

La rareté de cette généralisation oculaire est donc un fait constant qu'il convient d'accepter. Il s'explique d'ailleurs très bien par les conditions spéciales qui président à la pathogénie de l'affection.

Avant d'arriver à la choroïde, les cellules épithéliales, versées dans le système veineux par les gros troncs lymphatiques, ont à traverser le réseau pulmonaire; une fois arrivées au cœur gauche elles ont toutes sortes de bonnes raisons pour prendre la direction de la colonne vertébrale, du foie, du cerveau, etc., etc., plutôt que celle de l'artère ophthalmique.

Un seul point reste vraiment difficile à expliquer. Pourquoi, sur 25 cas, 18 fois le carcinome mammaire est-il en cause? Sans doute cette affection est très fréquente, mais elle ne l'est pas plus que le cancer utérin, et à elle seule elle l'est infiniment moins que les carcinomes réunis de l'utérus, du foie, de la langue, du rectum, etc., etc.

Nous pensons que l'explication de ce fait singulier est dans une certaine identité de milieu entre le tissu de la choroïde et le tissu lâche dans lequel, autour des acini glandulaires, vivent et pullulent, avant de se détacher, pour coloniser, les cellules épithéliales atypiques qui forment le cancer du sein. Dans le sein, en effet, il existe des mailles conjonctives cloisonnant des espaces lymphatiques larges, analogues à ceux de la choroïde.

Lorsque les cellules morbifiques sont ainsi apportées dans ce milieu analogue à leur milieu d'origine, elles prolifèrent facilement, reprennent leur vie première et font, dans la membrane vasculaire de l'œil, exactement ce qu'elles faisaient dans la glande mammaire.

Le cancer de l'utérus se développe en s'infiltrant dans l'épaisseur d'un tissu musculaire; de même le cancer du rectum, celui de la langue, se propagent dans un tissu bien différent de celui de la supra-choroïde; c'est pourquoi ces carcinomes, et ceux qui peuvent leur être comparés, ont peu de tendance à se propager dans l'œil.

Les cinq paragraphes que nous venons de passer en revue comprenant tout ce qui concerne l'anatomie et la physiologie pathologiques du carcinome métastatique de l'œil, son histoire sera complète lorsque nous aurons étudié la symptomatologie et le diagnostic. C'est là l'objet du paragraphe suivant.

B. — Symptômes et diagnostic. — Le début du mal est rapide, mais sans grand fracas. Il n'y a ni douleur, ni inflammation. Le malade accuse un léger trouble de la vue, sans scotome bien déterminé, ce qui s'explique par l'intégrité complète de la rétine. Il convient d'examiner le plus tôt possible les malades qui accusent la moindre gêne dans la vision.

En examinant ainsi les sujets dès la première heure, on pourra constater, comme Hirschberg, autour de la papille, plusieurs petits points jaunâtres qui correspondent aux colonies naissantes et, autour de ces points, un épaissement diffus de la choroïde; très rapidement on verra ces lésions s'accroître à mesure que l'acuité visuelle diminuera.

Comme Hirschberg, Schæler a pu constater, dès le début, des petits foyers grisâtres du volume d'une tête d'épingle. La tuméfaction de la choroïde peut rendre hypermétrope un œil primitivement emmétrope (Hirschberg).

Peu d'observateurs ont, aussi bien qu'Uhthoff, décrit l'*aspect ophthalmoscopique caractéristique* du carcinome métastatique.

Sur sa première malade il constata une papille floue, aux contours effacés, sans proéminence et, immédiatement en dehors de la papille, dans la région de la macula lutea et ses environs, il remarqua une saillie assez large pour occuper une grande partie du fond de l'œil; à son point le plus accusé la saillie était de 3 millim. La lésion présentait une forme ovale, tranchant assez nettement sur les parties saines du fond de l'œil. Sa couleur générale était gris jaunâtre et, sur le fond ainsi coloré, apparaissaient des taches grandes et petites d'un blanc très net. Outre ces taches blanchâtres, Uhthoff constata des foyers noirâtres de pigment. La rétine passait intacte sur les parties malades.

Dans l'œil droit de la même patiente, Uhthoff décrit une saillie un peu moins accusée (2 millim. et demi), située au-dessous de la papille, de forme circulaire, d'un gris jaunâtre uniforme, excepté à la limite inféro-externe où se trouvent des taches isolées blanches.

