

L'examen bactériologique a d'abord donné des résultats négatifs; ce n'est qu'à la trente-septième préparation que la présence du bacille tuberculeux a été démontrée, et encore n'avons-nous pu reconnaître qu'un seul microbe par préparation.

Le Dr Sabrazès, chef du laboratoire des cliniques, qui a poursuivi cet examen avec son application habituelle, a ainsi pu voir dix bacilles incontestables; la plupart siégeaient en dehors des cellules géantes.

Il est fâcheux que chez notre malade nous n'ayons pas songé à la tuberculose avant l'énucléation, parce que nous aurions pu faire des inoculations fort instructives. Toutefois, malgré cette lacune, le diagnostic tuberculeux est certain à cause de la netteté de l'examen histologique et de la présence du bacille tuberculeux.

#### B. — TUBERCULOSE DU CORPS CILIAIRE ET DE LA CHOROÏDE

Ce que nous venons de dire au sujet de la tuberculose de l'iris se rapporte, pour une large part, à la tuberculose du tractus uvéal, et il nous sera permis d'être relativement bref dans ce second paragraphe.

Les rapports de la tuberculose de la choroïde avec l'organisme, et la pathogénie de cette affection méritent les mêmes considérations que la tuberculose irienne.

Nous aurons donc simplement à étudier ici l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose choroïdienne.

*Anatomie pathologique.* — La tuberculose choroïdienne affecte souvent la *forme miliaire*, c'est-à-dire qu'un grand nombre de tubercules sont disséminés dans le segment postérieur de l'œil. Il est probable et même certain que ces tubercules sont ainsi apportés dans l'œil par la voie sanguine (fig. 190) et, en particulier, par les ciliaires courtes postérieures qui sont, dans l'intérieur de l'œil, les agents vecteurs ordinaires des éléments infectieux. Lorsque les tubercules restent ainsi disséminés et que la mort du sujet, atteint de tuberculose généralisée et souvent d'une méningite bacillaire, survient rapidement, ces tubercules n'ont pas le temps de se réunir et de former dans l'œil les masses tuberculeuses conglomérées, les *tuberculomes*, les *tubercules perforants* qui nous intéressent

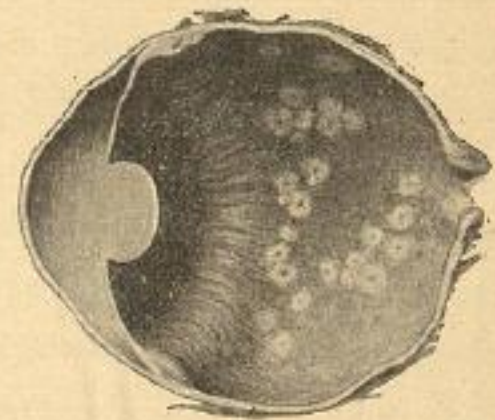


FIG. 190. — Tubercules de la choroïde (granulations miliaires) dans un œil de lapin, après l'injection d'une culture de bacilles dans la carotide.

ici particulièrement, puisque ce sont là des tumeurs apparentes, des pseudo-tumeurs.

Ces pseudo-tumeurs tuberculeuses sont connues depuis longtemps des cliniciens : « J'en ai vu plusieurs, dit Mackenzie <sup>1</sup>, ressemblant à des tubercules scrofuleux, naissant de la sclérotique isolément ou par groupe, mous ou durs, mais peu ou pas vasculaires. Les sujets que nous avons vus en proie à cette affection étaient, la plupart du temps, des enfants cachectiques présentant souvent des engorgements scrofuleux à d'autres parties du corps et dont les yeux avaient déjà été atteints d'ophtalmie interne », et, plus loin, Mackenzie rapporte, en effet, des observations qui sont, au point de vue clinique, des exemples frappants d'affections tuberculeuses localisées.

De Græfe <sup>2</sup> a fait connaître (1855) l'observation d'un œil de porc qui contenait une volumineuse tumeur tuberculeuse adhérent à la sclérotique amincie et faisant fortement saillie à l'intérieur du globe. La tumeur était composée d'une substance caséuse, friable, calcaire en beaucoup de points et traversée par des lames conjonctives la cloisonnant en tous sens. Il y avait dans le fond de l'œil et dans la choroïde, encore reconnaissable, des nodules blanchâtres qui, près de la tumeur, se conglo-méraient. Après un examen macroscopique et microscopique de son cas, de Græfe put affirmer qu'il s'agissait bien d'un cas de tuberculose oculaire et fit remarquer que, chez l'homme, rien de semblable n'avait été étudié.

Haab <sup>3</sup> a décrit dans les *Archives de de Græfe* un cas de tuberculose chronique conglomérée de la choroïde dont le diagnostic ophtalmos-copique avait été fait pour la première fois par Horner.

Il s'agissait d'un petit garçon de huit ans, d'une faible constitution ; cet enfant présentait sur son œil gauche, en haut et en dehors de la cornée, une plaque assez épaisse de la conjonctive bulbaire offrant vers l'équa-teur un ulcère peu profond, à bords irréguliers et à fond gris jaunâtre.

L'examen ophtalmoscopique fit voir dans la région supéro-externe une

<sup>1</sup> MACKENZIE. *Tumeurs non malignes du globe de l'œil*, t. II ; édition française. TESTELIN et WARLOMONT, p. 259 et suivantes.

<sup>2</sup> DE GRÆFE. *Arch. f. Ophthalmol.*, 1855, Bd II.

<sup>3</sup> HAAB. *Arch. f. Ophthalmol.*, 1879, Bd XXV, 4, p. 163.

néoplasie invisible dans sa partie la plus antérieure et dont les limites postérieures étaient entourées par un espace clair, indiquant une impor-tante lésion inflammatoire de la choroïde, caractérisée par des taches blanches et jaunes et la disparition du pigment. Il y avait, en outre, de la névrite optique.

L'enfant succomba et l'on trouva à l'autopsie, de la pleurésie, de la péritonite et de la méningite tuberculeuse. L'examen anatomique du globe de l'œil, fait par Haab, donna les résultats suivants, que nous empruntons à la description même de cet auteur, à cause de leur importance.

EXAMEN ANATOMIQUE DE L'ŒIL. — Une coupe, passant par la tumeur sous-conjonctivale et la tumeur choroïdienne, montre la première beaucoup plus épaisse qu'on ne l'aurait supposé, et la seconde beaucoup moins saillante que ne le faisait penser l'examen ophtalmoscopique. Les deux masses morbides communiquent largement à travers la sclérotique détruite. La tumeur sous-conjonctivale est presque complètement caséuse ; elle est entourée d'une zone d'un gris rougeâtre, de tubercules jeunes et recouverte par la capsule de Tenon fortement épaissie et infiltrée. Au niveau de l'ulcération, la couche de tubercules jeunes fait défaut et les parties caséuses sont à nu.

