

Le sarcome mélanique de la choroïde propagé au sac lacrymal et au canal nasal ... / par Vincent Kassapian.

Contributors

Kassapian, Vincent, 1882-
Université de Lyon.

Publication/Creation

Lyon : Imprimeries réunies, 1907.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/sfhr2uv2>

10
UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 32.

LE SARCOME MÉLANIQUE DE LA CHOROÏDE

PROPAGÉ AU SAC LACRYMAL ET AU CANAL NASAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 3 Juillet 1907

PAR

Vincent KASSAPIAN

Né à Angora, le 28 février 1882.

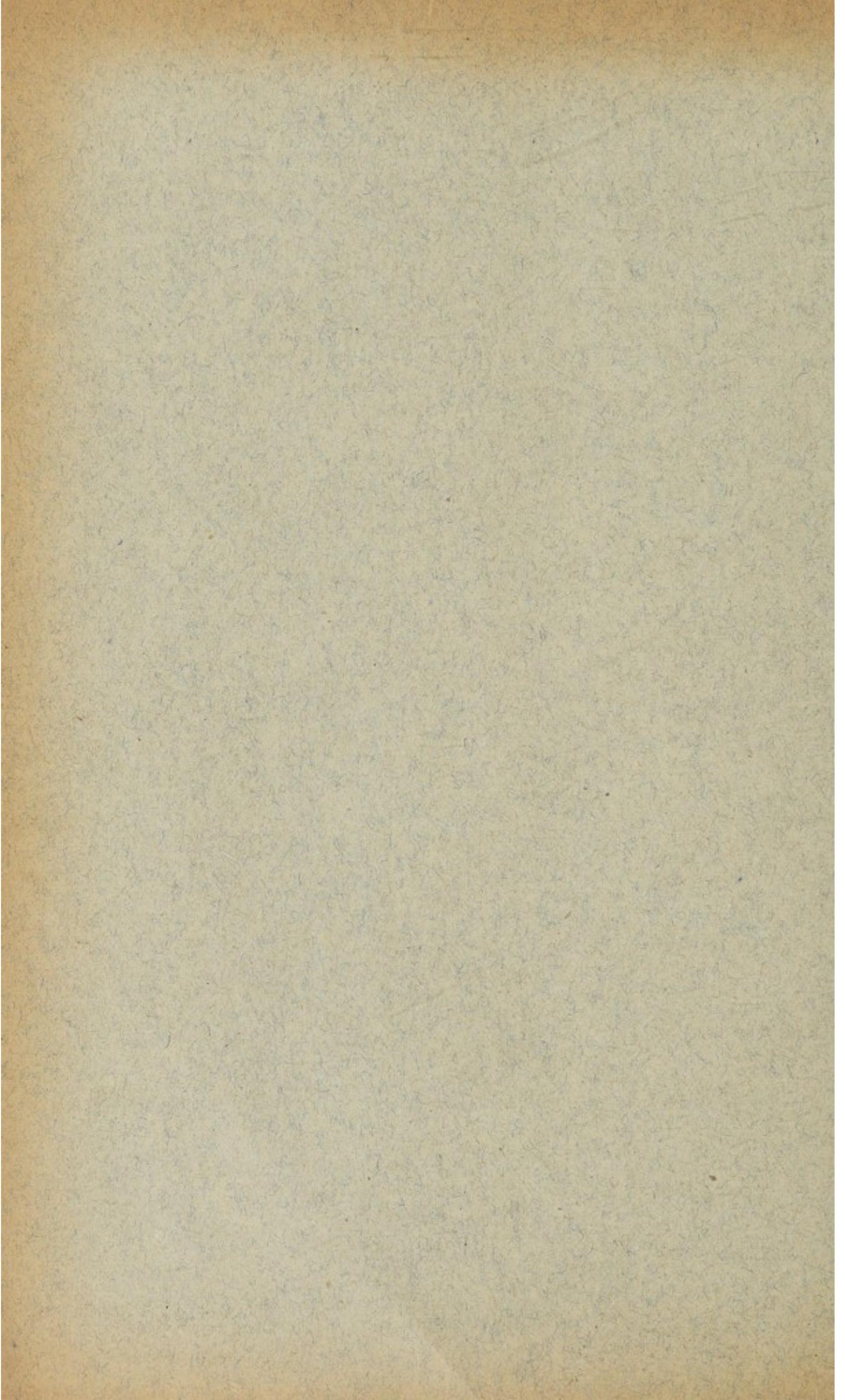


LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1907



LE SARCOME MÉLANIQUE

DE LA CHOROÏDE

PROPAGÉ AU SAC LACRYMAL ET AU CANAL NASAL



Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30611040>

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 32.

LE SARCOME MÉLANIQUE

DE LA CHOROÏDE

PROPAGÉ AU SAC LACRYMAL ET AU CANAL NASAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 3 Juillet 1907

PAR

Vincent KASSAPIAN

Né à Angora, le 28 février 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
		PONCET.
		JABOULAY.
		FABRE.
		ROLLET.
		NICOLAS.
		PIERRET.
		WEILL.
		POLLOSSON (A.).
		X...
		HUGOUNENQ.
		CAZENEUVE.
		BEAUVISAGE.
		GUIART.
		TESTUT.
		RENAUT.
		MORAT.
		TEISSIER.
		MAYET.
		TRIPPIER.
		POLLOSSON (M.).
		ARLOING.
		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SAMBUC.	MM. REGAUD.	MM. MOREL.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	NEVEU-LEMAIRE.
PIC.	COURMONT (P.)	ANCEL.	PATEL.
PAYIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	J. LEPINE, ch...
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	VORON, ch...
BÉRARD.	TIXIER.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ETIENNE ROLLET, *Président*; LANNOIS, *Assesseur* ;
MM. MOREL et ANCEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Au moment de terminer nos études nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui par leur enseignement nous ont préparé à la carrière médicale.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le professeur Rollet, qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence; nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions aussi M. Garel de l'obligeance qu'il a eue pour nous en nous permettant de publier dans notre thèse une observation intéressante et inédite.

INTRODUCTION

Ayant en notre possession deux observations de sarcome de la choroïde : l'un propagé au sac lacrymal, l'autre au sinus maxillaire, et une autre due à l'amabilité de M. le docteur Garel, M. le professeur Rollet nous a conseillé de publier ces cas.

Nous avons fouillé la littérature médicale, et nulle part nous n'avons trouvé relatés de cas analogues.

Nous commencerons ce travail par la description du sarcome mélanique de la choroïde envisagé au point de vue général. Pour rendre le sujet plus intelligible, il sera utile de rappeler ensuite succinctement l'anatomie de la choroïde en détail et la topographie de l'orbite, du sac lacrymal et du canal nasal.

Comment pourrions-nous faire un pas vers l'anatomie pathologique des tumeurs de la choroïde sans connaître le sol dans lequel elles germent, croissent, se développent et se généralisent aux différentes parties du globe oculaire ? De même, comment décririons-nous la tumeur mélanique du sac lacrymal et du canal nasal venant de la tumeur primitive de la choroïde sans décrire celle-ci ?

Nous passerons en revue ensuite la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic des propagations de ces tumeurs mélaniques. Enfin nous terminerons par leur traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

HISTORIQUE ET DESCRIPTION DU SARCOME ENVISAGÉ A UN POINT DE VUE GÉNÉRAL

I. — Cornil et Ranvier résumant dans les termes suivants l'historique des tumeurs sarcomateuses : « J. Muller les a décrites sous le nom de tumeurs fibreuses albuminoïdes. Ch. Robin crut devoir séparer des tumeurs fibro-plastiques certaines tumeurs ayant avec elles de nombreuses analogies, en différant par la forme arrondie de leurs cellules et il les nomme tumeurs embryoplastiques. »

Lebert, remarquant dans ces tumeurs des cellules fusiformes, les appela tumeurs fibro-plastiques. Virchow sépara des sarcomes quelques tumeurs qui jusque-là étaient réunies et leur a donné les noms de gliomes et de psammomes.

Le sarcome, d'après Cornil et Ranvier, est une « tumeur constituée par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte ». C'est donc un tissu embryonnaire dont les cellules s'allongent pour

former le tissu fibreux dans une substance fondamentale amorphe.

Les bourgeons charnus développés aux dépens du tissu conjonctif et marchant vers la guérison montrent toutes les phases embryonnaires du tissu conjonctif comme certains sarcomes. Les seules différences qu'il y a entre le sarcome et le tissu enflammé, c'est qu'on peut saisir une origine et une fin différentes dans les deux cas. Lorsque le tissu inflammatoire a pour origine une plaie ou une maladie chronique des os ou des articulations, sa fin sera l'élimination ou sa constitution à l'état de tissu normal permanent, une guérison en un mot, tandis que le sarcome continuera à croître indéfiniment. Les éléments de ces deux néoplasies sont d'habitude les mêmes, avec la différence que quelquefois dans les sarcomes ils sont plus grands que dans les néoplasmes inflammatoires. Billroth exprime les mêmes idées dans des termes un peu différents. Virchow appelle le sarcome une néoplasie dont le tissu appartient à la série des tissus connectifs et qui ne se distingue des espèces nettement tranchées de ce tissu que par le développement prédominant des éléments cellulaires.

En résumé, les tumeurs décrites sous le nom de sarcome sont des néoplasies ayant une structure qui présente divers états intermédiaires entre le tissu embryonnaire et le tissu fibreux complètement organisé, et qu'au lieu d'atteindre cette constitution définitive comme le fait un tissu de nature inflammatoire, elle suit toujours une marche progressive, grâce à la production continuelle et exagérée d'éléments cellulaires.

