

à la définition du mot « tumeur » que nous avons donnée au commencement de cet ouvrage (voir page 1).

On rencontre aussi dans l'œil un certain nombre d'inflammations chroniques, le plus souvent d'*origine métastatique*, qui simulent un néoplasme pendant une période de leur évolution ; ce sont les affections qui donnent lieu au *pseudo-gliome* et qui ont été décrites sous cette rubrique vague et indéfinie. Nous devons consacrer un chapitre à ce pseudo-gliome dont la connaissance intéresse beaucoup le diagnostic différentiel des vraies tumeurs rétinienne.

Enfin, il existe encore dans l'œil un processus qui n'est pas celui des néoplasmes et qui aboutit cependant à la formation d'un tissu nouveau, adulte et complet : c'est le *processus d'ossification*, qu'on rencontre si souvent dans les vieux moignons atteints d'irido-cyclite et de choroïdite chroniques. Il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une formation osseuse analogue à celle de l'ostéome ; on n'a jamais vu l'ossification du tractus uvéal dégénérer en véritable néoplasme ; il y a là cependant autre chose qu'une néoplasie, puisqu'il y a formation définitive d'un os bien constitué, et notre livre consacré à l'étude des pseudo-tumeurs devra compter un chapitre sur l'ossification dans l'œil.

En résumé, ce livre sera donc divisé de la manière suivante :

- I. Des pseudo-tumeurs dues à la tuberculose.
- II. Des pseudo-tumeurs dues à la syphilis.
- III. Du pseudo-gliome.
- IV. De l'ossification dans l'œil.

## CHAPITRE PREMIER

### DES PSEUDO-TUMEURS DUES A LA TUBERCULOSE

Les pseudo-tumeurs dues à la tuberculose peuvent se développer dans toutes les membranes de l'œil ; la cornée et la sclérotique n'en sont pas exemptes, et l'on a cité quelques cas de tubercules évoluant dans la rétine ; mais l'immense majorité, la presque totalité des tubercules oculaires se développent dans le tractus uvéal, l'iris, le corps ciliaire et la choroïde.

Nous étudierons d'abord les tubercules de l'*iris*, ensuite ceux du *corps ciliaire* et de la *choroïde*. Cette division, sans doute fort artificielle au point de vue de la pathogénie et de l'étiologie, est d'accord avec un grand nombre de faits cliniques. Il est fréquent de voir la tuberculose se limiter au segment antérieur de l'œil ; la zonule et le muscle ciliaire facilitent dans une certaine mesure cette limitation et il n'est pas rare également de constater, l'iris étant indemne, des tubercules dans la choroïde. Cette localisation au segment postérieur est moins commune que la première, parce que la tuberculose oculaire profonde, se dirigeant vers l'angle de filtration sous l'influence du courant nutritif, infecte assez facilement le segment antérieur de l'œil ; mais il est en somme assez commun de rencontrer la tuberculose oculaire localisée tantôt en avant du muscle ciliaire, tantôt en arrière.

Ce ne sont pas seulement les membranes oculaires proprement dites qui peuvent être le siège de la tuberculose ; la *conjonctive* peut être également atteinte par cette affection, qui s'y développe sous forme de nodosités dont le diagnostic différentiel doit être fait avec celui des autres tumeurs de la conjonctive.

Ce chapitre de la tuberculose oculaire, qui ne peut avoir qu'une

importance complémentaire dans un *Traité des tumeurs de l'œil*, devra être aussi succinct que possible; mais pour embrasser tout le sujet il devra comprendre deux paragraphes distincts :

1° La tuberculose du tractus uvéal : A. — De l'iris; B. — Du corps ciliaire et de la choroïde.

2° La tuberculose de la conjonctive.