Chez un deuxième malade, Uhthoff constate à droite un décollement étendu de la rétine en bas; la papille a des contours effacés et autour d'elle apparaissent des foyers blanchâtres. Dans la région de la macula se trouve une surface assez régulièrement colorée en gris jaunâtre, sur

le fond de laquelle se détachent des agglomérations distinctes de pigment.

A gauche, chez la même malade, le même auteur constate au niveau du pôle postérieur, sur toute la région de la macula, la même altération gris jaunâtre; toujours avec de petites agglomérations pigmentaires isolées. L'affection étant plus récente, il n'y a aucune saillie notable et la papille est encore nettement délimitée.

On peut considérer comme typiques ces descriptions du professeur de Breslau. Elles montrent les différences que peut présenter la lésion, selon qu'on l'examine à une période plus ou moins rapprochée de son début; elles montrent aussi la grande unité de ces divers désordres, savoir: la couleur uniformément gris jaunâtre parsemée de points noirs (dépôts pigmentaires) et de taches blanchâtres (décollement partiel de la rétine ou nécrose du tissu morbide), le siège dans la région de la macula, l'aspect aplati du néoplasme.

En général, il n'y a pas de phénomènes inflammatoires; cependant Manz et Mitvalsky ont constaté des troubles du corps vitré et Uthoff de la papillite.

Si l'examen est pratiqué quelques semaines après le début de l'affection, on pourra ne voir, comme Schultze, qu'un décollement rétinien; c'est là ce qui s'est passé dans notre cas, mais ce décollement ne se présentait pas avec les signes ordinaires de cette affection; il s'agissait d'un soulèvement très étendu de la rétine qui ne nous a paru nulle part mobile, bien que, l'examen anatomique l'a démontré, elle fût sur une faible partie de son étendue décollée par un exsudat séreux. Dans sa presque totalité, elle était soulevée par le néoplasme, mais encore collée à sa surface.

Lorsque la tumeur acquiert un volume considérable, elle peut déterminer dans l'œil des phénomènes d'irritation assez accusés; Guende a signalé de la cyclite, avec un léger œdème palpébral, et dans le fait de Schultze, il existait de l'épisclérite. Il est rare que des phénomènes glaucomeux se produisent, parce que le développement du néoplasme oculaire qui coïncide avec d'autres très graves désordres métastatiques viscéraux, est interrompu par la mort. Cependant, quand l'iris est intéressé,

ainsi que cela a eu lieu dans notre premier cas, ces phénomènes peuvent résulter de l'oblitération partielle de l'angle irien.

Loin d'entraîner des accidents glaucomeux, le carcinome métastatique provoque d'habitude un abaissement de la tension, probablement parce que la nutrition du corps vitré est compromise par l'affection choroïdienne.

Le champ visuel, l'acuité visuelle, interrogés à cette période, donnent des résultats variables selon l'étendue du néoplasme et son siège, plus fréquemment placé près de la papille et en dehors d'elle.

Lorsque l'ophtalmologiste a constaté ces symptômes objectifs et subjectifs, la question du diagnostic différentiel se pose pour lui, et voici les données générales qui le dirigeront en pareil cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le carcinome métastatique de la choroïde peut être confondu: 1° avec un sarcome de cette membrane; 2° avec un gliome de la rétine; 3° avec les angio-sarcomes et les angiomes caverneux de la choroïde; 4° avec la tuberculose choroïdienne; 5° avec une hyalitis; 6° avec une choroïdite métastatique exsudative.

D'une façon générale ce diagnostic différentiel, qu'il importe cependant de faire avec soin, n'est pas difficile, à cause du fait clinique majeur, dominant la scène morbide, à savoir la présence habituellement facile à constater, du carcinome originel, mammaire ou autre.

1° Avec le sarcome de la choroïde. — Le premier signe est celui que nous venons de rappeler; il faudra le rechercher avec soin; il a passé inaperçu dans le cas de Gayet pendant quelque temps et aussi dans notre deuxième fait. L'observateur devra très soigneusement interroger à ce point de vue tous les viscères, en portant plus particulièrement son attention sur ceux qui sont le plus souvent atteints de tumeur épithéliale. Outre la présence du carcinome primitif, on trouvera souvent d'autres métastases qui rendront le diagnostic immédiatement facile.

Le sarcome de la choroïde est *unilatéral*; Fuchs¹ n'a constaté la bilatéralité que trois fois; l'existence d'une tumeur maligne dans les deux yeux est au contraire fréquente quand il s'agit du carcinome métastatique.