II. — *Cellules et vaisseaux sanguins.* — Les éléments cellulaires présentent des formes très variables, depuis la forme sphérique embryonnaire jusqu'à la cellule en fuseau, ramifiée, présentant des anastomoses. Dans les cellules rondes le noyau est arrondi, il est allongé dans les cellules fusiformes. On note quelquefois des cellules géantes, des myéloplaxes que Monod et Malassez considèrent comme des cellules vasoformatives arrêtées dans leur développement. Dans ces cellules, on trouve de quarante à cinquante noyaux sphériques. Ces cellules forment quelquefois une sorte d'enveloppe aux vaisseaux, manchons périvasculaires, d'autres fois elles se placent dans des cavités cloisonnées qui rappellent celles du carcinome : les unes s'unissent de manière à former des faisceaux, d'autres des amas, se comprimant réciproquement. *Les vaisseaux sanguins* sont très nombreux à l'état embryonnaire, se confondant avec le tissu morbide, état embryonnaire qui rend très difficile la différenciation du système vasculaire des cellules qui l'entourent.

Sur des coupes, on voit la lumière des vaisseaux entourée de cellules arrondies ou fusiformes, mais on ne trouve pas les parois propres des vaisseaux. L'absence de la paroi propre des vaisseaux explique que ces derniers ne peuvent pas résister à une grande pression et se déchirant facilement, déterminent de fréquentes hémorragies interstitielles.

Nous ne voulons pas faire ici l'étude spéciale, histologique des formes différentes de tumeurs sarcomateuses : les sarcomes encéphaloïde et fasciculé, le fibrosarcome, le sarcome endothélial, avec les sarcomes tu-

buleux, alvéolaires et caverneux, les myo-ostéo et chondro-sarcomes, mais nous croyons qu'il est nécessaire de résumer en quelques lignes le développement du sarcome mélanique.

Le développement du sarcome mélanique se fait de deux façons :

a) Dans le premier mode, les cellules morbides auraient leur origine dans le système sanguin.

b) Dans le deuxième mode, il y aurait prolifération du tissu normal de la choroïde, qui deviendrait ainsi pathologique et s'accroîtrait par développement endogène et proliférations des noyaux.

En résumé, tous les éléments normaux du tractus uvéal peuvent donner lieu à une tumeur lorsqu'ils sont incités à une prolifération anormale par un agent inconnu, un *primum movens*, dont l'étude en ce qui concerne les sarcomes est encore à faire. On ignore complètement la cause première du mal, on ignore pourquoi les cellules du tractus uvéal font un néoplasme.

Le nodule formé dans la choroïde peut s'étendre dans toutes les directions. En s'étendant dans la membrane de la choroïde la tumeur prend la forme en nappe, elle est alors superficielle. Le plus souvent cette tumeur choroïdienne affecte la forme sessile.

Au voisinage de la tumeur, on trouve souvent des cellules sarcomateuses isolées dans la choroïde intacte, cellules probablement entraînées par le courant sanguin ou lymphatique de la tumeur primitive et ne tardant pas à lui être reliées par d'autres éléments.

Ces tumeurs s'accroissent dans l'œil de deux façons : par propagation continue d'une part, faits observés par

Mitvalsky ; d'autre part, elles se propagent sous forme de noyaux isolés, d'après Eidetzky. Le premier mode paraît plus fréquent que le second.

Les cellules sarcomateuses se portent de préférence du côté où la sclérotique présente des ouvertures naturelles et là où son tissu est le moins serré, c'est-à-dire vers les ouvertures qui donnent passage aux vaisseaux et nerfs et vers le limbe cornéen. Les gaines des vaisseaux, surtout celles des veines, se laissent infiltrer : alors ces vaisseaux, encapuchonnés de cellules pigmentées sarcomateuses, se présentent dans la sclérotique sous forme de filaments noirs à direction oblique. Ainsi les vaisseaux conduisent les cellules sarcomateuses en dehors de leur lieu de naissance. Les nerfs peuvent, mais moins souvent que les artères et plus souvent que les veines, conduire au dehors le néoplasme.

La région du limbe se laisse distendre et perforer. La cornée au contraire résiste, elle n'est détruite que dans les cas où les phénomènes glaucomateux entraînent de la suppuration. Ce n'est pas seulement le globe oculaire que les cellules envahissent, elles le dépassent et alors le sarcome de la choroïde se propage de proche en proche, contaminant l'orbite, sortant même en dehors de l'orbite, soit par derrière, soit par devant. Dans le premier cas, les cellules émigrent vers le cerveau, vers la joue ; dans le second cas, elles émigrent vers la peau, le lac lacrymal, le sac lacrymal, le sinus maxillaire, le canal nasal et, si on n'intervient pas encore, l'arrière-cavité des fosses nasales et la fosse nasale opposée peuvent être atteintes à leur tour. Les fosses nasales bourrées de cellules sarcomateuses rendent impossible la respiration nasale.

C'est aussi lors de l'émigration des cellules vers l'extérieur que les cellules morbides vont encore plus loin de l'œil, dans le foie, dans le cerveau, dans la colonne vertébrale, et elles peuvent envahir tous les viscères. Alors devant cette généralisation, que peut-on attendre d'un traitement local et chirurgical? Le sarcome choroïdien à cette période est au-dessus des ressources de la chirurgie, il n'est plus curable. Les cellules sarcomateuses tombent dans les vaisseaux, elles les remplissent quelquefois à moitié, par prolifération; d'autres fois et le plus souvent, elles sont charriées vers divers organes, où elles se fixent et en proliférant forment des tumeurs secondaires de même nature que la tumeur dont elles proviennent. Ces métastases se forment surtout dans les organes ayant un très riche réseau capillaire et dont le calibre est très étroit. Le sarcome mélanique est ainsi appelé à cause des granulations noirâtres, pigmentations qui remplissent les cellules, elles sont rarement extra-cellulaires et rarement dans le noyau. Il est possible qu'un seul côté, qu'un point isolé de la cellule soit envahi par des granulations pigmentaires. Les formes cellulaires les plus jeunes n'ont pas un caractère pigmenté bien défini. Quand ces cellules augmentent de volume, la matière colorante y augmente également. Mais outre cette substance colorante, il s'en présente une autre sous forme de masses isolées, et que l'on doit considérer comme la substance colorante du sang métamorphosée. On en rencontre bien moins que des granulations pigmentaires, et, ce qui permet encore de supposer que ces gros agrégats sont des résidus sanguins, c'est qu'on les rencontre surtout dans le tissu des

sarcomes blancs, c'est-à-dire précisément où le pigment proprement dit fait défaut.

Les granulations du sarcome mélanique sont noires dès l'origine, arrondies et réfringentes (Cornil et Ranvier). Si l'on rompt une ou plusieurs des cellules chargées de pigment, de fines granulations noires s'échappent aussitôt et sont animées du mouvement brownien. Cette variété de tumeur a une tendance très grande à la généralisation.

L'ORIGINE DES PIGMENTS

Quatre manières de voir ont été défendues au sujet de l'origine des pigments :

1° Langhans, Vossius et Oppenhamer admettent un origine hématique des pigmentations ;

2° Virchow, Recklinghausen, Waldejer croient à la formation métabolique du pigment, c'est-à-dire sa formation aux dépens des matériaux albuminoïdes de la cellule ;

3° Le pigment dérive des cellules pigmentées du stroma : opinion défendue par Ribbert ;

4° Les pigments dérivent des cellules de l'épithélium pigmenté ; le sarcome mélanique de la choroïde serait ainsi un épithélioma pigmentaire.

D'après Lagrange, il faut admettre deux variétés de pigmentations : l'une hématogène, l'autre choroïdienne, existant ensemble ou séparément.

Ces deux variétés seraient d'ailleurs d'une importance différente devant le pronostic, et il admet l'hypothèse qu'il défend au sujet des sarcomes mélaniques de l'or-

bite, à savoir que la mélanose d'origine hématique est beaucoup moins grave que la choroïdienne.

Fuchs décrit dans le sarcome mélanique des formes particulières à pigmentations aréolaires dans lesquelles le pigment présente deux dispositions différentes :

1° Dans le premier cas, les granulations noires engainent les vaisseaux et en suivent le trajet ;

2° Dans le deuxième cas, elles sont amassées dans les endroits les plus éloignés de la lumière des vaisseaux. L'une et l'autre dispositions donnent à la tumeur un aspect aréolé.

III. — *Étiologie.* — Les sarcomes mélaniques de la choroïde sont relativement rares ; on les rencontre une fois sur 2,000, d'après les tableaux de Fuchs se rapportant à la fois au sarcome blanc et au sarcome mélanique. Sur 2,000 ophthalmiques, Lagrange compte 10 sarcomes choroïdiens. Panas et Rochon-Duvigneaud donnent également un chiffre analogue.

Les causes peuvent être divisées en prédisposantes et occasionnelles.

Causes prédisposantes : Ce sont l'âge, le sexe et l'hérédité.

L'âge. D'après Fuchs, c'est vers 41 à 50 ans que l'on rencontre le maximum. Freacher-Collin considère l'âge 42 à 48 comme le plus favorable et Baudoin l'âge 46.