La partie intra-oculaire, qui est la plus petite, contient deux couches séparées par la lame vitrée de la choroïde presque intacte. La couche extérieure, entre la lame vitrée et la sclérotique perforée, est formée par une agglomération de tubercules typiques. La perforation sclérale est elle-même occupée surtout par du tissu de granulations. Elle a peut-être eu lieu au niveau de l'orifice de sortie d'une veine émissaire.

Entre la lame vitrée, perforée en un seul point, et la rétine se trouve une mince couche de tissu conjonctif assez bien organisé, sans aucun tubercule. C'est là la zone de réaction inflammatoire. Au même niveau, la rétine est profondément altérée ; elle contient des amas pigmentaires et des leucocytes. La zone choroïdienne qui entoure la masse morbide montre, tantôt une abondance de pigment extraordinaire par suite d'une pigmentation exagérée des cellules du stroma, tantôt, par places, une absence totale de pigment, tantôt enfin, de petits foyers exsudatifs entre les vaisseaux choroïdiens.

La conjonctive bulbaire, en avant de la masse morbide principale, est infiltrée par une série continue de tubercules jeunes au-dessus desquels l'épithélium passe sans altérations.

Nous pouvons encore citer l'observation de Burnett <sup>1</sup>, concernant une jeune fille de 13 ans, portant une tumeur intra-oculaire ayant perforé l'œil ; on pratiqua l'énucléation et tout alla bien pendant quelques mois ; dans la suite, les ganglions préauriculaires s'engorgèrent et l'enfant fut

<sup>1</sup> BURNETT. *Arch. of Ophthalmology*, 1883.

bientôt atteinte d'une tuberculose pulmonaire qui l'emporta rapidement.

Dans tous ces cas, la masse tuberculeuse avait rapidement perforé l'œil, mais il peut arriver que cette perforation se fasse assez longtemps attendre, ainsi qu'il arriva dans une observation de Wagenmann<sup>1</sup>; après

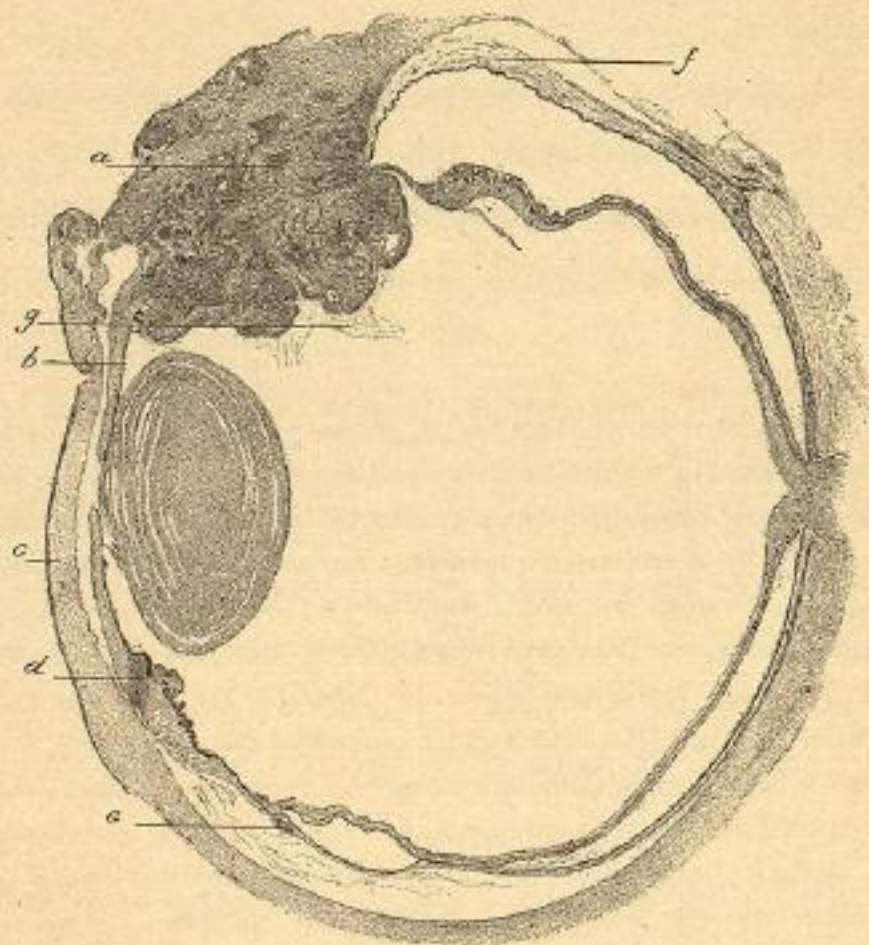


FIG. 191. — Pseudo-tumeur de la région ciliaire, de nature probablement tuberculeuse. — Coupe totale du globe oculaire. (PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD.)

a. La masse morbide constituant la pseudo-tumeur on voit qu'elle a complètement détruit le corps ciliaire et la sclérotique, qu'elle dépasse en avant l'iris, tandis qu'elle dépasse en arrière l'ora serrata. — b. Iris épaissi, infiltré de cellules. — c. La cornée. — d. Noyau d'infiltration cellulaire épaississant la racine de l'iris et les premières franges ciliaires, véritable petite pseudo-tumeur ne différant de la grosse que par le volume. — e. Autres petits amas de cellules jeunes et migratrices. — f. La choroïde, dont les lamelles sont dissociées par la présence d'un grand nombre de cellules migratrices. — g. Lambeaux de vitré.

une très longue évolution, la tumeur n'avait pas encore complètement perforé la coque oculaire au moment de l'énucléation. La tumeur, dont l'examen histologique démontra la nature tuberculeuse, s'était propagée à l'orbite le long des gaines du nerf optique. La tumeur oculaire et sa récurrence orbitaire purent être extirpées dans de bonnes conditions et le malade guérit.

<sup>1</sup> WAGENMANN. *Arch. of Ophthalm.*, XXXIV, 4.

On pourrait encore citer un assez grand nombre d'observations ayant trait à des tubercules conglomérés de la choroïde; nous ne les passerons pas toutes en revue, mais nous appellerons spécialement l'attention sur les cas de *tuberculomes perforants* qui ont été publiés par Panas et Rochon-Duvigneaud<sup>1</sup> dans leur récent ouvrage. Nous résumerons ici leurs trois observations.

La première concerne un homme de 26 ans, malade depuis 1887, soumis sans résultats à un traitement mercuriel, qui, en février 1890, présentait au côté externe du limbe une large tache rouge sombre, formée par le tissu épiscléral épaissi, sarcomateux; l'énucléation est faite à cause de la persistance des douleurs.

L'examen anatomique démontra que l'iris était intact et que l'affection s'était développée dans toute la région des procès ciliaires comprise entre la racine de l'iris et l'ora serrata. Là se trouve une pseudo-tumeur longue de 6 à 7 millimètres.

La choroïde, dans toute son étendue, était infiltrée et de même la rétine dans toutes ses parties antérieures. L'examen bactériologique et histologique n'a pu être poussé assez à fond pour démontrer la nature du mal, mais il paraît probable aux auteurs qu'il s'agit bien dans ce fait d'une pseudo-tumeur tuberculeuse du corps ciliaire, c'est-à-dire appartenant à la partie la plus antérieure du segment postérieur de l'œil (fig. 191).