Le siège du carcinome est plus caractéristique encore: le sarcome de

¹ FUCHS. *Das Sarcom des Uvealtractus*, 1882. Wien.

la choroïde se développe indifféremment au pôle postérieur ou dans les régions équatoriales, le carcinome a son siège de prédilection, et même au début, son siège exclusif, dans le pôle postérieur de l'œil, en dehors du nerf optique, dans la région de la macula. Il apparaît à la fois en plusieurs points distincts, tandis que le sarcome de la choroïde constitue dès le début une tumeur unique.

La forme du carcinome présente également des caractères très spéciaux; nous savons que la tumeur est aplatie, diffuse, prend la forme d'une coquille. Cette dégénérescence étalée de la choroïde contraste absolument avec la forme du sarcome de cette région, qui, dès le début, est proéminent, arrondi, saillant sous la rétine qui est presque toujours décollée et séparée du néoplasme par un exsudat séreux sur lequel elle flotte librement. Dans le cas de carcinome, la rétine est soulevée, mais non point détachée; elle conserve ses attaches avec l'épithèle pigmenté.

Enfin la marche du carcinome est essentiellement différente de celle du sarcome; ce dernier se développe avec une certaine lenteur, en une ou plusieurs années; nous avons observé un malade qui a conservé pendant dix ans un sarcome mélanique intra-oculaire; le carcinome au contraire marche vite, très vite; en quelques mois, non seulement la vision est complètement abolie, mais encore la mort du sujet survient par les progrès de l'affection générale.

2° Avec le gliome de la rétine.— Cette affection, telle qu'elle est décrite dans les classiques, n'a jamais été confondue avec le carcinome métastatique; il est établi qu'elle ne se développe que dans l'enfance, l'âge de 9 ans étant donné comme la période ultime après laquelle le gliome rétinien n'existe pas. Dans ces conditions, la question du diagnostic ne se posera que très rarement entre la tumeur rétinienne et le carcinome métastatique de la choroïde qui doit être rare chez les enfants où les cancers épithéliaux sont presque inconnus.

Il n'est cependant pas impossible qu'un observateur ait à se prononcer entre les deux hypothèses: gliome ou carcinome métastatique choroïdien chez un enfant. Il tirera les éléments principaux du diagnostic de la présence du carcinome originel et de la forme de la tumeur, ains

que de son retentissement sur le corps vitré, le plus souvent nul dans le carcinome métastatique.

3° Les *angio-sarcomes* et les *angiomes caverneux de la choroïde* peuvent créer de véritables difficultés. Gunther¹ a décrit sous le nom d'angio-sarcome une tumeur pré-papillaire qui, au microscope, présente la structure d'un néoplasme dont les boyaux constitutifs étaient occupés au centre par un capillaire gorgé de sang. Ces boyaux étaient composés de cellules, les unes rondes, les autres cylindriques, soutenues par un stroma conjonctif fin. Leber², Knapp³, Nordenson⁴, Hirschberg⁵ et quelques autres ont décrit des cas analogues.

Ces tumeurs ne peuvent guère, sur le vivant, être différenciées du carcinome métastatique que par leur évolution plus lente et l'absence du carcinome primitif.

Outre l'angio-sarcome, il existe encore dans la choroïde de véritables angiomes caverneux. Giuliani⁶ en a rapporté une observation dont l'histoire mérite d'être rapprochée de celle du carcinome métastatique. Il s'agissait d'un homme de 28 ans qui, en dix jours, perdit complètement la vue du côté gauche; l'œil était rouge, douloureux, et la tension élevée (T + 2). (V. p. 287.)

L'énucléation fut faite et à l'examen de l'œil on trouva une proéminence lenticulaire brun rougeâtre, de consistance élastique, occupant la couche des gros vaisseaux et histologiquement composée d'espaces caverneux remplis de sang parfaitement conservé.

Schiess⁷ et Panas⁸ ont observé des faits analogues, de nature à rendre l'ophtalmologiste très perplexe. Le diagnostic différentiel ne trouve de point d'appui ferme que dans l'examen détaillé de tous les organes du sujet et dans la présence ou l'absence du carcinome primitif. Il est vrai que cet élément de diagnostic sera, à lui seul, presque toujours suffisant.

