé d'épaisseur; l'angle irien est complètement effacé dans toute la partie correspondante au néoplasme, c'est-à-dire dans le tiers environ de sa circonférence.

L'éclairage direct de l'œil montre la transparence du cristallin et l'existence d'un décollement complet de la rétine, d'ailleurs peu visible à travers un corps vitré trouble et difficilement éclairable.

L'œil est très régulier dans sa forme, très mobile, sans aucune saillie staphylomatuse. Il n'y a ni exophtalmie, ni enophtalmie.

Le diagnostic ne saurait être longtemps douteux; il s'agit évidemment d'un néoplasme intra-oculaire d'origine métastatique, résultant de la généralisation du carcinome mammaire.

Ce néoplasme, dont le développement s'est effectué pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1896, a atteint de telles proportions qu'il n'est pas possible d'examiner le fond de l'œil et que la rétine a été complètement décollée.

Nous n'avons pu savoir exactement depuis quelle époque le néoplasme irien avait apparu, si son développement coïncide avec le début de la perte de la vision ou s'il est venu plus tard.

Notre examen ophtalmoscopique aurait été beaucoup plus instructif s'il avait été pratiqué quelques mois auparavant et si la malade n'avait pas attendu l'apparition des accidents glaucomateux pour venir demander nos soins.

Il ne peut y avoir aucune illusion sur le pronostic fatal de l'affection; mais, en présence des douleurs intolérables éprouvées par la patiente, nous lui proposons l'ablation de l'œil, acceptée avec reconnaissance.

Elle est pratiquée par la méthode ordinaire, le 12 mai 1896.

Le nerf optique est d'abord sectionné au ras de l'œil, et sa résection n'en est pas poursuivie parce que l'examen qui en est fait démontre qu'il ne participe pas au néoplasme.

La guérison de la malade est obtenue très vite; quatre jours après l'intervention, elle quitte la clinique en bon état.

Mais dans le courant de juillet de la même année se montrèrent les signes d'un cancer de la colonne vertébrale (douleurs très vives, paralysie du membre inférieur d'un côté; hyperesthésie très douloureuse de l'autre), une tumeur sous-cutanée apparaît dans le flanc droit; la cachexie augmente tous les jours et la mort survient le 13 août 1896.

La nécropsie ne put être faite, la malade ayant succombé dans sa famille.

DESCRIPTION MACROSCOPIQUE. — Le globe de l'œil régulièrement énucléé ne présente aucune saillie, aucune déformation : sa coque ne paraît nulle part menacée. Il est incisé dans le sens antéro-postérieur et selon le méridien horizontal, de façon à partager en deux parties égales la masse néoplasique qui occupe le quart externe de la chambre antérieure.

La figure ci-jointe (fig. 121) représente l'hémisphère supérieur du globe. On voit que la tumeur tient une très grande place dans la coque oculaire; elle est particulièrement

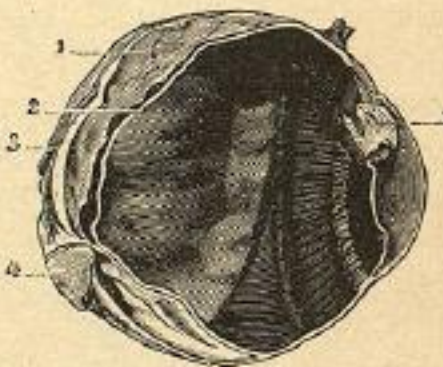


FIG. 121. — Coupe méridienne représentant l'hémisphère supérieur de l'œil.

1, 1. Néoplasme développé dans l'épaisseur de la choroïde et de l'iris. — 2. Rétine. — 3. Sclérotique. — 4. Nerf optique.



épaisse et étendue en dehors, mais elle a déjà envahi une notable étendue de la partie interne, et, ce qui frappe le plus, c'est la distribution du néoplasme en deux régions différentes : d'une part, dans la choroïde; d'autre part, dans l'iris.

Il suffit du simple examen à l'œil nu pour reconnaître que le néoplasme siège exclusivement dans le tractus uvéal, car on reconnaît très aisément d'un côté la sclérotique, de l'autre la rétine intacte, soulevée par le néoplasme, mais encore accolée à sa surface.