La deuxième observation est un peu plus démonstrative. Elle concerne un homme de 18 ans, dont l'affection oculaire remonte à trois mois; à ce moment, la sclérotique est devenue rouge au niveau du grand angle; au bout d'un mois, la partie enflammée devint saillante et s'ulcéra; la vision commença à baisser.

Le premier diagnostic fut seléro-choroïdite antérieure, de nature tuberculeuse; mais plus tard, considérant que le staphylome est une région amincie de la sclérotique et que dans ce cas il y avait une saillie sclérotale ulcérée, le diagnostic devint: tuberculome ayant probablement débuté dans la sclérotique pour envahir ensuite le corps ciliaire et infecter l'intérieur de l'œil (fig. 192).

<sup>1</sup> PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD. *Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires*, p. 414 et suivantes.

Il n'y eut pas d'examen histologique ni bactériologique; mais un abcès froid bacillaire, survenu chez le malade, démontra qu'il était bien tuberculeux: l'œil, d'ailleurs, ne fut pas énucléé; traitée par l'iodoforme intus et extra, l'ulcération s'améliora et il revint un peu de vision.

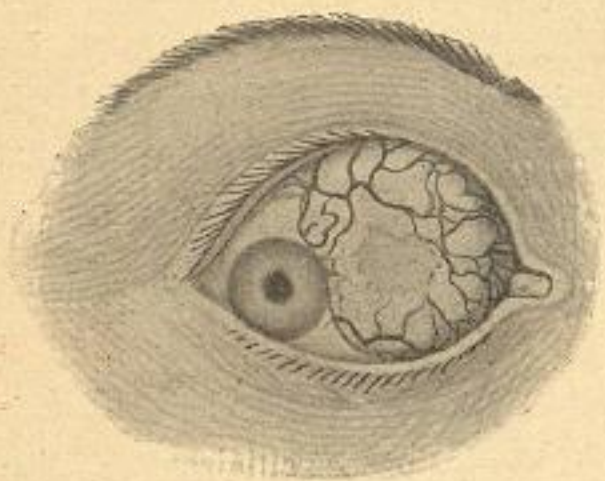


FIG. 192. — Pseudo-tumeur de la région ciliaire supéro-interne, de nature tuberculeuse. La masse morbide de volume considérable, de couleur ardoisée en quelques points, présentait vers son centre une ulcération jaunâtre à bords décollés. L'iris décoloré, verdâtre, l'autre étant bleu, ne se laissait dilater à aucun degré par l'atropine. La pupille était rétrécie, irrégulière, adhérente. Œil inéclatant et hypotone. (PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD.)

Le diagnostic posé d'après l'aspect clinique de la tumeur, fut *leucosarcome*. Voici la description histologique qu'en donnent les auteurs.

L'examen anatomique permet de s'assurer qu'aucune des parties constituantes de l'œil, à part peut-être le cristallin, n'a conservé son état normal; toutes au contraire sont profondément altérées. La rétine, décollée, fortement épaissie et ayant rompu ses attaches papillaires par suite sans doute de rétraction cicatricielle, constitue une sorte de tumeur qui, à travers l'espace péri-lenticulaire, a atteint et détruit l'iris et le limbe scléro-cornéen pour émerger au dehors sous forme de fungus grisâtre. La choroïde est généralement très épaissie et comme lardacée, de même que les parties non détruites de l'iris. Il n'y a pas trace d'altérations glaucomateuses, c'est-à-dire que la papille n'est pas excavée et que ce qui reste de l'angle irien n'est pas oblitéré malgré l'aplatissement de la chambre antérieure.

Bien que nous n'ayons pu, sur un très grand nombre de coupes, découvrir aucun bacille de Koch, ce qui tient probablement aux modifications chimiques (action prolongée du liquide de Muller et inclusion dans la celloïdine) qu'avait subies la pièce, il n'est pas douteux qu'il s'agisse ici de tuberculose. Toutes les parties malades, et notam-

La troisième observation concerne un homme de 27 ans, présentant un bon état général et portant dans l'œil droit, au niveau de la partie supéro-interne de la région ciliaire, une tumeur grisâtre en forme de fungus oblong, d'environ un centimètre de longueur. Cette tumeur fait issue à travers le limbe scléro-cornéen sur une étendue évaluée au tiers de la circonférence cornéenne. L'œil est hypotone. La marche de l'affection a été rapide: simple rougeur de l'œil en février, douleurs vers la fin de mai, perforation du globe en juin.

ment la rétine dégénérée et le fungus extra-oculaire, sont criblées de cellules géantes des plus caractéristiques. Il est même rare de les rencontrer avec autant d'abondance et de netteté.