Nous pourrions encore étudier ici quelques localisations exceptionnelles de la tuberculose oculaire sur la cornée, la sclérotique et la rétine, mais ces désordres ne donnent pas lieu aux pseudo-tumeurs qui seules doivent nous intéresser. Il devra donc nous suffire de signaler pour la *cornée* les recherches de Panas et Vassaux, qui ont montré sous l'épithélium cornéen l'apparition du nodule primitif, ne déterminant au début aucune réaction périkeratique. Plus tard les nodules se réunissent, se ramollissent et laissent un ulcère cornéen atone qui se vascularise et devient un leucome. Müller a rapporté un cas de tuberculose primitive de la *sclérotique*; cependant dans cette membrane, comme dans la cornée, la tuberculose est presque toujours secondaire; elle se présente sous la forme nodulaire qu'on observe dans la sclérite rhumatismale. Il existe d'habitude plusieurs foyers qui forment en s'unissant une masse importante. Cette masse s'ulcère et affecte les signes ordinaires de l'ulcération tuberculeuse. Quand cette ulcération est constituée, il est difficile d'ailleurs de savoir si l'affection a débuté par la conjonctive ou par la sclérotique; le début conjonctival est plus fréquent. Valude a fait connaître une belle observation de ce genre.

Contentons-nous enfin de signaler, en passant, la tuberculose de la *rétine* coïncidant avec celle de la choroïde, pour arriver aux deux paragraphes que nous avons à mettre en lumière, et commençons par celui qui est de beaucoup le plus important, la tuberculose du tractus uvéal.

#### § 1. — Tuberculose du tractus uvéal.

On ne saurait être surpris de voir la tuberculose oculaire prédominer dans le tractus uvéal, si richement vascularisé, qu'en toutes circonstances, il est exposé à subir les infections de l'organisme propagées soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine. L'étude que nous allons faire

successivement de la tuberculose de l'iris et de celle de la choroïde nous fera bien comprendre le mécanisme de l'infection oculaire, ses conséquences pour l'organe d'abord, pour l'économie ensuite, et les symptômes spéciaux à cette affection qui devront nous servir à les différencier des tumeurs oculaires vraies.

#### A. — TUBERCULOSE DE L'IRIS

La première observation de tuberculose oculaire (1869) appartient à Gradenigo<sup>1</sup>; l'examen histologique du cas fut fait par le D<sup>r</sup> Richetti; quelques années avant (1862), Arcoleo<sup>2</sup> avait écrit sur un cas semblable une brochure dans laquelle les preuves de la nature du tissu morbide ne paraissent pas suffisantes.

En 1871, Emile Berthold<sup>3</sup>, de Königsberg, publia un second fait dans lequel l'examen histologique fut aussi démonstratif que dans le cas de Gradenigo. Perls<sup>4</sup>, en 1872, donna une bonne description clinique de l'aspect du tubercule irien; Saltini<sup>5</sup> en fit (1875) une nouvelle étude histologique, Manfredi<sup>6</sup> (1876), Weiss<sup>7</sup> (1877) publièrent de nouveaux faits. En 1877 également, Hensell<sup>8</sup> fit un excellent travail sur la tuberculose provoquée, où il relata des expériences très démonstratives; Angelucci<sup>9</sup> publia, la même année, un cas de tuberculose primitive, et Samelsohn<sup>10</sup> fit connaître en 1879 à la Société ophtalmologique d'Heidelberg une très intéressante observation. Nous trouverons plus loin les noms de Parinaud, qui a étudié le premier cas diagnostiqué sur le vivant, de Haab, de Ruter, de Wolf, de Mules, de Falchi, de Poncet, de Panas et Rochon-Duvigneaud; nous limiterons ici cet historique d'autant plus

<sup>1</sup> GRADENIGO. *Annales d'oculist.*, 1870, t. LXIV, p. 174.

<sup>2</sup> ARCOLEO. *Annales d'oculist.*, 1862, p. 177-260.

<sup>3</sup> BERTHOLD. *Annales d'oculist.*, t. LXVI, p. 88.

<sup>4</sup> PERLS. *Arch. f. Ophth.*, XIX, 1, p. 221 et *Annales d'ocul.*, 1873, p. 178.

<sup>5</sup> SALTINI. *Annali di ottalmol.*, vol. L, 1875.

<sup>6</sup> MANFREDI. *Contribuzione clinica e anatomo-pathologica alla tubercul. ocul.*, Modène, 1876, et *Annales d'ocul.*, t. LXXVIII, p. 243.

<sup>7</sup> WEISS. *Arch. f. Ophth.*, 1877.

<sup>8</sup> HENSELL. *Soc. opt. Heidelberg*, 1879; *Arch. f. ophthalm.*, 1879, XXV, 4, p. 6.