Dans la partie antérieure du soulèvement rétinien se trouve un peu de liquide : c'est

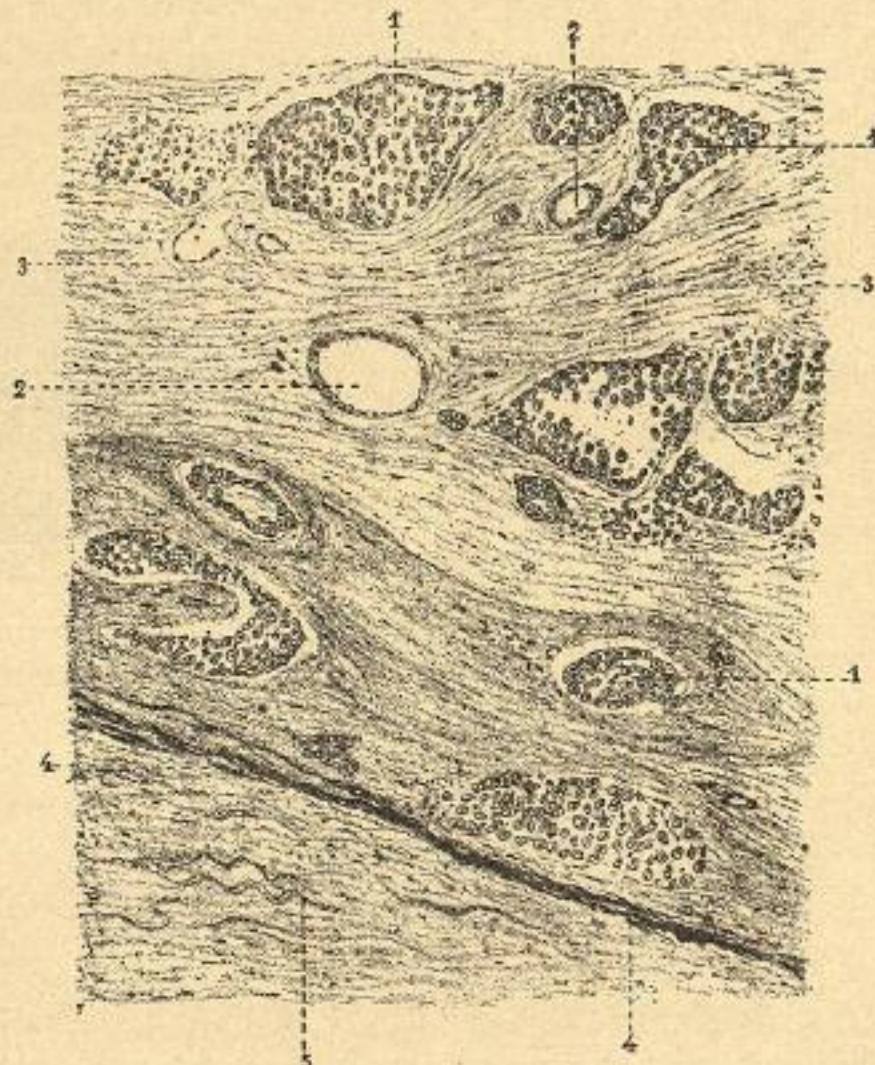


FIG. 122. — Coupe pratiquée au niveau de l'une des parties les moins épaisses du néoplasme. 1, 1, 1. Alvéoles remplies de cellules épithéliales atypiques. — 2, 2. Vaisseaux de la choroïde. — 3, 3. Tissu conjonctif de la choroïde. — 4, 4. Vestiges de la lamina fusca. — 5. Sclérotique.

le seul point où la rétine soit à proprement parler décollée; dans toutes les autres parties elle adhère faiblement au néoplasme, mais elle repose sur lui.

La tumeur irienne est tout à fait indépendante de la tumeur de la choroïde; elle remplit tout le quart externe de la chambre antérieure et va du grand cercle de l'iris jusqu'à un millim. du sphincter.