Il est rare avant l'âge de puberté. D'après Lagrange, depuis la naissance jusqu'à 10 ans, on est exposé au gliome de la rétine et non au sarcome de la choroïde ; à partir de 10 ans jusqu'à la fin de sa vie, on est exposé au sarcome de la choroïde et non au gliome de la rétine.

Le sexe exerce une influence légère mais certaine. Il y a prédominance chez l'homme.

L'hérédité joue dans l'étiologie des sarcomes choroïdiens le même rôle que dans les autres cancers.

Causes occasionnelles : Les inflammations et les traumatismes. Mais elles ont besoin pour amener la naissance de la tumeur d'un terrain approprié, elles aident puissamment le germe morbide ou infectieux, si on admet qu'il le soit, à se porter sur l'œil. Les violences extérieures sont plus souvent en cause que l'inflammation de la choroïde.

Le traumatisme peut agir en provoquant une inflammation aiguë ou chronique des membranes ou en entraînant immédiatement la rupture de ces membranes et l'atrophie.

D'après Leber, le traumatisme pourrait favoriser le développement d'une tumeur existant déjà dans l'intérieur du globe à l'état de germe. Il paraît nécessaire, pour faire intervenir le trauma dans l'étiologie, que l'œil ait été directement blessé. En pareil cas on doit l'admettre pour l'œil comme pour les autres organes. La phtisie du bulbe et l'inflammation qu'il a produite peuvent agir en appelant sur ce point *minoris resistentiæ* la diathèse cancéreuse en imminence d'éclosion, c'est là tout ce qu'on peut dire pour expliquer les faits, d'ailleurs rares et possibles d'interprétations diverses, dans lesquels la phtisie a précédé le sarcome.

CHAPITRE II

Anatomie de la choroïde, du sac lacrymal et du canal nasal.

L'ANATOMIE DE L'ŒIL EN GÉNÉRAL ET CELLE DE LA CHOROÏDE EN PARTICULIER

Nous allons donner la description générale de l'orbite, de son contenu, pour passer ensuite à la description macroscopique et microscopique de la choroïde, et nous finirons ce chapitre en disant quelques mots sur l'appareil lacrymo-nasal.

L'orbite ou la cavité orbitaire présente à peu près la forme d'une pyramide quadrangulaire dont la base regarde en avant et en dehors, le sommet en arrière et en dedans. Cette cavité offre à considérer quatre parois, quatre angles et un sommet. La paroi supérieure, formée en avant par le frontal et en arrière par les petites ailes du sphénoïde, répond aux fosses cérébrales antérieures. Cette paroi est extrêmement mince dans presque toute son étendue, sauf en avant vers la base de l'orbite, où elle offre au contraire une épaisseur considérable. Cette lame osseuse est très cassante, et c'est pourquoi le chirurgien ne doit pas oublier la minceur

et la fragilité de la voûte orbitaire lorsqu'il fera l'extirpation des tumeurs de l'orbite.

La paroi inférieure forme la voûte du sinus maxillaire et est constituée presque exclusivement par la face supérieure du maxillaire supérieur.

Cette paroi est fort remarquable, en ce qu'elle loge dans son épaisseur le nerf sous-orbitaire qui est recouvert par une paroi osseuse si mince, qu'on l'aperçoit nettement par transparence sous l'aspect d'une ligne blanchâtre. Il faut aussi que le chirurgien connaisse ce détail pour ne pas intéresser ce nerf lorsqu'il fera l'extirpation des tumeurs de l'orbite.

La paroi interne, constituée par l'os planum de l'ethmoïde en arrière, par l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur en avant, est aussi d'une extrême minceur.

La paroi externe, la plus résistante de toutes, est constituée en arrière par le sphénoïde, l'os malaire et le frontal en avant.

L'angle supéro-interne correspond à la poulie de réflexion du muscle grand oblique ainsi qu'aux trous orbitaires internes; à l'angle supéro-externe se trouve la cavité destinée à loger la glande lacrymale; à l'angle inféro-interne siège l'orifice supérieur du canal nasal; l'angle inféro-interne répond à la fente sphéno-maxillaire recouverte par le périoste orbitaire.

Le canal nasal est dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Il est constitué en dehors par l'apophyse montante du maxillaire supérieur, en dedans par l'os unguis et le cornet inférieur. La longueur totale du canal varie entre 25 à 30 mill. L'orifice inférieur

du canal s'ouvre dans le méat inférieur, à 3 centimètres environ de l'aile du nez correspondante.

Le sommet répond au trou optique qui communique l'orbite avec la cavité crânienne.

Parties molles contenues dans l'orbite.

L'orbite est séparée en deux loges par l'aponévrose de Ténon qui a la forme d'un diaphragme peu résistant en arrière, plus résistant en avant, sorte de cupule recevant dans sa cavité le globe de l'œil.

L'extrémité antérieure s'attache au pourtour de l'orbite ; la postérieure entoure le nerf optique à son entrée dans l'œil et se prolonge à sa surface en se confondant avec le névrlème. Cette aponévrose envoie des prolongements musculaires et ligamenteux.

La loge postérieure de l'orbite contient les graisses, les muscles, les vaisseaux et les nerfs de l'œil.

La loge antérieure de l'orbite contenant le globe oculaire représente la forme d'une capsule.

Du globe oculaire. -- Le globe oculaire est constitué d'arrière en avant de la sclérotique dont l'orifice antérieur enchasse la cornée, la lamina fusca, la choroïde, la rétine, la membrane hyaloïde et le corps vitré, le cristallin, la chambre postérieure, l'iris, la chambre antérieure et la cornée.

Nous devons dire deux mots sur la constitution de la couche fibreuse, sur la sclérotique. Cette membrane est le principal agent de protection pour les milieux de l'œil. Son épaisseur augmente légèrement d'avant en arrière. La partie la plus mince siège au niveau des

insertions des muscles droits et au pourtour de l'orifice d'entrée du nerf optique.

Composée presque exclusivement de faisceaux de fibres de tissu lamineux entre-croisés dans tous les sens, n'est pas élastique. Ce défaut d'élasticité nous explique les atroces douleurs qu'éprouvent les malades dont l'œil se trouve soumis à une pression intérieure brusque et intense comme dans le glaucome aigu.

Si résistante qu'elle soit, la sclérotique peut céder sous l'influence d'une pression continue, s'amincir de plus en plus dans ses points faibles surtout, et en s'éclatant, laisser échapper au dehors la tumeur, cause de cette pression.

Tunique vasculaire de l'œil.

La tunique moyenne de l'œil ou l'uvée, ou la choroïde, est une membrane de couleur sombre située entre la tunique fibreuse et la tunique nerveuse. Elle est très vasculaire ; grâce à elle et à sa circulation toujours très active, elle tient sous sa dépendance la pression des liquides intra-oculaires et constitue pour la rétine une véritable chambre chaude, entretenant autour des cônes et des bâtonnets une température constante, éminemment favorable à leur fonctionnement. Elle s'applique contre la sclérotique jusqu'à un millimètre du bord de la cornée ; là elle se fléchit en arrière de cette membrane pour former la zone ciliaire et l'iris.

La structure de la choroïde. — La choroïde se compose de quatre couches concentriques : 1° la lamina fusca ; 2° la couche des gros vaisseaux ; 3° la couche des capillaires ; 4° la lame vitrée.

A. *Lamina fusca*. — On désigne sous ce nom la nappe de tissu conjonctif qui se trouve située entre la sclérotique et la choroïde, elle est constituée par un système de travées ou de lamelles conjonctives s'entre-croisant dans tous les sens et interceptant entre elles des espaces libres, que nous devons considérer avec Schwalbe comme de vrais espaces lymphatiques qui communiquent tous ensemble.

Une couche épithéliale plus ou moins continue tapisse les parois de ces différents espaces. On rencontre encore sur les lamelles conjonctives de la lamina fusca de nombreuses cellules étoilées remplies de granulations pigmentaires.

B. *Couches des gros vaisseaux, stroma choroïdien*. — Cette couche comprend deux plans : un plan profond formé par les artères, un plan superficiel formé par les veines.

Les artères de la choroïde proviennent des ciliaires courtes postérieures, branches de l'ophtalmique. Ces artères cheminent d'arrière en avant parallèlement aux méridiens de l'œil, jetant latéralement de nombreux rameaux et ramuscules, dont les dernières divisions aboutissent à la couche chorio-capillaire. Elles se font remarquer par le développement considérable de leur tunique musculaire.

Les veines de la choroïde sont caractéristiques : elles forment des *tourbillons*, d'où les noms de *vasa vorticosa*. Voici en quoi consistent ces tourbillons : un certain nombre de veinules, 10 à 15, convergent vers un même point, en suivant chacune une direction curviligne et, là, se réunissent en un seul troncule, ce troncule et

l'ensemble de ses affluents, tous plus ou moins contournés en arc, constituent un tourbillon. Les troncules à leur tour forment de nouveaux tourbillons, disposés suivant la même modalité que les précédents et aboutissent à un seul tronc, etc. Finalement, les divers canaux veineux de la choroïde aboutissent à quatre tourbillons principaux qui occupent le plan le plus superficiel de la couche des gros vaisseaux.

Ces quatre tourbillons ont leur centre placé un peu en arrière de l'équateur de l'œil : deux supérieurs et deux inférieurs ; chacun d'eux donne naissance à une grosse veine, laquelle se portant en arrière perfore la sclérotique pour aller se jeter dans l'ophtalmique. Morano a décrit autour des veines choroïdiennes un système de gaines lymphatiques qui les enveloppent à la manière de manchons.