<sup>9</sup> ANGELUCCI. *Annales d'ocul.*, 1879, t. LXXXII, p. 271.

<sup>10</sup> SAMELSOHN. *Berlin. klinisch. Wech.*, avril et oct. 1879 et *Annales d'oculistique*, 1880.

que nous avons le désir et le devoir de ne dire de la question que ce qui peut servir à compléter l'étude des vrais néoplasmes oculaires, seul sujet de notre ouvrage.

Nous ne retiendrons dans la tuberculose de l'iris que quelques points spéciaux choisis uniquement parmi ceux qui intéressent les praticiens.

La première question que nous désirons résoudre est la suivante : La tuberculose irienne est-elle primitive quelquefois, ou est-elle toujours secondaire ?

La deuxième, qui se relie étroitement à la première, peut être ainsi formulée : quelle est l'évolution de la tuberculose irienne et quels sont ses rapports avec l'économie en général ?

La troisième enfin, subordonnée aux deux premières, concernera le traitement de cette tuberculose irienne.

Pour répondre à ces questions avec toute la netteté désirable, je devrai faire appel à toutes nos connaissances sur la pathogénie de la tuberculose irienne, son anatomie et sa physiologie pathologiques, et je m'appuierai tout particulièrement sur des observations inédites et des expériences personnelles.

1° *La tuberculose irienne est-elle quelquefois primitive, ou est-elle toujours secondaire ?* — Un grand nombre d'auteurs, Leber<sup>1</sup>, Fuchs<sup>2</sup>, etc., pensent que la tuberculose irienne spontanée est toujours secondaire. Il faudrait toujours admettre, quel que soit l'état apparent du sujet, un foyer tuberculeux primitif cliniquement indémontrable. De Wecker<sup>3</sup> exprime une opinion également absolue, lorsqu'il dit que tout semble établir que l'infection oculaire est partie d'un point éloigné de l'organisme.

Si l'on croit en effet, avec Baumgarten, qu'il ne peut y avoir généralisation de la tuberculose qu'après lésion locale préalable au point d'inoculation, il faut bien admettre que la tuberculose intra-oculaire est toujours secondaire, puisque le tractus uvéal est protégé contre les influences extérieures par la cuirasse scléro-cornéenne recouverte elle-même par un

<sup>1</sup> LEBER. *Société d'ophtalmologie*, Heidelberg, septembre 1891.

<sup>2</sup> FUCHS. *Manuel d'ophtalmologie*, 2<sup>e</sup> édit. allemande, 1892, p. 336.

<sup>3</sup> DE WECKER. *Société d'ophtalmologie*, Paris, avril 1890; *Société française d'ophtalmologie*, 1896.

épithélium que le bacille tuberculeux est incapable de franchir spontanément (Valude)<sup>1</sup>. Il n'y aurait de tuberculose uvéale primitive que celle qui résulterait d'un traumatisme infectant.

Cette opinion, qui compte beaucoup de partisans, a été combattue par un nombre également considérable de cliniciens et d'anatomo-pathologistes. Nous citerons d'abord Parinaud<sup>2</sup>, qui a fait connaître le premier cas de tubercule de l'iris où le diagnostic ait été porté sur le vivant. Il s'agissait d'une jeune malade, sans antécédents, fortement constituée qui, observée pendant un an, ne présenta aucun signe de généralisation. Elle mourut, deux ans après, de tuberculose pulmonaire. Un autre enfant, antérieurement observé par Parinaud, présentait également des tubercules de l'iris sans aucun signe de généralisation. Porteur de ses tubercules, il avait pu apprendre le métier d'horloger; mais, deux ans après, il succomba en quelques jours à une méningite suraiguë. Parinaud ne peut admettre, avec raison, que les tubercules de l'iris soient consécutifs aux tubercules cérébraux restés latents pendant deux années; il est bien plus rationnel de supposer le contraire. Parmi les auteurs qui ont rapporté des cas de tuberculose primitive du tractus uvéal, nous citerons Poncet<sup>3</sup>, Remy<sup>4</sup>, Alexander<sup>5</sup>, Dujardin<sup>6</sup>, Mules<sup>7</sup>, Secondi<sup>8</sup>, Mac Hardy<sup>9</sup>, Terson<sup>10</sup>, Hirschberg<sup>11</sup>, Samelsohn<sup>12</sup>, Denti et Rombolotti<sup>13</sup>, Sandford<sup>14</sup>, Bach<sup>15</sup>, etc., etc.