Cette tumeur paraît, à première vue, s'être développée dans la partie antérieure du stroma irien; à sa face postérieure l'uvée a gardé sa disposition ordinaire, le néoplasme ne pénètre pas profondément dans la région ciliaire; le muscle et les procès n'ont pas

pris part à son développement. L'examen à l'œil nu, et mieux à la loupe, permet d'établir, sans la moindre hésitation, que le tissu morbide occupe le stroma de l'iris et s'est développé exclusivement en avant, vers la cornée, en oblitérant, à ce niveau, c'est-à-dire dans tout le tiers externe, l'angle de filtration. Cette particularité fait comprendre l'apparition des phénomènes glaucomateux qui nous ont amené à intervenir.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (pratiqué après durcissement à l'alcool et inclusion dans la paraffine). — Un grand nombre de préparations ont été faites sur trois points différents : 1° au niveau de la tumeur choroïdienne, sur les limites du néoplasme, je veux dire sur le point où l'épaississement de la choroïde est le moins accusé; 2° toujours au niveau de la tumeur choroïdienne, dans l'un des points les plus épais; 3° au niveau de la tumeur de l'iris.

1° Les premières coupes présentent la structure typique du carcinome alvéolaire; c'est, à s'y méprendre, la structure même d'une tumeur carcinomateuse du sein. Toute l'épaisseur de la choroïde est envahie, mais plus particulièrement la couche vasculaire; la figure 122 montre l'aspect caractéristique de ces lésions; on y distingue des alvéoles creusés dans le tissu de la choroïde, remplis par des cellules épithéliales volumineuses, irrégulièrement cubiques et pourvus d'un gros noyau. Entre les alvéoles on reconnaît d'assez nombreuses couches vasculaires représentant les sections transversales des vaisseaux normaux de la région.

Les larges alvéoles pleins de cellules sont dans la supra-choroïde; les tubes pleins, ronds, ressemblant à des vaisseaux farcis d'éléments cellulaires, sont dans la couche des moyens et des gros vaisseaux; quelques-uns ressemblent vraiment à des vaisseaux dégénérés, mais nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à cette interprétation qui, du reste, ne serait acceptable que pour un petit nombre de ces boyaux cellulaires. On distingue d'ailleurs un certain nombre de vaisseaux intacts; il n'y en a pas de nouvelle formation.

Nous n'avons trouvé de vaisseaux manifestement remplis de cellules épithéliales qu'au niveau des ciliaires antérieures, et, chose remarquable, au moment du passage de ces vaisseaux dans la sclérotique. Cette membrane est intacte, et c'est dans son épaisseur que nous avons étudié et représenté (fig. 123) un vaisseau contenant un bouchon épithélial. Il s'agit là d'une embolie analogue à celles qui ont été constatées par Uthoff et quelques autres.

2° Sur les coupes faites dans les parties les plus épaisses du néoplasme, la nature des cellules est évidemment la même que précédemment, mais elles sont disposées différemment; ici plus d'alvéoles, les cellules en ont usé les parois, le contenu a détruit le contenu et la choroïde présente une infiltration générale et diffuse de cellules. On distingue seulement, en quelques points, quelques débris de cloisons, vestiges du tissu normal de la membrane vasculaire de l'œil.

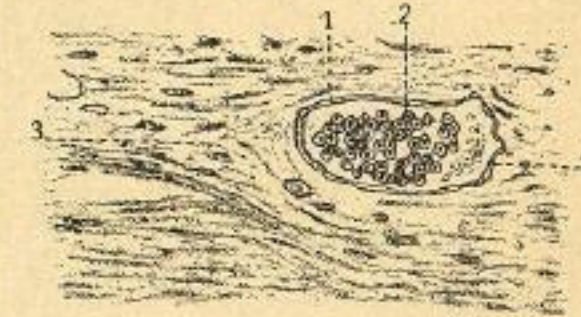


FIG. 123. — Coupe de la sclérotique au niveau du passage des ciliaires antérieures.

1, 1, 1. Paroi du vaisseau. — 2. Cellules épithéliales atypiques dans son intérieur. — 3. Sclérotique.



En beaucoup de points les éléments cellulaires sont en dégénérescence ; il y a de véritables foyers de nécrose et quelques hémorragies interstitielles (fig. 124).