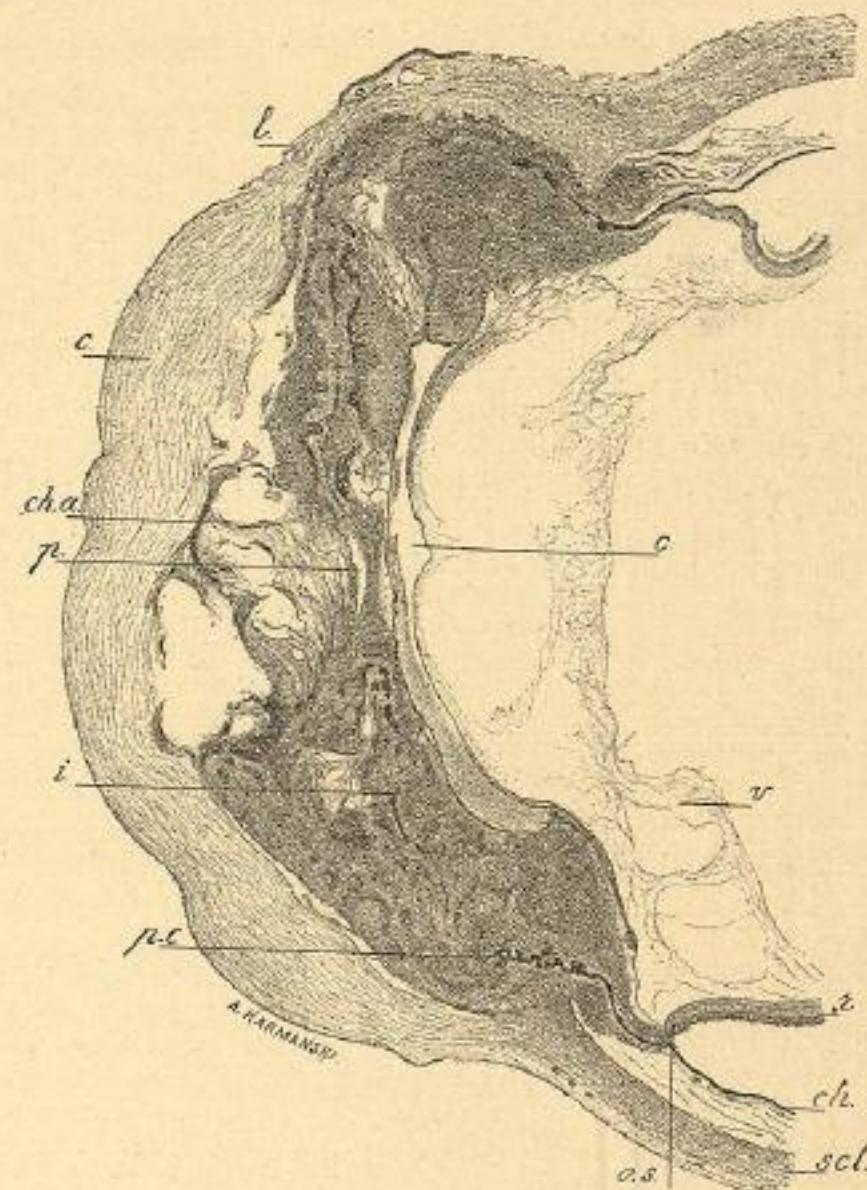


FIG. 193. — Irido-cyclite tuberculeuse massive. — Segment antérieur de l'œil.

l. Limbe scléro-cornéen sur le point d'être détruit par les masses morbides sous-jacentes. — c. La cornée, œdématisée et infiltrée de cellules. — cha, a. La chambre antérieure remplie d'exsudats coagulés et de leucocytes. — p. La région pupillaire obstruée par ces mêmes exsudats. — i. La couche pigmentaire postérieure de l'iris, encore reconnaissable. — p, c. Épithélium pigmentaire des procès ciliaires. — e. Le sac cristallinien absolument vide de son contenu. — v. Le vitré. — r. La rétine peu altérée. — o, s. L'ora serrata. — ch. La choroïde. — scl. La sclérotique. (PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD.)

Enfin Panas et Rochon-Duvigneaud font encore connaître une intéressante observation se rapportant à un enfant de 7 mois, présentant un œil de chat-amaurotique qui avait tout d'abord fait songer au gliome de la rétine. La figure 193 met en évidence les principaux détails de ce fait.

Telles sont les principales observations de tuberculose du corps

ciliaire et de la choroïde qui méritent d'être retenues ; elles font comprendre la physionomie générale de ces pseudo-tumeurs et nous permettent d'indiquer les grandes lignes du diagnostic différentiel de ces pseudo-néoplasmes avec les vrais néoplasmes.

**Diagnostic différentiel des pseudo-tumeurs tuberculeuses et des néoplasmes oculaires.** — Si l'on examine les observations, on se convaincra que ce diagnostic n'est pas facile ; Panas<sup>1</sup>, lui-même, a fait à ce sujet des diagnostics erronés et nous n'avons pas été plus heureux dans l'une de nos observations, mais c'est peut-être parce que notre attention n'avait pas été appelée suffisamment sur l'importance des tuberculomes de l'œil. Il y a en vérité de grandes différences entre les vrais néoplasmes et les pseudo-tumeurs tuberculeuses, et ces différences portent aussi bien sur le côté clinique que sur la structure histologique du tissu morbide.

Pour mettre bien en lumière cette question du diagnostic différentiel, il nous faut ici montrer les symptômes particuliers de ces affections diverses.

Nous diviserons les signes à utiliser en pareille circonstance en quatre groupes :

1° Signes ophtalmoscopiques ; 2° signes tirés de la marche de l'affection ; 3° signes tirés du caractère du fungus ; 4° signes tirés des commémoratifs et de l'état général du sujet.

**1° SIGNES OPHTALMOSCOPIQUES.** — Dans les *vrais néoplasmes*, l'affection présente souvent au début le caractère spécial sur lequel Brière a insisté : le double plan des vaisseaux, vaisseaux de la tumeur et vaisseaux rétinien ; bientôt après la rétine ne tarde pas à se détacher, car presque toujours la période glaucomateuse est précédée par le décollement de la membrane.

D'ailleurs, l'exploration de l'œil est facile, les milieux transparents restent absolument limpides et nul exsudat inflammatoire ne vient souiller ni l'humeur aqueuse, ni le corps vitré ; en outre, le contour de la tumeur maligne est régulier ; autour d'elle, jusqu'à la période glaucomateuse, les divers éléments de l'œil sont sains. Le néoplasme est unique ; il est très

<sup>1</sup> PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD. *Loc. cit.*, p. 237.

rare qu'il existe plusieurs noyaux sarcomateux intra-oculaires, c'est la règle d'ailleurs pour toutes les tumeurs malignes primitives ; on a un seul noyau cancéreux dans la langue, de même on a dans l'œil un seul foyer sarcomateux ou gliomateux.

L'examen ophtalmoscopique, dans la *pseudo-tumeur tuberculeuse* intra-oculaire au début, donne des résultats très différents. Si l'on examine le patient de très bonne heure on peut, comme Bouchut, Leber et beaucoup d'autres depuis l'ont montré, reconnaître dans le fond de l'œil des tubercules isolés qui plus tard, en se multipliant et se conglomerant, formeront le tuberculome, et lorsque le tuberculome existe visible à l'ophtalmo-scopie dans le segment postérieur de l'œil, il entraîne autour de lui des phénomènes réactionnels inflammatoires qui sont d'une grande importance ; la choroïde est infiltrée, non pas seulement dans les parties voisines de la pseudo-tumeur, mais souvent dans toute son étendue ; la rétine elle-même prend part au processus de voisinage, elle s'enflamme et, au lieu de se détacher, devient le siège d'un désordre qui s'identifie avec la lésion sous-jacente ; elle s'infiltré elle-même de tubercules. Le nerf optique est également infecté par le virus de la néoplasie et on constate de la névrite.

Nous avons vu d'ailleurs que le processus tuberculeux, développé dans les parties profondes de l'organe, sous l'influence du courant nutritif, qui va d'arrière en avant, avait une tendance à envahir le tractus uvéal antérieur, le corps ciliaire et l'iris. En même temps qu'évolue le tuberculome intra-oculaire, il se développe une iritis, quelquefois une kératite qui, en troublant le segment antérieur de l'œil et en rendant l'examen ophtalmoscopique impossible, jettent par là même un grand jour sur la nature de l'affection. On trouve déjà dans Mackenzie, et encore mieux dans les travaux modernes, la preuve que les malades atteints de tuberculome ont déjà présenté des ophtalmies internes, c'est-à-dire des irido-choroïdites symptomatiques.

**2° SIGNES TIRÉS DE LA MARCHE DE L'AFFECTION.** — Les *néoplasmes intra-oculaires* passent par une phase glaucomateuse, caractérisée par une hypertension très manifeste et les phénomènes irritatifs et douloureux qu'entraîne cette hypertension.

La tumeur peut perforer l'œil en bien des endroits distincts, dans la région équatoriale, au niveau des vasa vorticosa, autour de l'entrée du nerf optique et plus souvent dans la région du canal de Schlemm; mais cette perforation est toujours précédée par une période de lutte entre le contenant trop étroit de l'œil et son contenu trop volumineux; cette période de lutte, signalée par de grandes douleurs sur lesquelles le malade appelle l'attention, dure plus ou moins longtemps, mais elle est toujours très accusée; son importance séméiologique est capitale.