Il serait donc possible de réunir un grand nombre d'observations dans lesquelles la tuberculose du tractus uvéal est la seule lésion bacillaire

<sup>1</sup> VALUDE. *Annales d'oculistique*, 1887.

<sup>2</sup> PARINAUD. *Société de chirurgie*, 9 juillet 1873.

<sup>3</sup> PONCET. *Société de chirurgie*, juin 1882.

<sup>4</sup> REMY. *Étude sur la tuberculose oculaire*. Th. Paris, 1883.

<sup>5</sup> ALEXANDER. *Centralblatt für pract. Augenh.*, 1884. *Annales d'oculistique*, 1885.

<sup>6</sup> DUJARDIN. *Journal des sciences médicales de Lille*, août 1885.

<sup>7</sup> MULES. *Ophthalmic Review*, 1885. *Annales d'oculistique* 1886, 1<sup>er</sup> semestre, p. 80.

<sup>8</sup> SECONDI. *Société opht. ital. Turin*, sept. 1887. *Annales d'ocul.*, 1888.

<sup>9</sup> MAC HARDY. *Ophthalm. Society*, mai 1888.

<sup>10</sup> TERSON PÈRE. *Société française d'opht.*, mai 1890.

<sup>11</sup> HIRSCHBERG. *Société de médecins de Berlin*, mai 1889. *Annales d'oculistique*, 1889.

<sup>12</sup> SAMELSOHN. *Société opht. Heidelberg*, 1879.

<sup>13</sup> DENTI et ROMBOLOTTI. *Congrès international*, Rome, 1894.

<sup>14</sup> SANDFORD. *Annales d'oculistique*, 1894.

<sup>15</sup> BACH. *Archiv. of ophthalmology*, janvier 1894.

présentée par le malade examiné, d'ailleurs, avec tout le soin désirable. C'est à ces observations, et à l'interprétation qui leur a été donnée, que s'adresse l'objection faite par Fuchs, Leber, de Wecker, à savoir que le foyer primitif a passé inaperçu, mais que certainement il existait.

Il s'agit évidemment ici d'un raisonnement *a priori*, impérieux, absolu, d'un principe indiscutable dominant la pathogénie de la tuberculose irienne. Mais ce principe est loin d'être aussi certain que l'affirment les partisans de la tuberculisation toujours secondaire du tractus uvéal.

« Il n'y a pas de relation constante et absolue, dit Roger<sup>1</sup>, entre la voie d'introduction du bacille et sa localisation principale et même sa localisation primitive. Bien souvent, dans le cas de péritonite tuberculeuse par exemple, on ne trouve pas dans l'intestin la lésion qui a dû servir de porte d'entrée; ailleurs cette porte d'entrée ne peut même pas être soupçonnée. »

En appliquant ces réflexions à la tuberculose oculaire, nous avons bien le droit de considérer comme possible la tuberculisation primitive de l'œil; les germes de la tuberculose peuvent être apportés dans l'œil héréditairement au moment de la conception soit par l'ovule, soit par le spermatozoïde; ou à travers le placenta, au cours de la vie intra-utérine. Nous nous empressons d'ajouter que c'est là une forme exceptionnelle.

Plus souvent, les germes héréditaires produisent dans l'organisme des foyers tuberculeux inappréciables pour le clinicien. Ces foyers tuberculeux restent latents de longues années, puis apparaissent plus tard des poussées bacillaires pouvant atteindre l'œil aussi bien que tout autre organe (Baumgarten). Ce mode pathogénique est certainement encore l'exception. Il est plus rationnel d'admettre, avec Küss<sup>2</sup>, qu'il se développe chez les jeunes sujets, par inhalation, un foyer circonscrit de tuberculose thoracique, un petit nodule pulmonaire avec une adéno-pathie minime et que la tuberculose oculaire, par exemple, n'est que la conséquence de la généralisation de ce foyer passant complètement inaperçu.