Les foyers nécrotiques résultent de la dégénérescence des cellules épithéliales qui, trop fortement tassées les unes contre les autres, ont perdu leur moyen de nutrition, d'autant plus facilement que dans le tissu morbide, il n'existe pas de vaisseaux néoformés et que les cellules tirent leur nourriture du seul milieu lymphatique dans lequel elles sont plongées. Ces foyers nécrotiques siègent au milieu de larges masses

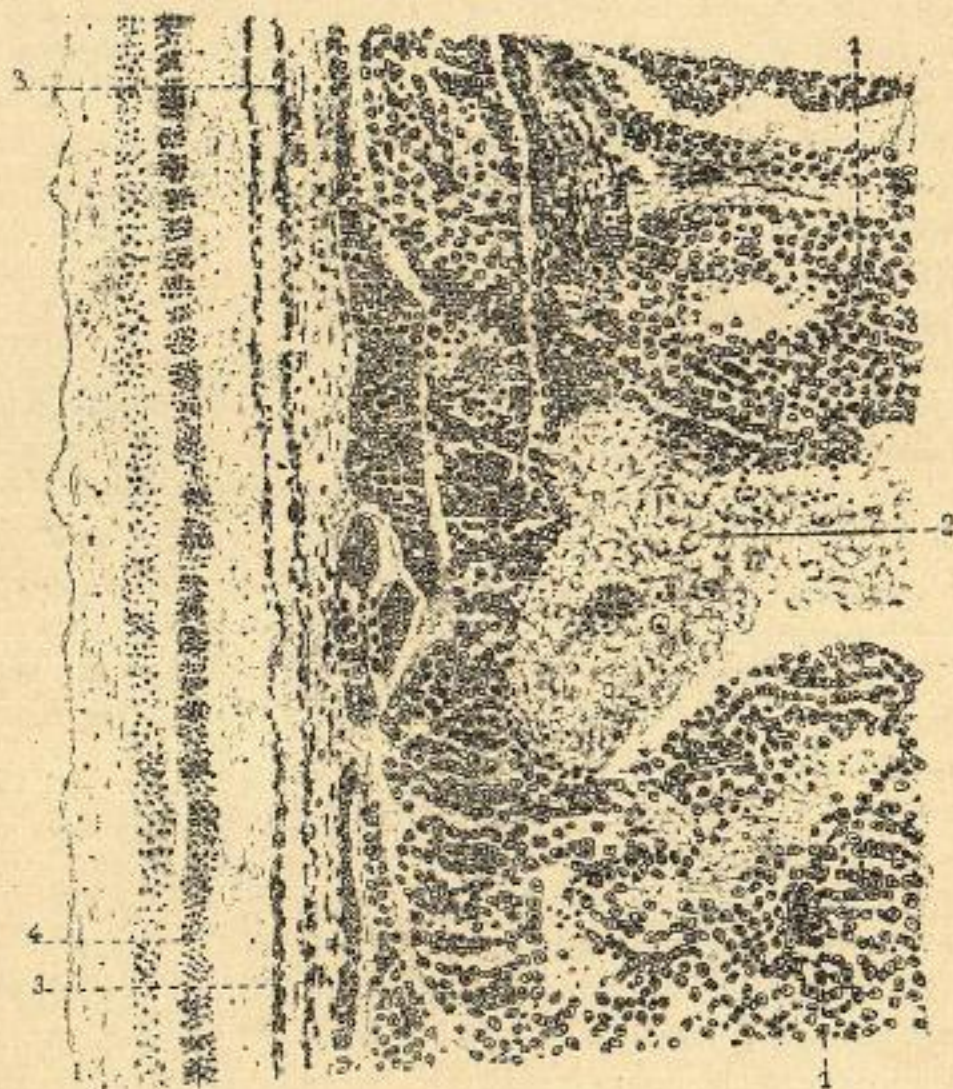


FIG. 124. — Coupe pratiquée au niveau de l'une des parties les plus épaisses du néoplasme.  
1, 1. Épithélioma diffus. — 2. Foyer de nécrose. — 3, 3. Vestiges de l'épithèle pigmenté, —  
4, 4. Rétine.

épithéliales, et autour d'eux on voit des cellules encore vivantes constituant les bords irréguliers et dentelés de larges espaces blanchâtres, qu'aucun réactif (picro-carmin, carmin de Gibbs, thionine, hématoxyline) n'a pu colorer.

Les hémorragies interstitielles sont peu nombreuses et peu abondantes ; elles se résument en quelques globules rouges extravasés et libres au milieu des cellules épithéliales qu'ils ont refoulées et dans lesquelles le liquide hématique s'est fait, par effraction, une petite place. Ces hémorragies interstitielles existent presque toutes dans la couche des gros vaisseaux.