Au contraire, le *tuberculome intra-oculaire*, qui s'accompagne d'une cyclite plus ou moins accusée, entraîne des phénomènes réactionnels très différents, ce sont des phénomènes d'hypotonie plus ou moins évidents; on n'a presque jamais, en pareil cas, d'accidents glaucomateux, et quand ils existent ils ne sont pas isolés, ils s'accompagnent de réaction inflammatoire (obs. de Wagenmann); l'œil est irrité, injecté, insensible à la lumière comme dans l'iritis, il est sous le coup d'une inflammation d'origine infectieuse.

Cette inflammation dissémine tout autour du tuberculome les bacilles de Koch et les cellules géantes; la sclérotique, malgré sa résistance habituelle, est infiltrée et pendant que la pseudo-tumeur remplit l'œil, la membrane fibreuse, affaiblie, amincie, usée, perd la résistance sans laquelle il ne peut y avoir de poussée glaucomateuse. La région qui cède le plus souvent est celle de l'angle de filtration, mais il n'est pas impossible de voir la perforation scléroticale, large et multiple, se produire dans la région intercalaire, ciliaire ou équatoriale.

L'évolution du mal ayant lieu sans phénomènes glaucomateux, on n'observe pas en pareil cas la période de détente qui indique dans le néoplasme intra-oculaire le moment où la sclérotique est perforée et la cessation de la lutte entre le contenu et le contenant.

La rapidité de l'évolution dans l'un et l'autre cas est d'ailleurs variable; il y a vraiment dans l'œil des néoplasmes et des néoplasmes *malins* qui marchent lentement, et le temps qui s'écoule depuis la naissance de la tumeur intra-oculaire jusqu'au moment où l'affection devient extra-oculaire n'a vraiment pour le diagnostic aucune valeur appréciable.

Lorsque la tumeur est arrivée à la période de perforation et quelque-

fois même avant, se produisent des phénomènes de propagation qui méritent grand intérêt.

Les néoplasmes sarcomateux ou gliomateux peuvent même entraîner des accidents *d'infection générale*, alors qu'ils sont encore contenus dans la coque oculaire et ne la remplissent pas. A la vérité, de pareils faits sont assez rares, et bien souvent la généralisation métastatique dans les viscères attend pour se produire la période de glaucome ou de perforation. Le gliome même, qui a été à tort considéré comme étant d'une gravité exceptionnelle, est une affection localisée dans l'œil pendant toute la première période de son évolution, jusqu'à l'apparition des phénomènes glaucomateux, et la plus grande partie des malades opérés à cette période guérissent radicalement.

Lorsqu'ils sont sortis du globe oculaire, les sarcomes du tractus uvéal sont plus dangereux par leurs métastases éloignées dans *le foie, le poumon, la rate, les os*, que par leur envahissement du tissu de l'orbite; il est remarquable de constater que la tumeur, soulevant la conjonctive, se coiffe de cette membrane sans y adhérer, si bien que cette muqueuse glisse à la surface de la masse morbide assez dure, irrégulière dans sa forme, lobée, et toujours, dans l'orbite comme dans l'œil, n'entraînant pas autour d'elle de phénomènes inflammatoires réactionnels. Nous avons même vu des sarcomes du tractus uvéal s'enkyster dans le tissu orbitaire et constituer lentement autour d'eux une barrière défensive, épaisse et régulière, de tissu fibreux.

Ce n'est pas sur le tissu orbitaire que le sarcome du tractus uvéal fait porter ses méfaits; il est surtout dangereux dans la forme mélanique par ses métastases lointaines.

Le gliome de la rétine est au contraire une tumeur qui, une fois sortie de l'œil, gagne de proche en proche les tissus voisins, remplit l'orbite, envahit les os, pénètre dans le crâne et tue le sujet sous l'influence d'une prolifération cellulaire luxuriante qu'aucune thérapeutique ne peut entraver.

Bien différente de la marche du sarcome et du gliome est celle du *tuberculome perforant*.

Il entraîne autour de lui des phénomènes inflammatoires et nécrobi-

tiques ; la conjonctive adhère à la pseudo-tumeur ; cette muqueuse est enflammée, vascularisée, sécrétante, bientôt ulcérée ; le tissu orbitaire est envahi, mais avec une lenteur relative qui contraste avec la rapidité de la prolifération gliomatense.

Le tuberculome diffère par conséquent du sarcome parce qu'il enflamme, infecte et s'annexe les tissus voisins, ce que le sarcome fait à un moindre degré ; il diffère du gliome parce qu'il fait porter beaucoup moins loin sa sphère de propagation locale et va beaucoup moins vite à ce point de vue.

Notons que très souvent le tuberculome orbitaire infecte les ganglions lymphatiques de la région, notamment le ganglion pré-auriculaire, ce que le gliome fait *très rarement* et le sarcome *jamais*.

3° SIGNES TIRÉS DE L'ÉTAT ET DE L'ASPECT DE LA PARTIE EXTRA-OCULAIRE DE LA TUMEUR. — Les néoplasmes intra-oculaires, après avoir perforé l'organe, se présentent avec un aspect qui varie beaucoup selon la malignité de la lésion et le siège de la perforation. Quelquefois ces néoplasmes se propagent à l'orbite par le pourtour du nerf optique et la tumeur orbitaire, invisible et inexplorable, se traduit par les symptômes ordinaires des tumeurs orbitaires rétro-bulbaires, exophtalmie, etc., etc. D'autres fois la tumeur, sortie au niveau de l'équateur par une assez large perforation, s'étend autour du bulbe en repoussant en avant la conjonctive lisse, lâche et indemne à la surface du néoplasme. Enfin, il arrive aussi que le néoplasme, sorti au niveau de l'angle de filtration par cet orifice, rencontre immédiatement la conjonctive, l'infiltré et l'ulcère ; la cornée reste habituellement transparente pendant cette évolution du processus.

Le gliome de la rétine, lorsqu'il a perforé la coque de l'œil, a une marche envahissante plus rapide, plus maligne que le sarcome du tractus uvéal ; il prend immédiatement les proportions et l'aspect de l'encéphaloïde au sens ancien et encore classique du mot ; il s'ulcère, devient sanieux, se désagrège au contact des pièces du pansement et l'œil, repoussé en avant, au milieu d'une masse molle, distendant les paupières écartées, n'est bientôt plus reconnaissable.