Ainsi comprise et conformément aux idées de Leber, de Fuchs, la tuberculose oculaire, comme les autres tuberculoses chirurgicales, serait

<sup>1</sup> ROGER. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. I, art. « Tuberculose ».

<sup>2</sup> KÜSS. *De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine*. Thèse Paris, 1897-98, n° 210.

très rarement primitive; elle serait consécutive à la tuberculose médiastino-pulmonaire, plus rarement à la tuberculose mésentérique.

Quand la tuberculisation de l'œil résulte ainsi du développement d'un petit noyau primitif, l'infection se fait selon toute probabilité par la voie sanguine (Leber).

L'énorme richesse vasculaire de l'œil le rend apte, autant et plus que tout autre organe, à recueillir les bacilles que charrie le torrent sanguin. Nous avons voulu avoir la preuve expérimentale qu'il pouvait en être ainsi et, pour cela, nous avons institué les expériences que nous indiquons ici, nous réservant de les faire connaître ailleurs en détail.

Sur une série de 10 lapins nous avons injecté dans la carotide primitive un demi-centimètre cube d'un bouillon de culture de bacilles de Koch très virulents. Cette opération, assez difficile, ayant trois fois entraîné une hémorragie mortelle, l'expérimentation n'a plus porté que sur 7 animaux: 2 d'entre eux ont présenté de la tuberculisation de l'iris, l'un dans les deux yeux, l'autre dans un seul œil; la figure 4, Pl. XV, représente l'un de ces yeux qui est un type de tuberculisation miliaire de l'iris.

Nous ne donnerons pas ici les détails de ces expériences; il doit nous suffire de montrer la possibilité et même la facilité pour le bacille tuberculeux, charrié par le système circulatoire, de se fixer dans l'iris et d'y coloniser.

Nous admettons donc que, parmi les malades atteints de tuberculose oculaire sans aucune autre lésion, le plus grand nombre a, au préalable, été atteint par une petite lésion ganglionnaire ou pulmonaire, latente ou guérie, d'où sont partis des bacilles ayant colonisé dans l'œil; voyons dans quelles proportions, en clinique ordinaire, nous sommes exposés à rencontrer des tuberculoses oculaires locales représentant ainsi la somme, la totalité des désordres tuberculeux entachant actuellement le sujet.

La réponse à cette question est tout entière contenue dans le travail de Denig<sup>1</sup>. Cet auteur s'est livré à des recherches dont nous avons lieu de croire les résultats exacts, car d'une enquête parallèle que nous avons faite, nous avons pu tirer à peu près les mêmes conclusions.

Denig établit dans son travail que la tuberculose locale de l'œil

R. DENIG. *Archiv für Augenheilkunde*, p. 359-363, 1885.

existe comme celle du poumon et des os. Il base son affirmation sur un grand nombre de faits bien étudiés, dans lesquels la tuberculose oculaire atteignait des sujets chez lesquels il n'existait ni pendant, ni après la guérison de la tuberculose oculaire, aucun signe clinique de tuberculose d'un autre organe. Il fait en outre remarquer avec raison que dans la tuberculose bien accusée d'autres organes, la participation de l'œil est un événement rare.

Les chiffres d'observations dépouillées par Denig sont très considérables; dans un premier tableau, il ne rapporte pas moins de 38 cas concernant des sujets chez lesquels il n'y avait aucune tuberculose antérieure à incriminer, et qui étaient absolument sains au moment de la tuberculose oculaire.

Dans un 2<sup>e</sup> tableau, il cite 14 faits dans lesquels les sujets étaient complètement sains avant et pendant l'affection oculaire, mais marqués par l'hérédité et suspects.

Dans un 3<sup>e</sup> tableau se trouvent consignées trois observations de sujets sains au moment de la maladie oculaire, mais présentant des signes de tuberculose antérieure.

Dans un 4<sup>e</sup> tableau ont pris place 17 faits de tuberculose oculaire coïncidant avec la tuberculose d'autres organes; dans un 5<sup>e</sup> tableau, Denig rapporte 9 faits où le sujet a succombé à une tuberculose générale, et enfin, dans un 6<sup>e</sup> tableau, il signale 10 observations de sujets demeurés sains après disparition de la tuberculose oculaire.