¹ GUNTHER. *Arch. für Augenheilkunde*, XXV, p. 136, 1892.

² LEBER. *Arch. f. Ophthalmol.*, XIV, p. 221, 1868.

³ KNAPP. *Die intraoculären Geschwülste*, 1868, p. 134.

⁴ NORDENSON. *Arch. für Ophthal.*, XXXI, 4, p. 59.

⁵ HIRSCHBERG. *Centralblatt für Augenheilk.*, VIII, p. 138.

⁶ GIULINI. *Arch. für Ophth.*, XXXVI, 4, p. 247, 1890.

⁷ SCHIESS. *Angiome caverneux Arch. für Ophth.*, XXX, IV, 3, p. 240.

⁸ PANAS. *Atlas d'anatomie pathologique de l'œil*.

4° La tuberculose choroïdienne peut prendre une forme diffuse dont l'aspect ophtalmoscopique présente beaucoup d'analogie avec le carcinome métastatique ; dans les deux affections le mal marche rapidement d'arrière en avant, s'étale dans le tractus uvéal. Mais la tuberculose se distingue par sa plus grande fréquence chez les jeunes sujets, son envahissement plus rapide de la choroïde et l'existence de manifestations tuberculeuses dans le poumon ou les articulations.

5° L'hyalitis existe, nous l'avons vu, au début du carcinome métastatique. Quelques auteurs l'ont constatée à l'examen ophtalmoscopique, mais la véritable hyalitis présente un caractère aigu qui n'appartient pas au carcinome, et l'on en trouvera d'habitude la cause dans une infection endogène ou exogène, dans un traumatisme, etc.

6° La choroïdite peut revêtir une forme inflammatoire subaiguë qui, à l'ophtalmoscope, présente de grandes analogies avec le carcinome métastatique. La membrane vasculaire de l'œil s'épaissit sur une large étendue, la rétine est soulevée par un exsudat solide, l'affection marche assez rapidement d'arrière en avant, l'œil devient hypotone sans présenter de réaction marquée et les signes subjectifs sont les mêmes que ceux du carcinome. En pareil cas il faut chercher dans l'organisme la cause de cette choroïdite métastatique consécutive à l'envahissement de l'œil par des microorganismes ou à son infection par des toxines.

Comme dans le cas d'angio-sarcome, de tuberculose diffuse de la choroïde, d'hyalitis, le diagnostic reposera essentiellement sur l'examen soigneux de l'état général du sujet.

Pour être complète, l'histoire du carcinome métastatique devrait comporter un paragraphe concernant le *traitement* ; mais, à vrai dire, ce paragraphe n'a aucune importance, car cette affection est absolument au-dessus des ressources de la thérapeutique. Elle annonce toujours la fin prochaine du malade. On ne sera autorisé à intervenir qu'en présence des accidents glaucomateux qu'entraîne, rarement d'ailleurs, le néoplasme. L'énucléation, en pareil cas, épargnera au patient une partie des souffrances qui résultent de la généralisation de son carcinome primitif,

BIBLIOGRAPHIE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

TUMEURS MALIGNES DU TRACTUS UVÉAL

Cette bibliographie est destinée à compléter les indications que le lecteur a trouvées dans le corps de l'ouvrage.

1829

AMMON. — Medullar Sarkom des Auges. *Ammon's Journal*.

1843

AMMON und SALOMON WALTER. — *Ammon's Journal*, B. I.
ARCHIGENES. — *Gaz. des hôp.*, novembre.

1860

DOR. — Sarcome de la choroïde ; mélanose ; décollement hémorragique complet de la rétine. *Écho méd. de la Suisse*, p. 348.

1864

HASNER. — Ueber Krebs des Auges. *Prag. med. Woch.*, n° 49.

1865

KNAPP. — Sarcome de la choroïde. *Soc. d'opht. d'Heidelberg*, 5 septembre.

1868

DEMARQUAY. — Sarcome de la choroïde ; extirpation de l'œil par le procédé Bonnet ; œil artificiel. *Ann. d'ocul.*, p. 126.

HART. — Fibroplastic melanoid tumor of the eyeball. *Ophth. Hospit. Reports*, VII, p. 225.

HIRSCHBERG (J.). — Un cas de sarcome de l'iris. *Arch. f. Ophth.*, B. XIV, Abth. 3.

HULKE. — *Ophth. Hospit. Reports*, et *Transact. of the Patholog. Society*, Bd XVIII.