Les gros vaisseaux de la choroïde baignent dans une atmosphère conjonctive le *stroma choroïdien*, lequel comprend des fibres du tissu conjonctif, de fines fibres élastiques, des fibres musculaires lisses, de nombreux éléments cellulaires, dits cellules de la choroïde.

Ces cellules présentent des granulations pigmentaires s'anastomosant entre elles par de nombreux prolongements. A côté de ces cellules pigmentées, on en trouve d'autres dépourvues de pigments.

C. *Couche des capillaires*. — Cette couche, désignée sous le nom de couche chorio-capillaire, est essentiellement composée par un réseau de fins capillaires, dont les mailles, irrégulièrement arrondies au voisinage du nerf optique, s'allongent et s'élargissent d'autant plus qu'on se rapproche de l'ora serrata. Les interstices des

vaisseaux capillaires sont comblés par une matière amorphe finement granuleuse.

D. *Membrane vitrée.* — Désignée aussi sous le nom de membrane de Bruch, est transparente et excessivement mince. Celle de ses faces qui est dirigée vers la rétine est lisse et complètement anhiste. La face opposée en rapport avec la couche chorio-capillaire présente un aspect finement fibrillaire.

Vaisseaux et nerfs. — Les artères proviennent :

a) *Artères ciliaires courtes postérieures*, toujours fort nombreuses, traversent la sclérotique sur le pourtour du nerf optique pour former dans la choroïde un plan intermédiaire à la couche des capillaires et à celle des veines.

b) *Artères ciliaires longues postérieures*, au nombre de deux, traversent la partie postérieure de la sclérotique pour former en avant le grand cercle artériel de l'iris.

c) *Artères ciliaires antérieures*, proviennent des artères musculaires. Elles traversent la sclérotique dans le voisinage de l'insertion des muscles droits pour aller se jeter dans le cercle artériel précité.

Les veines suivent le trajet des artères.

La lymphe circule dans les fentes lymphatiques de la choroïde et dans ses gaines périvasculaires. Cette membrane est dépourvue de véritables vaisseaux lymphatiques.

Nerfs. — Les rameaux nerveux destinés à la tunique vasculaire de l'œil proviennent des nerfs ciliaires, dont le plus grand nombre émanent du ganglion ophthal-

mique, deux ou trois seulement provenant directement du nasal pour former à la face externe de la choroïde le *plexus choroïdien*.

Pour terminer l'anatomie de la région oculaire, nous dirons en quelques mots la constitution de l'appareil lacrymo-nasal qui est constitué par le lac lacrymal, les points lacrymaux, les canalicules lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal.

Le lac lacrymal. — On donne ce nom à l'espace triangulaire circonscrit par l'angle interne des paupières et la portion lacrymale, c'est-à-dire la portion dépourvue de cils de chaque bord palpébral.

Dans l'aire du triangle que tapisse la conjonctive se voit en relief une légère saillie, qui constitue la caroncule lacrymale. Elle est formée par la réunion de quelques glandes sébacées dont les conduits excréteurs s'ouvrent dans les follicules pileux qui s'y trouvent implantés.

Les points lacrymaux sont deux orifices très petits, arrondis, situés au sommet d'une saillie conique qui occupe elle-même le bord libre de la paupière à l'union de la portion palpébrale ou ciliaire de ce bord avec la portion lacrymale.

Les canalicules lacrymaux succèdent aux points lacrymaux et occupent toute la portion lacrymale du bord libre des paupières. D'après Sappez, les deux canalicules se réunissent toujours en un canal commun avant de s'ouvrir dans le sac lacrymal.

Le sac lacrymal, ou le réservoir des larmes, est situé dans l'angle interne ou grand angle de l'œil; terminé

en cul-de-sac supérieurement, il se continue en bas avec le canal nasal sans ligne de démarcation appréciable à l'extérieur et reçoit à angle droit le tronc commun des deux canalicules lacrymaux. Il est logé dans la gouttière lacrymale qui ne contient que la moitié environ du sac lacrymal, la moitié postéro-interne, en sorte que celui-ci n'est accessible à l'extérieur que par sa moitié antéro-externe. Il est dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, faisant avec l'horizon un angle d'environ 45° ouvert en avant. Les dimensions moyennes du sac sont de 10 à 15 millimètres de hauteur, de 6 à 7 millimètres de largeur.

Le tendon direct de l'orbiculaire croise transversalement le sac, de façon à le diviser en deux parties inégales. La supérieure représente le tiers de la hauteur totale. Il en résulte que dans les tumeurs lacrymales la saillie sera située principalement au-dessous du tendon.

Le tendon réfléchi passe en arrière du sac et va s'attacher à la crête de l'unguis, et se bifurquant en dehors se rend aux extrémités correspondantes des deux cartilages torses. Ce tendon donne insertion au muscle de Horner qui semble le doubler en arrière.

Ces deux tendons direct et réfléchi, en passant en avant et en arrière du sac lacrymal, forment un triangle dont la base est dirigée en dedans et le sommet en dehors.

La muqueuse du sac lacrymal se continue directement, d'une part avec la conjonctive par les points lacrymaux et avec la muqueuse pituitaire par le canal nasal. Il n'est donc pas étonnant que ces trois muqueuses soient solidaires au point de vue inflammatoire.

CHAPITRE III

Propagation du sarcome primitif de la choroïde au sac lacrymal, au canal nasal et au sinus maxillaire.

ÉTAT DES PARTIES VOISINES DE LA TUMEUR PRIMITIVE DE LA CHOROÏDE, SA PROPAGATION A L'APPAREIL LACRYMAL ET AUX FOSSES NASALES.

Après avoir examiné la tumeur en elle-même, il est intéressant de connaître comment se comportent les différentes parties du globe oculaire envahi par un sarcome choroïdien. Celles-ci présentent des modifications remarquables.

Le premier effet d'une tumeur qui apparaît dans l'œil est de comprimer les petits vaisseaux qui lui sont contigus. Peu à peu, plusieurs autres vaisseaux se ressentent du voisinage de la tumeur. Les veines sont comprimées et aplaties, et cette compression détermine une congestion choroïdienne considérable dans le segment postérieur, lorsque la tumeur siège dans la partie postérieure du globe oculaire, comme c'est le cas le plus fréquent.

Le liquide qui transsude par la compression des veines et le développement de la tumeur décolle la rétine.

Cette membrane conserve ses points d'attache autour du nerf optique, et, sur une coupe équatoriale, elle forme au milieu de la figure un dessin irrégulier dû à ses replis, le cône rétinien étant alors coupé perpendiculairement à son axe.

A un degré plus avancé de la tumeur, lorsque tout le globe est envahi par elle, la rétine chassée par celle-ci se rompt, se dissocie, disparaît parfois totalement et on ne trouve plus que ses attaches antérieures et postérieures. Elle peut être atteinte du sarcomé mélanique par propagation directe des éléments néoplasiques. Le nerf optique présente une atrophie très avancée de ses tubes nerveux, par la substance conjonctive hyperplasiée qui les étouffe ; en un mot, une névrite optique ; on y rencontre parfois quelques éléments néoplasiques.

Le corps vitré devient d'abord opaque, puis lorsque la rétine se décolle, comprimé par elle, il se résorbe peu à peu, si bien qu'au moment où le décollement est complet, il a presque entièrement disparu.

Dès le début de la période glaucomateuse, c'est-à-dire dès que la tumeur prend une certaine dimension, vers la période secondaire, le cristallin est chassé en avant contre la face postérieure de la cornée. Il s'opacifie en s'atrophiant légèrement ; quelquefois il peut disparaître complètement.

Les corps ciliaires sont envahis et dégénérés ou bien atrophiés par la compression. L'iris est aplati entre la cornée et le cristallin.

La sclérotique résiste au début à la pression de la tumeur de dedans en dehors. Nous savons déjà que les

sarcomes de la choroïde (tumeur en général) ont, d'une façon constante, une période glaucomateuse. Or, jusqu'à cette période, la membrane fibreuse s'oppose à la croissance de la tumeur. Il en résulte une exagération de la pression intra-oculaire. Puis le sarcome finit par l'emporter sur la résistance de la sclérotique qui cède au niveau des parties les plus faibles.

Il faut noter que si on pratique l'énucléation pendant la période glaucomateuse, on remarque fréquemment, au niveau d'un ou de plusieurs sinus, une traînée noire dans l'épaisseur de la sclérotique. C'est un engorgement d'un *vas vorticosum* par les éléments sarcomateux intra-oculaires. Rien d'étonnant alors que les granulations pigmentées ne se soient déjà trouvées charriées, d'abord vers les muscles antérieurs de l'œil, ensuite vers les angles internes ou externes, enfin en avant vers le lac et le sac lacrymaux, vers le canal nasal, vers le sinus maxillaire ou frontal d'où elle peut, trouvant un champ opératoire plus étendu, passer dans le torrent circulatoire, de sorte qu'après l'opération on voit des métastases sur le foie, sur la colonne vertébrale et sur d'autres viscères.

Il nous reste à présent, après avoir donné la description du sarcome mélanique de la choroïde, à étudier les points dans lesquels la sclérotique se laisse facilement envahir par les éléments cellulaires (points faibles de la sclérotique), et à nous arrêter un instant à une propagation spéciale de la mélanose de la choroïde au sac lacrymal.