Tout différent est le fungus qui résulte du *tuberculome perforant* ; d'abord, dans l'immense majorité des cas, pour des raisons que nous

avons déjà données, le fungus tuberculeux apparaît au niveau de l'angle de filtration. On croit qu'il n'y a qu'une iritis tuberculeuse remplissant plus ou moins la chambre antérieure, et déjà l'angle de filtration est défoncé et le fungus formé. Ce fungus augmente plus ou moins vite en entraînant autour de lui des accidents inflammatoires qui, dans l'orbite, marchent à l'unisson des accidents du même ordre qui se passent dans l'œil. Pendant que la cornée s'infiltré et rend inexplorable l'intérieur de l'œil, la conjonctive voisine du fungus est la proie des bacilles et des cellules géantes ; en s'épaississant, elle augmente le volume du fungus et en s'ulcérant elle donne lieu à un cratère purulent, peu vascularisé, d'où se détachent des fragments tombés en nécrobiose. On voit quelquefois à la surface du fungus de petits ilots jaunâtres rappelant les semis de tubercules qu'on rencontre dans les ulcérations bacillaires de la conjonctive et de la langue. Ces ilots jaunâtres étaient très évidents dans notre cas personnel rapporté dans l'observation IV (page 802), et nous avons regretté de n'avoir pas su les utiliser pour notre diagnostic qui, dans la circonstance, fut inexact.

4° SIGNES TIRÉS DES COMMÉMORATIFS DE L'ÉTAT GÉNÉRAL DU SUJET. — Ces signes ont aussi leur importance. Le sujet atteint de tumeur maligne est, en général, un enfant (gliome) ou un homme d'un certain âge. Le tuberculeux est souvent un enfant ou un adolescent ; et un enfant chétif, lymphatique, scrofuleux ; il y a souvent dans sa famille des *antécédents* et dans son voisinage des agents d'infection. De plus, la tuberculose oculaire, qui est quelquefois cliniquement primitive, est très souvent secondaire et consécutive à une tuberculose de l'organisme : viscérale, pulmonaire, péritonéale, dont il est facile de trouver les signes par un examen médical complet.

Le gliome ne survient chez l'enfant que jusqu'à l'âge de 9 ans et il s'annonce, nous l'avons dit, par une marche rapide et un fungus spécial ; le sarcome, comme tous les cancers, survient de préférence chez les arthritiques ; de plus, le sarcome oculaire est toujours ou presque toujours une affection primitive ; quand il existe des troubles viscéraux, ils lui sont consécutifs et, sur ce point, l'étude des commémoratifs fixera le praticien.

Le *pronostic*, dans le cas de fungus tuberculeux, est grave au point de vue de l'appareil de la vision, mais il est loin d'être aussi grave que lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne.

Le *traitement* est le même, il consiste dans l'énucléation et l'extirpation large de toute la partie de l'orbite contaminée; nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit du traitement de la tuberculose irienne; lorsque la vision est perdue, il n'y a qu'un traitement rationnel du tuberculome perforant: ce traitement est l'ablation du mal qui doit être enlevé comme une tumeur maligne.

#### § 2. — Tuberculose de la conjonctive.

Ce paragraphe aurait pu être placé dans le T. II de notre ouvrage, à propos des tumeurs des paupières, avec autant de raison que dans ce chapitre du T. I, consacré aux pseudo-tumeurs de l'œil; nous l'écrivons ici pour épuiser la question de la tuberculose de l'appareil de la vision et n'y plus revenir.

La tuberculose de la conjonctive peut survenir primitivement, par l'infection *exogène*, sur un sujet absolument sain; en ce qui concerne l'iris, et à plus forte raison le segment postérieur de l'œil, nous avons vu que la tuberculose primitive était jusqu'à un certain point contestable, et nous avons donné aux cas dans lesquels l'iris seul paraissait atteint la qualification prudente de *tuberculose locale cliniquement primitive*; en ce qui concerne la conjonctive, on ne saurait tenir le même raisonnement; il est évidemment très facile pour les bacilles, à la faveur d'un traumatisme grave ou léger, de pénétrer dans le tissu conjonctival et d'y proliférer.

Il leur est également facile d'arriver dans la conjonctive par la voie de la circulation et d'y déterminer une tuberculose secondaire.

La tuberculose primitive a une histoire relativement récente.

Le premier cas démontré bactériologiquement remonte à 1884; il appartient à Parinaud qui obtint sur un lapin une inoculation positive.

Haab, en 1878, a bien publié six observations de tuberculose conjonctivale, mais on éprouve quelque embarras à leur sujet; car Haab a négligé la recherche du bacille et les inoculations. Viennent ensuite les

observations de Gayet (1885) et de Haab (1886-1887), de Fontan qui rapporte le premier fait dans lequel la conjonctive bulbaire a été envahie avant la palpébrale.

Après ces auteurs, Knapp, Burnett, Motais, Vignes, Franke, Mitvalsky, Armaignac, Cheney, Pisenti, Stutzer, Gallemaerts rapportent des cas démonstratifs que le lecteur trouvera reproduits dans la thèse de notre élève, le D<sup>r</sup> Ayraud<sup>1</sup>. Une étude sur ce sujet a encore été publiée par Eyres dans les *Archives of ophthalmology* (janvier 1900).

Nous pouvons ajouter à ces faits l'observation suivante recueillie récemment à l'hôpital des Enfants, de Bordeaux, en collaboration avec le D<sup>r</sup> Cabannes :

Obs. — J. B..., âgé de 8 ans, se présente à la consultation ophtalmologique de l'hôpital des Enfants pour une affection de l'œil gauche. Le père et la mère, bien portants, ont eu deux enfants en bonne santé. Il n'existe aucun antécédent bacillaire dans la famille.

Au mois de mai 1899, le jeune malade reçoit en jouant avec un parapluie l'extrémité

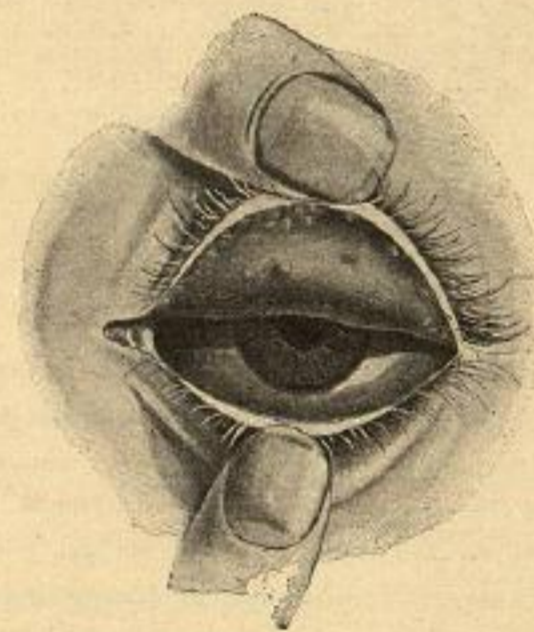


FIG. 194.

d'une baleine dans la partie supéro-externe de la paupière supérieure gauche; il en résulte un gonflement marqué de la paupière dû à une hémorragie sous-cutanée. Ces phénomènes disparaissent au bout d'une semaine. Sur ces entrefaites, l'enfant reçoit au même point un coup d'ongle d'un de ses camarades. Quelques jours après ce nouveau traumatisme, vers le 15 juin, la paupière devient oedémateuse, un engorgement ganglionnaire préauriculaire se montre avec douleur à la pression.

<sup>1</sup> AYRAUD. *La tuberculose conjonctivale primitive*. Thèse, Bordeaux, janvier 1900.