Ajoutons, en outre, que Denig a examiné 60 cas de tuberculose pulmonaire, 90 de tuberculose osseuse, 20 cas de tuberculose des ganglions lymphatiques, 20 autres où divers organes étaient pris. Tous ces examens avaient pour but de savoir si l'infection oculaire secondaire est fréquente; or, Denig n'a observé cette métastase oculaire que cinq fois. Maurice Perrin, dans des recherches du même genre, est arrivé aux mêmes résultats.

L'enquête de Denig est donc très favorable à l'hypothèse de la tuberculose oculaire primitive. Elle nous paraît même vraiment trop favorable et peut-être pourrait-on admettre que beaucoup des observations consignées dans son premier tableau se rattachaient à des sujets ayant d'autres

tubercules, mais chez lesquels il n'y avait pas, hors de l'œil, de tuberculose *cliniquement* démontrable, chez lesquels par conséquent la tuberculose secondaire n'était que *cliniquement* primitive. Mais, en pratique, cette restriction n'a aucune importance. Il est incontestable, les chiffres de Denig le démontrent, et notre expérience personnelle nous l'a confirmé, que la tuberculose locale oculaire existant chez un sujet sain est relativement très fréquente.

On ne doit d'ailleurs s'étonner en rien de cette conclusion concernant la tuberculose de l'œil. Il en est de même pour celle des os. Nous lisons dans l'ouvrage classique de Kœnig<sup>1</sup>: « Parmi les 67 autopsies qui ont été faites à Gœttingue pendant les huit dernières années, d'individus morts de la tuberculose des os et des articulations et dont un grand nombre avaient subi des opérations telles qu'amputations, résections, incision d'abcès, il y en a eu 14 où on n'a pas trouvé de foyers anciens pouvant être considérés comme la cause de la tuberculose ostéo-articulaire. Donc, 21 p. 100 des cas, c'est-à-dire un peu plus du 15<sup>e</sup> des malades étaient exempts de toute autre localisation. »

Dans un autre ouvrage, le même auteur déclare que l'arthrite tuberculeuse s'observe souvent chez des individus qui jusque-là étaient en parfaite santé et ne paraissaient nullement suspects de scrofule ou de tuberculose. L'affection se développe ainsi chez des sujets en puissance de tuberculose, mais elle est la première localisation de la maladie; « le développement de l'arthrite tuberculeuse à la suite d'une contusion de l'articulation peut être expliqué de la même manière que l'apparition d'une gomme au niveau d'un os qui a subi une contusion chez un sujet syphilitique ».

Évidemment, un sujet qui présente une localisation tuberculeuse primitive sur l'œil ou sur une articulation est avant tout un tuberculeux, comme celui qui présente un cancer du testicule est un cancéreux *totius substantiæ*, mais ce dernier n'en a pas moins un cancer primitif du testicule.

Ce que nous venons d'exposer au sujet de la tuberculose ostéo-articulaire pourrait être dit de beaucoup d'organes; il n'est pas besoin d'insister

<sup>1</sup> KœNIG. *La tuberculose des os*. Traduction LIEBRECHT, p. 32, 1885.

davantage pour montrer que la tuberculose oculaire *locale* n'a rien qui doive étonner les pathologistes.

La tuberculose locale ainsi comprise n'est nullement en désaccord avec les données aujourd'hui en faveur sur la pathogénie de la tuberculose. Même en admettant, ce qui est peut-être excessif, que le bacille, en entrant dans l'organisme, produise toujours une lésion à la porte d'entrée, il est facile d'expliquer la *tuberculose locale cliniquement primitive* en admettant la guérison de la lésion originelle et la colonisation dans l'œil de bacilles apportés par la circulation avant la guérison du désordre initial.

En pratique, par conséquent, l'ophtalmologiste a souvent affaire à une tuberculose absolument localisée, quelquefois primitive dans le vrai sens du mot, beaucoup plus souvent cliniquement primitive. Le sujet atteint n'a aucune autre lésion; le désordre oculaire constitue toute la scène morbide. La tuberculose de l'œil est en général secondaire, mais elle est très souvent *locale*. Ce fait majeur bien établi en réponse à la première question que nous nous sommes posée, domine l'histoire de la tuberculose du tractus uvéal en général et de l'iris en particulier.