Les points faibles de la sclérotique sont :

1° Au niveau de ses sinus équatoriaux ;

2° En arrière, au niveau de l'entrée du nerf optique, le long de la gaine du nerf, dans le névrilème interne et dans la névroglie des faisceaux secondaires ;

3° En avant, au-dessous des muscles droits, vers l'entrée des vaisseaux musculaires ou artères et veines ciliaires antérieures ;

4° Dans le sillon de séparation de la cornée et de la sclérotique.

La sclérotique se laisse envahir avec une difficulté extrême par les éléments sarcomateux. On trouve quelquefois une tumeur interne du globe s'unissant en forme de bouton de chemise à une tumeur extrinsèque, au moyen d'un prolongement à travers un orifice de la sclérotique. Si celle-ci est attaquée par la tumeur, elle l'est très tardivement.

Les cellules sarcomateuses peuvent dans quelques cas suivre le trajet des vaisseaux pour sortir du globe oculaire et pour envahir les parties avoisinantes de l'orbite. Mais le plus souvent cet envahissement se fait d'une autre manière. Le volume exagéré de la tumeur et la quantité énorme du liquide d'exsudation distendent la sclérotique et augmentent la tension intra-oculaire. D'autre part, cette membrane étant très peu élastique, ne pouvant par conséquent se distendre, ce sont ses points faibles qui éclatent en laissant une porte ouverte devant la tumeur. Celle-ci, s'étendant toujours de plus en plus, s'engage par cet orifice libre et sort du globe pour envahir la peau, le maxillaire supérieur et le sac lacrymal. Ainsi se constitue l'envahissement du sarcome mélanique de la choroïde au sac lacrymal. Les cellules mélaniques envahissent la région du lac lacry-

mal, émigrant dans la paroi supéro-interne du sac, enfin, dans l'intervalle de quelques mois, tout le sac peut être atteint. Ce sac, inaperçu normalement, ne se laissant pas palper, devient palpable, arrondi ou bosselé, visible à l'œil sous forme d'une tumeur dont la grande portion est située au-dessous du tendon direct du muscle orbiculaire. Au début de cet envahissement local, on peut voir sur la conjonctive deux sortes de lésions : saillantes ou non saillantes. Dans le premier cas, on a de petites taches proéminentes de la grosseur d'une tête d'épingle. Dans le deuxième cas, on a des plaques grisâtres qui se différencient du reste de la conjonctive saine par leur coloration. De même, les lésions du sac peuvent évoluer de deux façons : ou bien le sac se transforme en une masse dure, grisâtre; ou bien il peut se remplir d'une substance semi-liquide, gélatineuse, grisâtre, qui, à la pression, peut sourdre à l'extérieur vers l'orifice interne de l'œil, descendre vers le canal nasal. Le sac envahi communique naturellement la tumeur au canal. La muqueuse lacrymo-nasale se continuant sans ligne de démarcation, la tumeur du sac peut envahir, de proche en proche, le canal nasal sans aucune difficulté. Mais quelquefois on peut voir à l'examen rhinoscopique, sans que le sac soit atteint d'une tumeur, l'oblitération du canal nasal, oblitération qui pousse à faire cet examen. Dans ce cas, les éléments sarcomateux s'insinuent contre le sac et l'os et envahissent le canal nasal sans intéresser le sac lacrymal. D'autres fois, la tumeur du cul-de-sac inférieur de la conjonctive se propage au périoste et à l'os. Elle les pénètre, passe dans le sinus maxillaire où elle peut

prendre des dimensions énormes. Il faut encore faire l'examen du nez, car on peut trouver la propagation du sarcome du sinus du côté interne, c'est-à-dire dans la fosse nasale. Quand le canal nasal est bourré de tumeur, quand les bourgeons augmentent rapidement, obstruent la fosse nasale, la tumeur perforant la paroi interne du maxillaire passe dans le sinus.

Comment saurions-nous qu'il y a une propagation du côté du sinus maxillaire? La première question est de savoir si réellement il y a une propagation du sarcome au sinus maxillaire. Nous connaissons d'avance les commémoratifs du malade : nous savons, par exemple, qu'il a subi une énucléation pour un sarcome primitif de la choroïde et nous pouvons dès lors penser à une propagation au sinus.

Dans quelques cas il y a, avec une tumeur du cul-de-sac inférieur conjonctival, des symptômes fonctionnels d'une tumeur du sinus maxillaire. Mais dans d'autres cas, il n'y a aucun signe physique qui puisse attirer notre attention de ce côté, surtout au début, à la période latente de l'affection. Seuls les signes fonctionnels peuvent nous mettre sur la voie. C'est tout d'abord une sensation persistante de gêne, de pesanteur et de distension dans la joue, accompagnées parfois de douleurs qui peuvent être très vives, surtout du côté des dents, de la mâchoire supérieure et spécialement des prémolaires et des deux premières grosses molaires.

Quand la tuméfaction se montre, la face est déformée du côté malade; elle est asymétrique et le relief fait surtout saillie du côté de la fosse canine, toujours la première atteinte, et qui à un moment donné peut pré-

senter les symptômes de la crépitation parcheminée. Ou bien une dureté spéciale, un plastron, à la face antérieure du maxillaire supérieur.

L'orbite peut aussi être atteinte. Si l'énucléation du globe oculaire malade n'a déjà pas été faite, la tumeur secondaire concomitante à celle du globe, par la compression du contenu de l'orbite, augmente l'exophtalmie.

La voûte palatine peut être énucléée et elle présente une saillie anormale qui la déforme; de même que du côté du pharynx on peut avoir une compression de la trompe d'Eustache, qui modifie les qualités de l'ouïe.

Quand plusieurs de ces manifestations se montrent ensemble, indiquant une poussée excentrique de plusieurs côtés à la fois, on est en droit d'assurer l'envahissement du sinus maxillaire par le sarcome.

Pour terminer cet examen, en présence de ces différentes manifestations, il faut explorer les parois nasales par la rhinoscopie antérieure, pour examiner minutieusement les différentes parties de la muqueuse. S'il y a propagation de la mélanose primitive de la choroïde au canal nasal ou bien à la fosse nasale correspondante, on voit, vers la région de l'orifice ou le méat inférieur, à 3 centimètres en arrière de l'aile du nez, une tumeur bourgeonnante, avec une large base d'implantation, à aspect grisâtre, tumeur qui peut quelquefois remplir la fosse nasale.

Diagnostic. — Il faut distinguer le sarcome secondaire du sac lacrymal des affections suivantes : la dacryo-cystite, les corps étrangers, le chancre et l'épithélioma du même organe.

La dacryo-cystite ne présente pas de sérieuses difficultés de diagnostic. On évitera l'erreur en pressant sur la région du sac : dans la dacryo-cystite, on fait sourdre du muco-pus par les points lacrymaux, tandis que, dans la tumeur du sac, si elle est dure, rien ne sort par la pression ; si la tumeur est molle, gélatineuse, on voit l'apparition, à l'angle interne de l'œil, d'une substance grisâtre, gélatineuse, différant complètement du pus. En cas de dacryo-cystite, au moyen d'une injection ou d'un cathétérisme, on peut s'enquérir de l'état des voies lacrymales qui sont libres. En cas de tumeur, il est impossible de cathétériser le canal nasal et de faire une injection dans le sac lacrymal.

On peut confondre la tumeur secondaire avec les corps étrangers du sac lacrymal. Ordinairement, les corps étrangers proviennent des fosses nasales et s'introduisent par l'orifice inférieur du canal nasal. Ce sont des graines d'un petit volume qui ont pénétré dans le canal et se sont incrustées de sels calcaires. Leur présence présente de véritables difficultés de diagnostic, mais elles ne déterminent seulement que des signes de catarrhe et d'obstruction des voies lacrymales.

Les tumeurs développées dans le sac lacrymal se présentent presque toujours sous forme de polypes.

Dans tous ces cas, pour faciliter le diagnostic différentiel, on se reportera aux commémoratifs du malade, à son affection primitive, qui éclaireront le diagnostic.

Les néoplasmes d'origine syphilitique intéressent le squelette ou le périoste de la région et ne retentissent que secondairement sur les voies lacrymales.

Le chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil, assez rare, ne peut donner lieu à de sérieuses difficultés de diagnostic. Il se présente sous forme d'une érosion ronde ou ovalaire, reposant sur une base indurée, bombée ou plane et recouverte d'une croûte. Quelquefois, il prend l'aspect fissuraire, mais un examen attentif montre qu'il a tous les autres caractères du chancre syphilitique.

L'épithélioma du sac se présente sous forme de tumeur dure, indolente, dont la surface ulcérée, irrégulière, déchiquetée, bourgeonnante ou profondément creusée, est recouverte, sur la partie cutanée, de croûtes formées de pus et de sang concrétés.

Dans le sarcome secondaire du sac, on voit un corps dur, arrondi ou bosselé, palpable, à l'angle interne de l'œil. Il ne s'enflamme jamais. La coloration gris brunâtre la diffère de la coloration jambonnée des chancres et de la coloration rouge des épithéliomas. La surface bourgeonnante à sécrétion purulente, qui se transforme en croûte dans ces deux cas, n'existe pas dans le sarcome du sac.

Dans la propagation du sarcome de la choroïde au sinus maxillaire, il faut faire le diagnostic différentiel d'un sarcome ou d'un épithélioma primitif du bord alvéolaire et d'une sinusite du maxillaire supérieur.