Le 18 juillet 1899, le petit malade présentait un peu de ptosis de la paupière supérieure gauche avec une sécrétion conjonctivale modérée. L'engorgement préauriculaire était représenté par un ganglion du volume d'une amande, mobile, dur, non douloureux; l'angle gauche du maxillaire inférieur est occupé par un ganglion plus petit, offrant les mêmes caractères. En soulevant à demi la paupière supérieure, on découvre sur la conjonctive tarsienne une série de granulations (fig. 194) qu'on peut évaluer à dix-huit environ, offrant une analogie frappante avec celles du trachome aigu dont elles diffèrent peut-être par une coloration plus jaune. Jusqu'aux jours d'août, les tubercules crus existent seuls; ensuite ils se transforment en s'ulcérant. A cette époque, dans la partie la plus externe du cul-de-sac conjonctival supérieur, qu'on peut explorer en faisant regarder le petit malade fortement en bas et en dedans, on découvre une surface ulcérée, ayant à peu près un centim. d'étendue transversale sur un demi-centim. de hauteur, d'aspect blanc grisâtre, surélevée au-dessus du niveau de la conjonctive bulbaire, sur laquelle elle repose. Tout autour, la conjonctive est oedémateuse, épaissie et congestionnée.

L'ulcération semble adhérer profondément; son pourtour ne présente pas de couronne de granulations spécifiques. La portion de conjonctive palpébrale correspondante est un

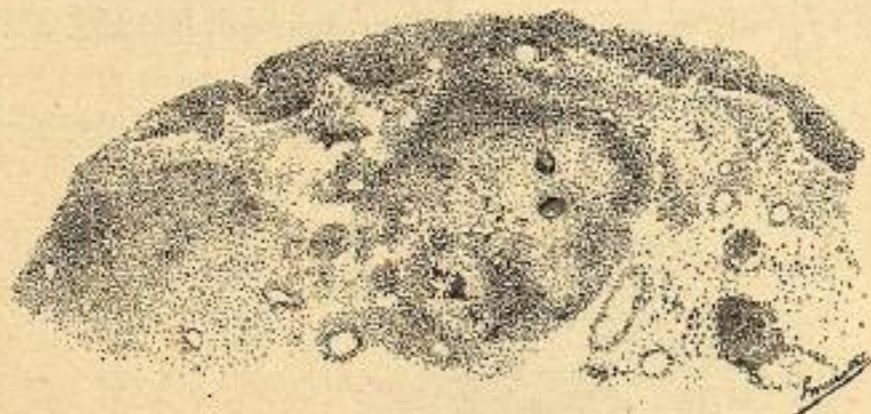


FIG. 195.



FIG. 196.

peu blanche; on ne découvre pas de granulations sur la conjonctive bulbaire, ni dans les autres régions de l'œil. L'œil droit est normal. La santé générale du petit malade est bonne. Les poumons respirent bien et ne présentent aucune trace de localisation tuberculeuse. Cet enfant a été soumis à l'examen attentif de M. le professeur Moussous, professeur de clinique médicale à l'hôpital des Enfants qui a conclu, comme nous, à l'intégrité complète de l'appareil pulmonaire. D'ailleurs, son état général est excellent; il n'a pas maigri; ses fonctions digestives s'accomplissent d'une façon absolument normale, et la lésion locale de sa conjonctive ne porte aucune altération à sa santé. On trouve sur le côté droit du cou une petite surface gaufrée, cicatricielle, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, au sujet de laquelle la mère du petit malade ne peut nous donner aucun renseignement précis.

En somme, un enfant d'aspect bien portant, n'ayant été sujet à aucune maladie sérieuse au cours de sa première enfance, présente, après un double traumatisme de la paupière ayant intéressé la conjonctive, une affection oculaire offrant tous les caractères cliniques d'une tuberculose primitive de la conjonctive, avec sécrétion modérée et intumescence ganglionnaire caractéristique. Afin d'étayer ce diagnostic probable sur

une base plus certaine, on fait l'examen bactériologique de la sécrétion puisée au-dessus de l'ulcération conjonctivale. Le bacille de Koch ne put être découvert. Un petit fragment de la conjonctive du cul-de-sac fut alors excisé et examiné microscopiquement. Il fut aisé de trouver, sur les coupes, de nombreux tubercules avec des cellules géantes caractéristiques. La méthode de Ziehl permit de découvrir le bacille de Koch dans l'une des coupes pratiquées. La figure 195 montre l'une des coupes où se trouvent des cellules géantes que la figure 196 reproduit à un grossissement plus démonstratif. Le microbe spécifique fut encore retrouvé en assez grande abondance dans le pus caséux du ganglion sous-maxillaire qui, à un moment donné, avait grossi et était devenu douloureux et fluctuant. Malgré la présence du bacille de Koch dans le caséum ganglionnaire, l'inoculation du cobaye resta négative. Ce dernier fait prouve le peu de virulence du bacille de cette conjonctivite tuberculeuse dont l'évolution a d'ailleurs des allures lentes. Sous l'influence d'un traitement local consistant en massage quotidien à la poudre d'iodoforme, le mal s'achemine vite vers la guérison et pour l'obtenir plus vite encore nous ajoutons au massage iodoformé l'abrasion à la curette des ulcérations tuberculeuses.

Le malade, constamment tenu sous l'influence d'un traitement général approprié, est complètement guéri deux mois après le début de l'affection.

Sans vouloir entrer, à propos de cette observation, dans de très longues considérations, nous ferons remarquer, outre la netteté du diagnostic, l'évidence de la cause traumatique qui est ici en jeu. D'une façon générale on s'accorde à reconnaître que la tuberculose primitive de la conjonctive ne peut provenir que d'un traumatisme, puisque les instillations, dans le sac conjonctival d'un lapin ou d'un cobaye, d'une culture très virulente ne donnent aucun résultat; il faut une porte d'entrée pour que l'infection se produise (Valude).

Nous croyons volontiers avec Fuchs que les corps étrangers acérés, anguleux, égarés dans le sac conjonctival, peuvent blesser suffisamment la conjonctive pour que le bacille de Koch s'introduise dans la petite plaie; peut-être également peut-on admettre avec Burnett que les pustules conjonctivales sont aussi des portes d'entrée; dans tous les cas, les auteurs ne signalent presque jamais dans les antécédents du malade le traumatisme initial. Sur 19 cas, nous ne le rencontrons que dans l'observation de Stutzer et dans la nôtre, et si nous admettons que ce traumatisme conjonctival est nécessaire, il faut reconnaître que dans la très grande majorité des faits la solution de continuité passe inaperçue. Notre observation, avec les deux gros traumatismes initiaux qu'elle contient, est une exception à la règle.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer cette conjonctivite tuberculeuse tout à fait au début, ainsi que le montre la figure 194, et le lecteur sera frappé de la netteté de la tuberculose miliaire qui nous a fait considérer le diagnostic comme certain dès la première heure avant l'examen histologique et bactériologique. Cette forme miliaire est relativement rare; l'ulcère est la forme la plus fréquente de la maladie; dans deux cas seulement, les auteurs signalent les tubercules isolés sans ulcération (Franke, Knapp). C'est là sans doute une question de temps et il est certain que le tubercule précède toujours l'ulcère; nous-même nous avons vu, à l'hôpital des Enfants, se produire sous nos yeux de multiples ulcérations aux lieu et place des 18 tubercules que notre figure, faite dans les premiers jours, représente.