2° *Évolution de la tuberculose de l'iris, ses rapports avec l'économie.* — L'évolution de la tuberculose de l'iris ne peut être bien comprise qu'à la lumière de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de cette affection.

Avec Wojtasiewicz<sup>1</sup> on peut distinguer trois formes anatomiques de tuberculose irienne : 1° la forme miliaire, caractérisée par un semis de granulations plus ou moins nombreuses ; 2° une forme confluyente, dans laquelle les granulations réunies forment de véritables tumeurs remplissant plus ou moins la chambre antérieure ; 3° une forme inflammatoire dans laquelle, au milieu et à cause du processus tuberculeux, existe une infiltration embryonnaire, lymphoïde, dont l'exubérance masque plus ou moins les lésions spécifiques de l'affection.

Nous avons observé un exemple de chacune de ces trois variétés et nous avons expérimentalement reproduit la première en injectant des bacilles tuberculeux dans la carotide d'un lapin.

<sup>1</sup> WOJTASIEWICZ. *Rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale*. Th. Paris, 1886.

1° La *première variété* a été étudiée expérimentalement et au point de vue clinique par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels il convient de citer Cornil<sup>1</sup>, Fieuzal et Binet<sup>2</sup>, Wolfe<sup>3</sup>, Redmond<sup>4</sup>, Alexander<sup>5</sup>, Samelsohn. C'est à cette variété anatomique qu'appartient la tuberculose atténuée de Leber et de Van Duyse dont nous avons observé plusieurs exemples (fig. 189). C'est également à la forme miliaire de la tuberculose irienne qu'il faut rattacher les tumeurs décrites par plusieurs auteurs, notamment par Haab sous le nom de granulomes.

Cette variété anatomique est donc très connue. Cornil a donné une description minutieuse de son processus histologique et qui a été également bien étudié par Binet et Alexander.

La figure 2 (Pl. XV) représente la tuberculose miliaire que nous



FIG. 189. — Tuberculose atténuée de l'iris. — Iritis tuberculeuse.

avons étudiée dans notre observation 1, et la figure 4 (Pl. XV) celle que nous avons expérimentalement reproduite par la voie sanguine. La description que nous donnons plus loin (obs. 1) des désordres constatés peut être considérée comme typique. Nous y signalons la présence de nombreuses cellules géantes, d'un assez grand nombre de bacilles, ainsi que les résultats positifs de l'inoculation sur un cobaye.

Les préparations présentent en outre ceci de remarquable qu'elles font voir le rapport du néoplasme avec le muscle ciliaire et la façon, sur

<sup>1</sup> CORNIL. *Académie de médecine*, 19 juillet 1892.

<sup>2</sup> FIEUZAL et BINET. *Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts*, juillet-septembre 1883.

<sup>3</sup> WOLFE. *Annales d'oculistique*, 1882; *Centralblatt für Augenheilk.*, 1882.

<sup>4</sup> REDMOND. *Annales d'oculistique*, 1892; *Soc. opt. du Royaume-Uni*, 1892.

<sup>5</sup> ALEXANDER. *Centralblatt für pract. Augenh.*, 1884, et *Annales d'oculistique*, 1885.

laquelle nous insisterons plus loin, tout particulièrement, dont la région de l'angle de filtration est envahie par le tissu morbide.

2° Le 2° type de tuberculose de l'iris, la forme confluente, correspond à notre 4° observation (fig. 1, Pl. XVII). En pareil cas on constate à la surface de l'iris une petite tumeur blanchâtre constituée par des cellules embryonnaires, parsemée de cellules géantes plus ou moins nombreuses (Swanzy)<sup>1</sup>. Quelquefois la masse tuberculeuse remplit toute la chambre antérieure (Sandford)<sup>2</sup>; il en était ainsi dans notre cas personnel. Dans un cas de Samelsohn il existait une masse triangulaire, à bord tourné vers le limbe scléro-cornéen, d'un beau jaune dans les couches supérieures, et blanchâtre dans les couches inférieures. Schell<sup>3</sup>, Wolf, Wadsworth<sup>4</sup>, ont cité des exemples de tumeurs d'origine et d'essence tuberculeuse remplissant ainsi la chambre antérieure.