Si on a affaire à un sarcome ou épithélioma primitif du rebord alvéolaire, la lésion est d'abord limitée à une des faces ou au rebord alvéolaire, pour se propager après vers une des parois du sinus ou dans son intérieur. Il faut toujours penser à la propagation d'une tumeur alvéolaire quand on est en présence d'une

tumeur du sinus maxillaire pour diminuer la difficulté de la question du point de départ, dans le diagnostic des tumeurs solides du maxillaire supérieur.

La propagation du sarcome au sinus maxillaire étant en doute, comment pourrions-nous différencier une collection suppurée d'une tumeur ?

Étant donnés les signes d'une sinusite : douleurs, pesanteur dans le maxillaire supérieur, gonflement de la joue et de la fosse canine, fluctuation dans des cas rares, on reconnaîtra l'empyème du sinus aux signes suivants qui lui sont particuliers. Le malade est atteint d'un coryza qui dure depuis des mois et même des années. Il reste donc un écoulement par le nez qui se fait par une seule narine et qui est abondant à certains moments de la journée, surtout lorsque le patient se mouche ou penche la tête en bas et en avant. Cet écoulement est fétide, rappelle l'odeur du poisson pourri et détermine dans l'arrière-gorge, principalement le matin au réveil, une sensation des plus désagréables.

Dans le cas de propagation du sarcome primitif de la choroïde au sinus maxillaire, nous n'avons aucun de ces signes.

Il faut donc voir en examinant les fosses nasales s'il y a du pus. Il faut employer l'éclairage électrique pour compléter le diagnostic. Ce moyen d'investigation permet de reconnaître si le sinus est transparent ou non et si la perception lumineuse est franche dans l'œil du côté soupçonné.

Quand, après examen rhinoscopique, on trouve une propagation d'une tumeur primitive de la choroïde avec quelque autre tumeur on peut la confondre.

Un examen minutieux évitera facilement cette erreur de confusion de la tumeur propagée avec un polype. Dans le premier cas on voit, vers le méat inférieur du canal nasal, une tumeur bourgeonnante ayant une large base d'implantation, d'aspect grisâtre, différant d'un polype par le nombre, la coloration et l'implantation de ce dernier. Le polype est rarement unique, il y en a plusieurs. Ce sont des tumeurs molles, translucides, d'un gris jaunâtre, mobiles, insérées par un pédicule unique et plus ou moins étroit dans le méat moyen. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix. Bien qu'insérées habituellement dans le méat moyen, ces tumeurs peuvent par leur développement progressif descendre jusque sur le plancher de la fosse nasale.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave, surtout quand il y a une tumeur extra-orbitaire au moment d'une intervention, intervention suivie de récurrence. Néanmoins, le sarcome primitif de la choroïde, opéré à temps, n'exclut pas la possibilité d'une récurrence.

Le sarcome primitif de la choroïde, le sarcome secondaire des parties voisines, abandonné à lui-même, détermine la mort. Mais il y a des sarcomes qui sont plus dangereux que d'autres, suivant la structure de la tumeur ; ainsi, plus les cellules sont petites et plus il y a de cellules rondes, plus le pronostic de la tumeur doit être grave. Les formes mixtes sont plus graves. Les mélano-sarcomes sont, de toutes les formes, molles ou fermes, l'une des plus malignes.

Le pronostic attribué au sarcome de la choroïde peut

aussi bien être attribué à la propagation du sarcome du sac lacrymal, au canal nasal et au sinus maxillaire.

« Opéré de bonne heure, la guérison apparente peut persister quelques années, mais la récurrence locale est la suite habituelle de l'affection. On observera alors des tumeurs métastatiques plus fréquemment que dans la marche naturelle de l'affection. Toute intervention est inutile, lorsque l'altération de la santé générale ne laisse aucun doute sur la généralisation », telle est l'opinion de Chauvel.

De Wecker est du même avis quand il dit :

« Pour le mélanosarcome de l'orbite, le pronostic est plus sérieux ; dans les trois quarts des cas la récurrence a été prompte et la généralisation la règle. »

Lucas-Championnière est d'avis qu'il s'agit là d'un *noli me tangere*.

C'est surtout chez l'enfant que le sarcome a une marche inexorable : plus le sujet est jeune, plus le mal est terrible. Heureusement que le sarcome est rare chez les enfants. Chez le vieillard, le pronostic se fait moins grave ; on sait en effet que l'envahissement de l'orbite par un mélanosarcome de la choroïde, par exemple, est lent à se produire ; et la tumeur met un temps beaucoup plus long à atteindre ces proportions énormes que l'on rencontre chez l'adulte. De même la récurrence, après exentération, évolue lentement avec les mêmes caractères de bénignité relative.

En résumé, le sarcome mélanique de la choroïde est une affection très grave, soit par ses généralisations, soit par sa propagation de proche en proche ; il peut déterminer la mort.

On doit porter un pronostic fâcheux, surtout si le malade est jeune, ce qui est une présomption pour qu'on ait affaire à une forme molle, et si la tumeur se montre à l'ophtalmoscope très riche en pigment.

Une énucléation pratiquée de bonne heure après l'examen minutieux du voisinage de l'orbite, du sac lacrymal, du canal nasal, permet d'espérer que le mal ne récidivera pas; même dans ces cas, il est prudent de faire de grandes réserves.

OBSERVATION I

Cancer mélanique du sac lacrymal et de la fosse nasale, secondaire à un sarcome mélanique alvéolaire choroïdien.

Marie V..., de la Motte-Servolex, 57 ans, entrée le 16 août 1904, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. le professeur Rollet.

A reçu en 1886 un coup de corne de vache sur l'œil droit et l'ecchymose aurait laissé à sa suite sur la conjonctive une tache noire permanente au-dessous et en dedans de la cornée; vision normale. Il y a trois ans, larmolement; il y a deux ans, coup de mèche de fouet sur le même œil; alors apparaît une tumeur à l'œil. Il y a seize mois, hémorragie nasale et consulte M. Garel en septembre 1903, qui diagnostique une mélanose de l'œil et des fosses nasales. Ablation d'une tumeur mélanique nasale, en octobre 1903 et en juin 1904.

16 août 1904. — Énucléation par M. Rollet, œil truffé, tumeur mélanique de l'œil avec bosselures équatoriales et grosse masse, surtout en dedans, qui éclate lors de l'ablation. Évidemment orbitaire sous-conjonctival, il s'agissait d'un mélano-sarcome de la choroïde.

15 avril 1905. — La malade vient à la clinique. Moignon

conjunctival tigré de quelques petites plaques noirâtres, orbite semblant normale. Tumeur lacrymale dure, vue noirâtre par transparence de la peau normale et non adhérente à celle-ci. Cette masse un peu mobile a le volume d'une petite noisette; elle est irréductible, pas de liquide refluant en haut et en bas par sa pression.

Extirpation par M. Rollet d'un sac complètement noir, extirpation en bloc. La mélanose se prolonge dans le canal nasal, qui est vigoureusement curetté. M. Garel extirpe une tumeur mélanique récidivée et correspondante de la fosse nasale. L'examen histologique a montré une mélanose nasale.

21 avril. — Réunion immédiate. Exeat. Traitement interne par la quinine. La malade est morte le 15 mai 1907. Son mal qui était en relief avait gagné tout un côté du visage. Les souffrances ne semblaient pas très aiguës dans les derniers temps.

Examen anatomo-pathologique du sac lacrymal par M. Aurand, chef des travaux de la clinique.

Fixation au formol à 2 %. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine éosine.

Le sac est divisé en deux portions par une section transversale. Sur une coupe transversale examinée à un faible grossissement, la tumeur est cloisonnée par de larges traînées fibreuses ondulées, délimitant de larges loges plus ou moins arrondies, remplies par le tissu néoplasique et envoyant dans leur intérieur de fines expansions fibreuses formant autant de petites logettes; les loges et les logettes sont remplies de bourgeons néoplasiques, séparés les uns des autres par de minces fentes tapissées de minces cellules endothéliales allongées.

D'une façon générale, chacune de ces masses bourgeonnantes est constituée par des cellules tantôt fusiformes, tantôt arrondies, à gros noyaux très vivement colorés, au milieu

desquelles sont disséminées des cellules très pigmentées, tantôt arrondies et tantôt fusiformes, et des grains arrondis de pigment libéré. Certaines cellules moins pigmentées laissent bien voir leur noyau. Des cellules mélaniques très pigmentées, sans noyau visible, ont envahi également les cloisonnements fusiformes qui limitent entre elles les fibres conjonctives ondulées des travées fibreuses et prennent alors un aspect absolument analogue à celui des cellules de la choroïde et affectent parfois des formes étoilées. Parfois certaines cellules sarcomateuses, rondes, à gros noyaux, ne sont pas du tout pigmentées.

En définitive, il s'agit d'un sarcome mélanique alvéolaire du sac lacrymal, d'origine choroïdienne.

OBSERVATION II

Sarcome mélanique de la choroïde. — Envahissement secondaire du sinus maxillaire et des fosses nasales.

Philomène N..., 56 ans, raconte que, depuis un an, la vue a baissé à l'œil droit. Elle se présente à la consultation de M. le professeur Rollet. On constate l'immobilité de la pupille à droite ; à l'ophtalmoscope, à côté du fond rouge, on note un large et immobile décollement de la rétine en bas. Glaucome symptomatique (hypertonie, pupille large et immobile, cercle périkératique). L'œil présente en son segment médian et inférieur une masse dure qui se prolonge vers le plancher de l'orbite, elle est blanche et dure à travers le cul-de-sac conjonctival. Pas d'adénopathie.