3° Les préparations, faites au niveau de la tumeur irienne, révèlent absolument les mêmes désordres ; le tissu est infiltré de cellules épithéliales dans toute son étendue ; on ne distingue pas d'alvéoles. Les seules parties encore visibles de l'iris sont les membranes basales, antérieure et postérieure, surtout cette dernière. Quelques cellules épithéliales sont tombées dans la chambre antérieure au niveau de l'angle de filtration.

Tels sont les désordres essentiels présentés par ce néoplasme qui est évidemment un carcinome du tractus uvéal avec double localisation dans la choroïde et dans l'iris, l'une et l'autre partie du tractus ayant été envahies surtout dans le segment externe.

La première série de nos coupes a fait constater le mal dans ses premières périodes, les autres à une période plus avancée ; il s'agit, sans contestation possible, d'une métastase oculaire de la tumeur du sein.

Obs. II — Carcinome métastatique de la choroïde ; propagation à l'orbite. Exentération de l'orbite. — Jean D..., cultivateur à Manciet (Gers), entre à l'hôpital Saint-André le 7 août 1900, pour une tumeur oculaire et orbitaire dont l'histoire est la suivante.

Les antécédents héréditaires sont bons et ceux du malade lui-même ne nous apprennent rien de particulier. Il nous affirme qu'il a été bien portant jusqu'au mois de mai 1900 ; à cette époque, la vue de l'œil droit diminua ; il éprouva quelques phénomènes douloureux qui furent modérés et ne durèrent que quelques semaines. Quand ces phénomènes douloureux eurent disparu, vers le milieu de juillet, le malade remarqua l'apparition dans l'œil droit d'une cataracte qui, depuis, s'est lentement complétée.

À la même époque apparut la tumeur orbitaire qui inquiéta tout spécialement le malade, et l'amena à venir nous consulter.

État actuel. — Le 7 août, au premier examen, nous sommes frappé par la présence de la tumeur orbitaire qui a été représentée d'après nature (fig. 125). Il y a, en outre, une exophtalmie assez accusée, une cataracte complète ; la pupille est dilatée, sans traces d'iritis et absolument insensible à la lumière.

La pupille s'illumine lorsque l'éclaireur de contact est placé en un point situé en haut et en dedans, dans le voisinage du cul-de-sac ; elle ne s'illumine pas lorsqu'on le place partout ailleurs, et nous en concluons, d'une part que la paroi oculaire est saine seulement en haut et en dedans, d'autre part que le néoplasme est loin de remplir la chambre du corps vitré.

Un éclaireur, introduit dans la cavité buccale, permet de constater, en même temps que l'illumination du cul-de-sac inférieur de l'œil gauche, l'obscurité complète du cul-de-sac de l'œil droit.

L'état général du sujet est médiocre ; il est amaigri, mais possède encore un appétit

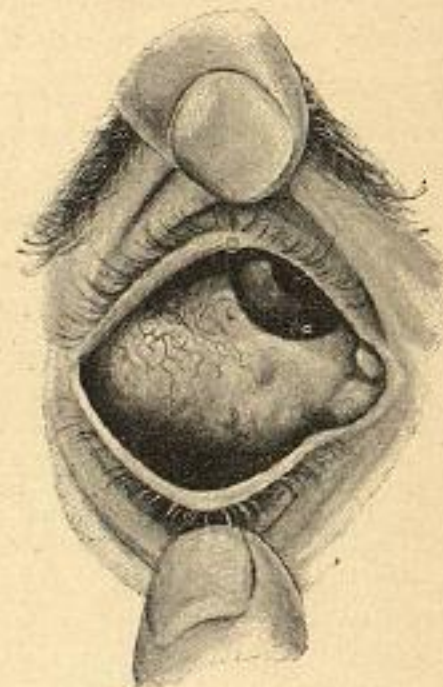


FIG. 125. — Carcinome métastatique de la choroïde. Volumineuse tumeur extra-oculaire, sous la conjonctive.



assez bon ; il n'a pas le teint cachectique, et bien qu'il s'agisse évidemment chez lui d'un cas très grave, il ne nous semble pas que le mal soit sans remède.

L'examen des divers organes ne nous apprend rien de particulier : les urines étaient d'une abondance normale, 1,200 grammes en vingt-quatre heures, leur densité de 1022, leur réaction acide, leur couleur jaune avec peu de sédiment. Il y avait 19,50 d'urée par litre, 1,40 d'acide phosphorique, 13,40 de chlorure de sodium, et des traces d'urobilline ; ni sucre, ni albumine ; en somme, elles étaient normales. La digestion des aliments était également régulière.