Rüter<sup>5</sup> donne une description complète du processus de cette variété de tuberculose irienne; après avoir décrit les tubercules vasculaires disséminés dans toute l'étendue de l'iris, il montre qu'autour des noyaux tuberculeux viennent se ranger des foyers caséux et qu'à la longue les tubercules et la matière caséuse envahissent tout le tissu de l'iris. Entre ces deux substances de nouvelle formation, on trouve un tissu intermédiaire, formé par de petits éléments cellulaires, qui constitue une véritable couche de tissu de granulation richement vascularisé. Entre la cornée et l'iris épaissi, Rüter note par places un tissu d'exsudation.

Poncet<sup>6</sup> a également donné une très bonne description de la forme confluente dans une observation communiquée, en 1882, à la Société de chirurgie.

A l'examen microscopique, dit-il, toute la chambre antérieure, l'équateur du cristallin, la partie postérieure de la lentille, le canal de Petit, la

<sup>1</sup> SWANZY. *Société opt. du Royaume-Uni*, 11 mai 1882, et *Annales d'oculistique*, 1882, 1<sup>er</sup> semestre, p. 251.

<sup>2</sup> SANDFORD. *Société opt. du Royaume-Uni*, 3 mai 1894, et *Annales d'oculistique*, 1894, 1<sup>er</sup> semestre, p. 460.

<sup>3</sup> SCHELL. *Transact. of the American opt. Society*, 1883; *Annales d'oculistique*, 1885, 1<sup>er</sup> semestre 1888.

<sup>4</sup> WADSWORTH. *Transactions of the American Society*, 1883; *Annales d'oculistique*, 1885.

<sup>5</sup> RÜTER. *Archiv für Augenheilk.*, vol. X, et *Annales d'oculistique*, 1881.

<sup>6</sup> PONCET. *Société de chirurgie*, 14 juin 1882.

portion sous-ciliaire de la rétine sont englobés dans une masse de tissu embryonnaire qui s'étend en avant dans l'angle scléro-cornéen et oblitère le canal de Schlemm. Ce nouveau tissu, où l'iris n'est plus reconnaissable, apparaît criblé de foyers de ramollissement avec cellules géantes centrales; il n'est pas vasculaire, n'offre aucune trace d'organisation fibreuse et constitue le type parfait de la structure tuberculeuse.

Nous rapportons plus loin une observation typique de tuberculose massive de l'iris, dans laquelle le globe de l'œil présentait, dans toute sa partie antérieure et supérieure, un staphylome intercalaire au niveau duquel on remarquait, sous la sclérotique presque complètement détruite, la masse néoplasique blanchâtre, d'une consistance ferme.

L'examen histologique a montré que la tumeur occupait tout l'espace placé en avant du cristallin et autour de lui et rien que cet espace; l'iris confondu avec elle est reconnaissable à son tractus noirâtre, très visible, sur la tranche fraîche de la section.

Cette tumeur, dont on trouvera plus loin l'observation in extenso, est remarquable par son exacte localisation au segment antérieur de l'œil et la rapidité avec laquelle elle a envahi et défoncé l'angle irien. La nature tuberculeuse a d'ailleurs été démontrée par l'examen histologique et bactériologique.

Nous pourrions encore citer et rapprocher des précédentes les observations de Fuchs<sup>1</sup>, de Denti et Rombolotti<sup>2</sup>; mais il n'y a pas lieu d'insister davantage, cette forme de tuberculose de l'iris, dont nous rapportons un bel exemple, est maintenant bien connue dans ses principaux détails. Ce que nous avons observé de particulier concerne la façon dont la tumeur se comporte au niveau de l'angle de filtration et dans la région ciliaire; nous allons insister sur ce point après avoir mentionné la 3° forme anatomique de la tuberculose irienne.

3° La forme inflammatoire est la plus rare, notre troisième observation en est un exemple typique (fig. 3, Pl. XV). On peut la rapprocher de l'obser-

<sup>1</sup> FUCHS. Tuberculose primaire de l'iris. *Société de méd.*, Vienne, 25 mai 1888, et *Annales d'oculistique*, 1888, 2<sup>e</sup> série, n° 196.

<sup>2</sup> DENTI et ROMBOLOTTI. Contribution clinique, anatomique, expérimentale à la tuberculose primitive du tractus uvéal. *Annali di oftalmologia*, 1894.