Nous ferons encore remarquer l'importance de l'engorgement ganglionnaire dans notre fait personnel; presque dans tous les cas, le retentissement ganglionnaire existe dans le ganglion préauriculaire, mais souvent, ce ganglion est seul engorgé; six fois seulement les ganglions sous-maxillaires ont été intéressés; une fois, le ganglion sublingual; deux fois les ganglions cervicaux. Le pronostic est d'autant plus sombre que les ganglions sont envahis en plus grand nombre; l'observation d'Armaignac paraît faire exception à cette règle. Nous ferons remarquer que, malgré l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, notre malade s'est vite débarrassé de son affection sous l'influence d'un traitement rationnel. Ce traitement a consisté, outre la médication générale, dans le massage forcé de la région tuberculeuse avec de la poudre d'iodoforme. Ce massage avait amené une amélioration évidente; mais, pour hâter la guérison, nous y avons ajouté l'abrasion des surfaces ulcérées. La plaie opératoire a ensuite été traitée par la poudre d'iodoforme. Le massage iodoformé nous paraît en pareil cas susceptible, d'ailleurs, de donner à lui seul la guérison, ainsi que nous avons pu nous en convaincre dans un cas inédit.

Il s'agissait d'un petit malade présentant, comme celui dont nous faisons connaître aujourd'hui l'histoire, une éruption, caractéristique par son aspect, de tubercules conjonctivaux avec ganglion préauriculaire. L'enfant était venu seul à la consultation; il lui fut prescrit, outre un trai-

tement (huile de foie de morue et bains salés), des insufflations de poudre d'iodoforme, avec prière de revenir le plus tôt possible, accompagné d'un membre de sa famille autorisant l'excision d'un tubercule. Cette excision était, en effet, nécessaire pour faire un diagnostic scientifique. L'enfant ne revint que deux semaines plus tard, après avoir suivi son traitement iodoformé. Il était presque guéri, si bien qu'il fut impossible de poursuivre l'étude commencée, de faire un diagnostic anatomique et expérimental. Cette observation manquant ainsi de base scientifique, n'a pu être publiée.

Telles sont les quelques considérations que nous paraît mériter cette observation de tuberculose primitive de la conjonctive. Nous en résumons les caractères principaux en disant qu'elle est remarquable par la netteté du traumatisme initial, le nombre de tubercules miliaires, l'importance de l'engorgement ganglionnaire, les résultats positifs de l'examen histologique et bactériologique de la conjonctivite et du pus, et la guérison relativement rapide sous l'influence d'un traitement approprié.

Cela dit sur la tuberculose conjonctivale primitive, reconnaissons que dans la grande majorité des cas l'affection survient secondairement sur un sujet déjà tuberculeux.

Dans les deux cas du reste, primitive ou secondaire, l'affection se présente avec les caractères suivants:

La muqueuse fortement injectée est granuleuse; elle offre des plis saillants autour du gros foyer tuberculeux qui s'ulcère, se creuse, devient jaunâtre, lardacé; de petits points jaunâtres sont souvent reconnaissables autour et au fond de l'ulcère. Le reste de la conjonctive, sans prendre part à l'infiltration tuberculeuse, sécrète plus ou moins abondamment; les paupières œdématisées gonflent beaucoup, et de bonne heure les ganglions lymphatiques correspondants s'engorgent.

L'affection commence presque toujours par la conjonctive palpébrale; quelques faits seulement de Sattler et de Wagenmann font exception.

Le *diagnostic* de l'affection n'est généralement pas difficile; il est écrit en quelque sorte dans l'œil du patient lorsque la tuberculose se présente avec des tubercules miliaires disséminés comme ceux que nous avons représentés fig. 194; mais, même dans les autres cas, il est relativement facile. Un point qu'il faut d'abord remarquer, c'est que les folli-

cules, tant qu'ils sont à la période miliaire, se détachent nettement sur le fond relativement peu tourmenté de la conjonctive. Plus tard l'ulcération avec ses bords lardacés, ses noyaux jaunâtres, sa faible vascularisation, l'engorgement ganglionnaire qu'elle entraîne, se distingue aisément de l'ulcération syphilitique et de l'épithélioma. Il est d'ailleurs on ne peut plus facile d'exciser un lambeau de la conjonctive, de faire une inoculation à un cobaye et un examen histologique pour éclairer la question. Dans le tome II, au chapitre consacré aux tumeurs des paupières nous insisterons d'ailleurs sur le *diagnostic différentiel des ulcérations épithéliales, tuberculeuses et syphilitiques*. Terminons ce court chapitre sur la tuberculose conjonctivale en disant que le traitement, qui doit être fait le plus tôt possible, consiste dans le raclage, la cautérisation ignée et le pansement à la poudre d'iodoforme.

## CHAPITRE II

### DES PSEUDO-TUMEURS DUES A LA SYPHILIS

Les pseudo-tumeurs dues à la syphilis sont rares et leur diagnostic en général facile, d'autant mieux que l'épreuve du traitement, habituellement très efficace, vient rapidement lever les doutes. Nous devons donc être bref à leur sujet, et nous pourrions résumer les particularités qui nous intéressent en trois paragraphes distincts concernant successivement : 1° les gommés épisclérales, 2° les gommés de l'iris, 3° les gommés du corps ciliaire. Les *gommés de la conjonctive* auront leur place dans le second volume.

1° **Gommés syphilitiques épisclérales.** — La première observation a été recueillie par de Wecker<sup>1</sup>, en 1866; dans son traité, où il en signale plusieurs cas, cet auteur établit que l'affection ne débute ni dans la conjonctive, ni dans la capsule de Tenon, mais dans la partie superficielle de la sclérotique dont elle envahit toute l'épaisseur, méritant ainsi le nom de gomme de la sclérotique.

Alt<sup>2</sup> a rapporté une observation qui est évidemment un exemple de ce genre. « La sclérotique, dit-il, paraissait en réalité épaisse d'à peu près six fois son volume, mais l'examen microscopique montrait qu'elle était, ainsi que le tissu épiscléral, remplie d'un très grand nombre de cellules rondes qui avaient dissocié les fibres sans les avoir nécrosées. »

Les gommés épisclérales ne sont pas très rares, et dans ces dernières années on en a publié un assez grand nombre d'observations, parmi lesquelles nous remarquons les deux faits de Demicheri<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> DE WECKER. *Traité d'ophtalmologie*, t. I, p. 411, et t. II, p. 603.

<sup>2</sup> ALT in DE WECKER. *Traité d'ophtalmologie*, t. II, p. 604.

<sup>3</sup> DEMICHERI. Gommés épisclérales syphilitiques. *Ann. d'ocul.*, t. III, p. 421.