Tous ces symptômes nous conduisaient au diagnostic de sarcome de la choroïde avec propagation à l'orbite, et nous crûmes ne pas devoir refuser au malade, malgré la gravité du cas, l'opération qu'il était venu chercher à l'hôpital ; et le 11 août, nous lui pratiquâmes, par la méthode ordinaire, l'exentération de l'orbite, qui eut lieu sans incident. La suite de l'observation, c'est-à-dire l'examen de la pièce anatomique, nous démontra que le diagnostic était erroné, le malade étant atteint d'un carcinome intra et extra-oculaire et selon toute vraisemblance d'un carcinome métastatique.

Les suites de l'opération furent heureuses et le malade quitta l'hôpital le 30 août 1900, guéri de son opération, mais avec un état général de plus en plus mauvais. Nous avons pu savoir depuis qu'il est mort dans son pays. L'autopsie n'a pu être faite.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La tumeur a été enlevée complètement grâce à une exentération de l'orbite ; il n'a pas été possible de l'extirper d'un seul morceau, car la partie postérieure entourant le nerf optique allait jusqu'au trou optique, que peut-être même elle dépassait. Après avoir, de toutes parts, décollé le périoste comme on le fait pour l'exentération complète, il a fallu sectionner en plein néoplasme, à un centimètre environ en avant du trou optique. Le reste de la tumeur a été complètement détruit par le thermocautère.

L'examen macroscopique du néoplasme permet de constater qu'il atteint presque le volume d'un œuf, qu'il est bosselé avec des marbrures noirâtres visibles à travers la conjonctive distendue. La section faite en plein néoplasme, en arrière de la tumeur, montre le nerf optique bien distinct. Dans le point où ce nerf a été sectionné, il paraît libre dans ses gaines, sans rapport bien étroit avec la masse morbide. La tumeur est sectionnée en deux parties égales, selon une coupe horizontale, par laquelle nous avons divisé le nerf optique dans le sens longitudinal ; la sclérotique et la cornée sont également divisées en deux segments.

Cette coupe permet de constater les divers détails que la figure 126 montre. Ces détails concernent :

- 1° Le globe de l'œil ;
- 2° Le nerf optique ;
- 3° La portion extra-oculaire de la tumeur.

1° Dans le globe de l'œil, on aperçoit une tumeur leucotique avec des flots mélaniques assez étendus ; aplatie, elle occupe la moitié du globe, de la région postéro-interne à la région antéro-externe. Le néoplasme (voir fig. 126) offre ceci de particulier qu'il est diffus, en nappe, d'une épaisseur d'à peu près cinq millimètres. A sa surface, la rétine est décollée et il existe entre celle-ci et le néoplasme un espace sous-rétinien, capable de contenir une assez grande quantité de liquide. Le cristallin, que la coupe a partagé par le milieu et qui, nous le savons, était catacacté, a gardé sa forme régulière. La chambre antérieure est conservée et l'angle irien, autant qu'on puisse en juger à

l'œil nu, est oblitéré. Sur cette coupe, la sclérotique entoure régulièrement le néoplasme sans paraître avoir souffert de son voisinage.

L'examen histologique dira si la coque oculaire a été quelque part perforée, mais déjà, à la simple inspection, il est certain que le sarcome intra-oculaire s'est propagé en dehors de l'œil par le nerf optique et sa gaine.

2° Le nerf optique a été envahi par le néoplasme mélanique, ainsi que sa couleur seule