Le 10 avril 1906, énucléation de l'œil droit par M. le professeur Rollet : exentération sous-conjonctivale.

Le 8 juin, rien dans l'orbite, aucune tumeur et rien au sac lacrymal. Joue un peu rouge et volumineuse, et l'on sent sur la face antérieure du maxillaire supérieur une dureté en plastron particulière qui fait porter le diagnostic d'envahissement du sinus maxillaire. Tumeur mélanique dans la

fosse nasale droite. Pas d'hémorragie nasale. La malade est adressée à M. Tixier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le 12 juin, résection du maxillaire supérieur par M. Tixier. Une grosse masse remplissait le sinus maxillaire, masse kystique ici, mélanique là. La malade meurt en octobre 1906.

Mélano-sarcome de la choroïde. — Examen macroscopique et microscopique de la tumeur par M. Aurand, chef des travaux de la clinique ophtalmologique.

La coupe est faite dans le sens vertical. On constate au-dessous un vaste décollement rétinien occupant toute la partie inférieure du globe depuis la pupille jusqu'au cristallin. Un des replis de la pupille est en effet contigu au cristallin. Le liquide sous-rétinien est jaunâtre, fibreux, très nettement de nature inflammatoire. En outre, on aperçoit tout à fait en rapport avec la papille une petite saillie blanchâtre de 2 millimètres de long sur 2 millimètres de hauteur, saillie appartenant à une tumeur qui n'est que la section portant sur l'extrémité d'une tumeur plus volumineuse faisant saillie dans la rétine au niveau du pôle postérieur et s'avancant à peu près jusqu'à l'équateur. La surface de la tumeur est jaunâtre, mais cette couleur est simplement due à la choroïde qui est soulevée par la tumeur. Le tissu même de la tumeur est blanc rosé et probablement de même couleur que la masse néoplasique qui existe également dans toute la portion inférieure de la sclérotique depuis le nerf optique jusqu'à environ 2 à 3 millimètres du limbe cornéen.

Cette tumeur extra-oculaire est divisée en lobules par des tractus fibreux s'échappant de la sclérotique. A travers elle, on voit parfaitement à peu près respecté le tendon du muscle droit inférieur, soulevé par la tumeur. Celle-ci à environ 1 centimètre d'épaisseur.

La portion externe est le siège de nombreuses hémorragies, elle englobe le nerf optique sur à peu près 4 millimètres de sa longueur et au niveau de sa portion inférieure. Le nerf optique lui-même présente une pigmentation anormale

au niveau de sa portion papillaire inférieure. Il y a là certainement une propagation de la tumeur avec cette particularité qu'ici la tumeur est pigmentée, tandis qu'ailleurs elle ne l'est pas.

La coupe n'a pas passé au niveau de la perforation de la sclérotique, car en aucun point ses fibres ne sont entrecoupées. Il n'y a pas d'hémorragie rétinienne, mais on aperçoit dans la portion non décollée de la rétine de petites saillies blanchâtres soulevant la rétine et qui paraissent être tout simplement des points de dégénérescence graisseuse sous-rétiniens, peut-être consécutifs à des hémorragies.

Propagation au sinus maxillaire. — L'examen du sinus maxillaire montre la présence d'une tumeur du volume d'une grosse amande. Elle peut se détacher de la muqueuse; sauf à sa partie supérieure où elle adhère au plancher de l'orbite. A la coupe, on sent nettement que la partie supérieure est en continuité avec l'os, sans ligne de démarcation bien nette. L'os lui-même est épaissi, infiltré.

Examen histologique. — La tumeur est constituée en majeure partie par des cellules rondes à gros noyaux, dont quelques-uns ovulaires. Elles sont plongées au milieu d'un tissu conjonctif à fibres très ténues, parsemé de fentes vasculaires embryonnaires, et çà et là, des vaisseaux adultes plus volumineux.

Le tissu conjonctif en certain point s'hypertrophie pour former de véritables logettes remplies de cellules de la tumeur et lui donner ainsi un aspect alvéolaire, de temps en temps on rencontre quelques cellules chargées de granulations pigmentaires, celles-ci deviennent un peu plus nombreuses à mesure qu'on s'avance vers la région osseuse.

La tumeur proprement dite est séparée de l'os par une bande de tissu fibreux assez épaisse, bordée de cellules conjonctives ayant déjà certains caractères des ostéoblastes. Cette bande de tissu fibreux vient s'appliquer les dentelures de la substance osseuse entre lesquelles s'infiltré le tissu conjonctif bordé de grosses cellules polyédriques destinées à se transformer en ostéoblastes.

Les travées osseuses apparaissent sous forme de tissu homogène coloré en rose par l'éosine, c'est l'ostéine creusée de petites cavités au sein desquelles s'aperçoivent les ostéoblastes ; la bande fibreuse dont nous avons parlé est déjà en certains points canalisée par le processus néoplasique. Entre les fibres conjonctives dissociées apparaissent des cellules rondes et surtout des cellules pigmentées, assez volumineuses, rondes la plupart du temps. Cette zone fibreuse contient également de gros vaisseaux.

Dans la couche la plus externe de cette zone d'infiltration apparaissent les bourgeonnements de la tumeur, formant un feston assez régulier. On dirait des bourgeons papillaires entre lesquels le tissu conjonctif s'infiltré. Les bourgeons de la tumeur s'avancent même presque sous la muqueuse : celle-ci en certains points est bien conservée avec sa double rangée de cellules stratifiées ; mais dans d'autres les cellules cylindriques ont disparu ou se sont très aplaties. Les mailles du tissu conjonctif du chorion muqueux sont très agrandies, comme s'il était le siège d'un œdème, et sont envahies à la fois par de nombreuses petites cellules embryonnaires et aussi par les cellules de la tumeur dont quelques-unes même sont pigmentées.

Les canaux de Havers eux-mêmes en certains points sont remplis par les cellules de la tumeur et par des amas de cellules rondes bien colorées, mais aucune de ces cellules n'est pigmentée.

En résumé, il s'agit donc d'un *ostéo-sarcome mélanique globo-cellulaire du maxillaire supérieur à forme alvéolaire, consécutif à un sarcome mélanique de la choroïde.*

OBSERVATION III

Mélanose oculaire suivie de mélanose nasale.

M^{me} X..., 58 ans, vient me consulter le 21 juillet 1904 pour une affection nasale consistant en une tumeur de la fosse na-

sale droite obstruant toute la cavité. Cette tumeur a une coloration brune très marquée.

Antécédents : père mort à 84 ans, mère morte d'affection cachectique.

La malade raconte que l'affection actuelle a débuté par l'œil à l'âge de 46 ans. La lésion commença en bas sur la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur, sous la forme d'une plaque non saillante. L'affection s'étendit peu à peu il y a deux ans. Les paupières sont restées indemnes. La conjonctive redevint claire et la lésion se localisa en dedans dans le cul-de-sac de la paupière inférieure. Elle formait une tuméfaction en bourrelet.

Il y a dix-huit mois, le docteur Coronat enleva la partie tuméfiée. Puis il survint une autre tache grisâtre sur la conjonctive un peu plus au-dessus de la cornée sans léser les paupières. Deux mois après la première intervention, on opéra deux ou trois petites taches de la grosseur d'une épingle.

En janvier 1904, il se forme une tumeur non ulcérée au niveau du sac lacrymal. Le docteur Coronat écrase cette tumeur et en fait sourdre un liquide marc de café. A ce moment, il y eut une forte hémorragie nasale et il se forma une ecchymose à la partie supérieure de la joue.

En mars 1904, nouvelle tumeur de la conjonctive d'un gris clair et augmentant progressivement. La tumeur du sac lacrymal se reforme de temps en temps, survient ensuite une vive douleur suivie d'hémorragie nasale, la douleur disparaît et le sac s'affaisse et ainsi de suite de même cinq ou six fois.

En juillet 1904, quand je vois la malade pour la première fois, elle vient me trouver à cause des hémorragies nasales trop fréquentes. Je constate dans le nez l'existence d'un bourgeon que je fais toucher au bleu de métyle. Mais ce bourgeon augmente rapidement et en septembre l'obstruction nasale est complète. C'est vers la fin de septembre que je pratique la première intervention nasale. Après trois opéra-

tions assez rapprochées la respiration nasale est rétablie, les hémorragies cessent et la douleur disparaît.

Le 26 novembre, je constate une récurrence complète. Je fais de nouvelles interventions et la malade semble guérie de nouveau. Toutes les parcelles extraites ont l'aspect franchement mélanique.

Le 3 janvier, la tumeur oculaire ayant beaucoup augmenté de volume, le docteur Coronat pratique l'énucléation de l'œil. La malade n'avait jamais eu de ganglions, sauf huit jours après la dernière intervention nasale.

Après l'ablation de l'œil apparaît un nouveau ganglion du volume d'une amande dans la région sous-maxillaire. Les douleurs de tête ont diminué après l'opération du docteur Coronat, mais n'ont pas totalement disparu.

La tumeur récidivant continuellement, le docteur Vallas pratiqua l'opération radicale (résection du maxillaire supérieur). Il n'y eut de récurrence ni du côté de l'œil, ni du maxillaire. Elle est morte le 14 avril 1907, après six mois de lit et souffrances terribles du côté de la tête.

Signes d'hémiplégie intermittente du côté du bras gauche. En somme, elle succomba à une sorte de petite attaque.