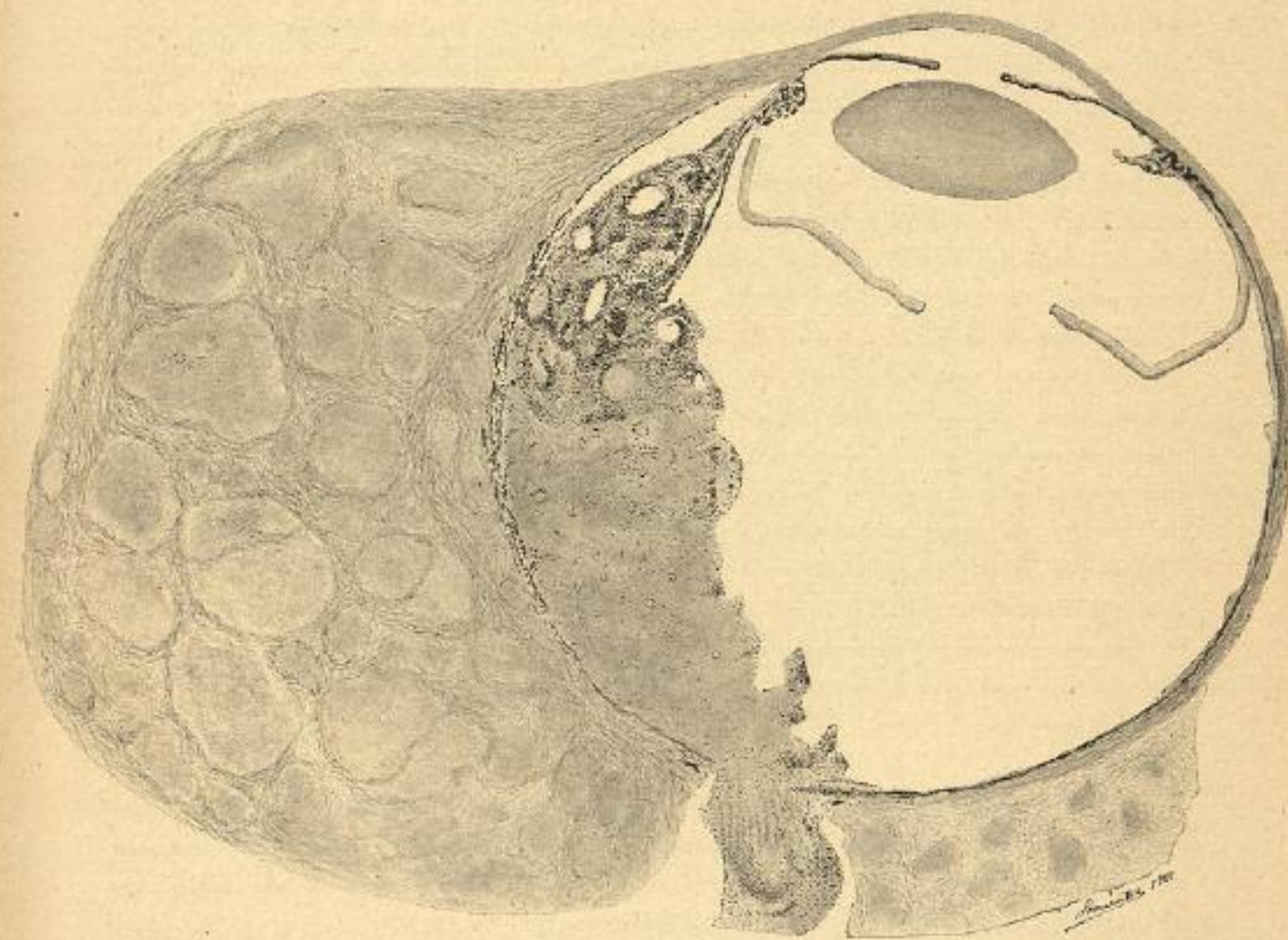


FIG. 126. — Carcinome métastatique de la choroïde ; on y distingue la tumeur intra-oculaire aplatie, en nappe, pigmentée à sa partie antérieure, et la tumeur extra-oculaire, cloisonnée par des travées conjonctives séparant d'énormes masses épithéliales. Entre les deux tumeurs la sclérotique apparaît encore, à moitié détruite par la prolifération cellulaire.

le démontre. Il a conservé sa forme dans toute son étendue, mais il n'est libre avec ses gaines qu'à partir d'un centimètre en arrière de l'œil. Dans le premier centimètre, en arrière de l'œil, les gaines et le néoplasme sont adhérents.

3° La tumeur extra-oculaire occupe une place très importante dans l'affection. Elle offre ceci de remarquable, c'est qu'elle ne présente, au moins à la coupe, aucune trace de mélanose. Elle n'est pas uniformément blanche à cause des nombreuses hémorragies interstitielles qu'elle renferme, et peut-être aussi à cause du tissu musculaire dégénéré qu'elle contient. Sur tout le segment externe et postérieur du globe oculaire, elle adhère étroitement à la sclérotique. Elle entoure dans toutes ses parties le nerf optique, de la papille au *foramen opticum*. Autour de ce nerf, du reste, elle a très abondamment



proliféré de façon à remplir tout le sommet du cône orbitaire que le thermocautère seul a pu entièrement débarrasser. (Fig. 126.)

Le point le plus remarquable à relever dans cette masse extra-oculaire est son défaut de pigmentation qui contraste avec l'aspect mélanique d'une assez grande partie de la tumeur intra-oculaire.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les préparations nous ont démontré, sans hésitation possible, qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale diffuse, ayant envahi la choroïde en nappe, comme il arrive dans les carcinomes métastatiques de cette membrane; en outre, les cellules épithéliales ont infiltré la sclérotique qui est véritablement dissociée par des nids cellulaires ayant creusé dans l'épaisseur de cette membrane des alvéoles de volume variable; les alvéoles les plus externes se sont, en quelque sorte, ouverts dans l'orbite qui est le siège d'une volumineuse tumeur épithéliale diffuse. Le nerf optique a été envahi par l'intermédiaire de la gaine pie-mérienne, il est entouré par une masse morbide qui lui forme un épais manchon qui va jusqu'au trou optique, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte pendant l'exentération.

Dans l'étude de sa structure, qui est celle, nous le répétons, du carcinome typique, un point nous a particulièrement intéressé, c'est la participation du pigment choroïdien à la formation du néoplasme qui est mélanique dans une petite partie, la partie antérieure et externe de la choroïde; à ce niveau, on constate la prolifération active des cellules pigmentées, et l'on aperçoit, en dedans de la tumeur, la limitant exactement du côté du corps vitré, l'épithèle pigmentée, qui ne prend absolument aucune part au processus. Une bande de cellules épithéliales non pigmentées sépare cet épithèle de la partie mélanique de la tumeur. On peut donc affirmer que, dans ce cas, la pigmentation n'est pas d'origine hématurique; le néoplasme est dans son ensemble peu vasculaire et nous n'y avons pas trouvé une seule hémorragie.

La rétine décollée est saine; l'angle irien est oblitéré, ainsi que l'indique la figure.

De quelle tumeur primitive cette affection épithéliale est-elle une métastase, nous l'ignorons, et nous ne pouvons que regretter, à ce sujet, de n'avoir pu faire l'autopsie de ce pauvre homme qui n'a pas tardé à succomber aux progrès de son mal, après l'inutile opération que nous lui avons pratiquée.

Les faits analogues à nos cas personnels sont résumés dans les tableaux précédents et leur étude attentive nous permet de dégager avec fruit les particularités intéressantes de l'histoire du carcinome métastatique. En France, un seul travail d'ensemble (Bouquet), très bien conçu d'ailleurs, a été publié sur ce sujet; nous nous efforcerons de le compléter en mettant en relief les points principaux concernant cette question.

Nous étudierons successivement l'anatomie et la physiologie pathologiques du carcinome métastatique, son histoire clinique et son diagnostic.

A. — Anatomie et physiologie pathologiques. — 1° STRUCTURE DU NÉOPLASME. — L'aspect général du néoplasme est celui d'un stratum alvéolaire rempli par des agglomérations de cellules polyédriques, vaguement hexagonales, pourvues d'un gros noyau et d'un volume considérable pouvant aller jusqu'à 50  $\mu$ .

Gayet, dans son cas, a signalé des tubes glandulaires formés d'une



FIG. 127. — Tumeur glandulaire de la choroïde. (GAYET.)

a, a, a. Coupes de glandes tubulées. — b, b, b. Stroma fibreux.

unique rangée de cellules épithéliales, si bien qu'il a cru pouvoir donner à son affection le nom d'adénome; il est bien évident que ce mot ne peut suffire à caractériser la tumeur qu'il a décrite, puisqu'il a remarqué sur certains points une structure nettement carcinomateuse; mais il est très intéressant de constater, dans l'observation et sur les dessins de cet auteur, de véritables formations isolées ou groupées, rappelant dans une certaine mesure des acini plongés dans une gangue fibreuse très développée qui les sépare tout en les réunissant. (Fig. 127.)

Gayet rapproche de son observation un cas de tumeur glandulaire de la choroïde, à forme acineuse, observée par Kamocki<sup>1</sup> dans l'œil énucléé

<sup>1</sup> KAMOCKI. *Centralblatt für Augenheilkunde*, 1884, p. 407, et *Arch. of ophthalmology*, t. XXIII, f. 1 et 2, 1894, p. 105.