L'examen histologique fait par M. Paviot : tumeur mélanique de l'œil et des fosses nasales.

Sur les coupes, on ne voit qu'une nappe d'énormes cellules à protoplasma abondant, faisant comme un pavage marqué par les traits de séparations cellulaires. Toutes sont plus ou moins infiltrées d'un pigment mélanique.

CHAPITRE IV

Traitement.

Le seul traitement rationnel de ces tumeurs, c'est le traitement chirurgical : l'ablation totale de la tumeur. Étant donné un malade atteint de sarcome de la choroïde, diagnostiqué à la première ou à la seconde période, quelle conduite doit-on tenir ? En règle générale, il faut opérer le plus tôt possible pour avoir le droit d'espérer une guérison sans récurrence.

S'opposer aux débuts du mal et chercher à en faire disparaître tous les germes, alors qu'il y a lieu de supposer qu'ils sont encore circonscrits et isolés du reste de l'organisme par les enveloppes de l'œil, telle est la conclusion thérapeutique à laquelle nous sommes arrivés. Si cette indication est jugée trop radicale, on pourra se reporter aux chapitres de quelque ancien traité sur les tumeurs de l'œil et on se convaincra des funestes résultats auxquels on arrivait autrefois, lorsqu'on ne faisait le diagnostic de la mélanose intra-oculaire qu'à la troisième période de son évolution, auxquels on arrivera encore fatalement si, sans profiter des enseignements de l'ophtalmoscope, on laisse ces affections malignes perforer l'enveloppe oculaire et se

répandre dans l'orbite. Mais, pour donner un conseil aussi terrible que l'ablation d'un œil, surtout quand il n'est pas le siège de symptômes extérieurs alarmants, il est important de citer l'avis, l'assentiment des hommes les plus accrédités qui ont écrit sur les cancers de l'œil.

« Il n'y a pas d'autre moyen curatif, disait Malgaigne, en 1841, que l'extirpation et l'extirpation totale, et l'on a vu par combien de doutes et d'incertitudes il faut passer pour arriver au point où elle est bien indiquée, sans que la maladie ait fait trop de progrès et que l'économie tout entière soit atteinte. »

« Il y a d'autant plus de chances de succès, disait Lawrence, en 1838, que l'on procède plus tôt à l'opération, mais, lorsque l'ulcération s'est déjà manifestée, il est à craindre que le mal ait déjà envahi le nerf optique et le cerveau. Toujours, dans ces cas, le pronostic est douteux; le plus souvent, le malade meurt après l'opération des suites d'une maladie secondaire du foie. »

Et de Wecker : « Le traitement de ces tumeurs consiste à les enlever le plus tôt possible. Dès le moment où la présence d'une tumeur est reconnue et l'œil affecté perdu pour la vue, tout retard dans l'intervention chirurgicale devient funeste. »

Il importe peu que l'on ait telle ou telle opinion sur la cure radicale du cancer par l'opération. Il n'est pas encore parfaitement établi que tout cancer récidive. Souvent ils ne se reproduisent qu'après un grand nombre d'années. « Mais ne pût-on espérer qu'une année de répit, l'opération serait encore indiquée », disaient Hasner, de Prague, et Giraud-Teulon.

Knapp, en 1868 : « Le traitement peut se résumer en quelques mots : si le diagnostic est certain, on ne doit pas tarder de faire l'énucléation pour profiter du moment où la maladie est encore intra-bulbaire. Quand il existe des foyers secondaires dans l'orbite ou une récurrence locale, l'extirpation totale du contenu orbitaire est indiquée. »

Hasket Derby, en 1872 : « Il est certainement douloureux pour le médecin de conseiller l'ablation d'un œil, même quand l'aspect de cet œil paraît normal et que le malade y voit pour lire et pour écrire, mais la certitude qu'il a acquise sur la nature d'une tumeur qui peut atteindre le foie et d'autres organes et se terminer fatalement, peut le rendre fier envers la science, qui a mis entre ses mains le moyen de sauver un malade. »

Il était nécessaire de faire connaître l'opinion de ces quelques auteurs sur le traitement des tumeurs intra-oculaires au début. L'opération devait être pratiquée le plus tôt possible, et le diagnostic au début de la maladie étant très difficile, si le chirurgien a le moindre doute, il faut tenir le malade en expectation, et la marche des accidents glaucomateux confirmant des symptômes physiques antérieurs (décollement anormal, double réseau vasculaire sur ce décollement, œil de chat amaurotique, etc.), il peut, s'il a conscience de son savoir, agir en toute sécurité. Le chirurgien ne doit pas considérer si l'opération a plus ou moins de chances de réussir, ou d'être suivie d'une récurrence locale ou d'une généralisation, accidents qui ne manqueront pas d'être mis sur le compte de l'intervention, il s'agit de sauver une existence. Il peut compromettre sa réputation aux yeux

des parents et de l'entourage du malade dont le décès lui est imputé; mais il a fait ce que sa conscience lui indiquait de faire. C'est l'imposition du devoir de la profession médicale.

A côté des partisans de l'opération hâtive, il y en a d'autres qui en sont partisans pendant les deux premiers degrés de l'affection et qui la repoussent si l'on observe la maladie dans les deux derniers degrés de son évolution. Nous sommes de l'avis de ces derniers auteurs dans le cas où il existe des métastases viscérales; si l'examen minutieux de toutes les fonctions des différents viscères abdominaux et thoraciques n'autorise pas à admettre une cachexie, l'œil fût-il rompu depuis longtemps et aurait-on très peu d'espoir, on devra opérer.

Nous avons trouvé des auteurs qui pensaient qu'il était possible de guérir ces tumeurs par un traitement médical. W. Norris, médecin anglais, pensant qu'elles se formaient par excès de carbone dans le sang, recommandait le sel marin et l'arsenic comme moyen curatif de la mélanose. Cette idée fut reprise par Foltz, de Lyon, en 1849, qui tout en conseillant l'opération appropriée préconisait les altérants, les dépuratifs, les fondants et les purgatifs.

Si l'on a des doutes sur le diagnostic entre la tumeur et le glaucome, il faut pratiquer l'iridectomie; cette opération est le seul traitement, l'unique moyen à opposer au glaucome, et en même temps elle peut souvent produire une diminution du trouble des milieux, lequel permettra de voir le fond de l'œil et d'établir définitivement le diagnostic.

Mais il est évident que, dans le cas de tumeur, l'iri-

dectomie ne sera d'aucun effet ; on ne produira qu'une amélioration passagère et de courte durée, telle que diminution de la tension et des douleurs. L'affection reprend bientôt son cours, et la réapparition rapide des phénomènes glaucomateux fait voir à ceux qui peuvent encore douter qu'il ne s'agit plus d'un glaucome simple, comme on le supposait, mais d'un glaucome secondaire.

Quelles sont les opérations qu'on peut employer pour l'extirpation de ces tumeurs aux différentes périodes ?

Dans les deux premières périodes, c'est-à-dire quand on est quasi sûr que la tumeur est encore locale, l'énucléation, opération facile et connue de tout le monde, suffit. Mais si la sclérotique est amincie ou perforée et lorsqu'il y a des nodules épiscléraux, l'énucléation simple est insuffisante. Il faut pratiquer ou bien l'exentération, l'évidement de l'orbite sous-conjonctival, ou bien, pour être plus sûr du résultat, il faut pratiquer l'exentération complète sous-périostée de l'orbite.

L'exentération. — Voici en quoi consiste cette opération :

Pédiculiser le contenu de l'orbite en rasant le périoste avec une gouge et sectionner le pédicule qui contient le nerf optique, les nerfs moteurs et sensitifs, les vaisseaux et les muscles, cautériser avec le thermo le pédicule pour arrêter l'hémorragie assez sérieuse, ou bien placer une pince à demeure vingt-quatre heures, puis faire un pansement avec un tamponnement méthodique à la gaze salolée.

Nous venons de décrire l'exentération *sus-périostée*. L'exentération complète *sous-périostée*, dans laquelle, après le débridement des paupières, l'incision de la base de l'orbite, à travers la conjonctive jusqu'à l'os, le décollement du périoste orbitaire et la section du pédicule, on se trouve en face d'une vaste plaie, dont la guérison se fait par bourgeonnement. Mais ce bourgeonnement ne se fait pas sans inconvénient ; le tissu cicatriciel, en effet, qui lui fait suite, tiraille les paupières qui se rétractent, attirées vers le sommet de l'orbite, empêchant d'une façon absolue l'usage d'un œil artificiel, et obligeant d'avoir recours à la prothèse sus-palpébrale, si l'on recherche un résultat esthétique meilleur. Nous ajouterons que, dans quelques cas, l'ablation opératoire plus ou moins complète des paupières vient rendre plus difficile encore la restauration plastique.

Dans la troisième période, quand il y a envahissement local de la tumeur au sinus maxillaire et canal nasal, il faut recourir à la résection du maxillaire. On peut essayer le curettage répété du canal nasal, il est bon de ne pas insister trop et de recourir à l'ablation de la branche montante du maxillaire supérieur. Quand le sac lacrymal est envahi, il faut l'enlever en bloc.

Voici la technique opératoire employée par M. le professeur Rollét :

1° Incision courbe de 12 millimètres à partir du relief du tendon de l'orbiculaire qu'on respecte ; cette incision est suffisante pour les ectasies petites et moyennes et pour les sténoses.

On dépose le bistouri, dont on ne fait plus usage,

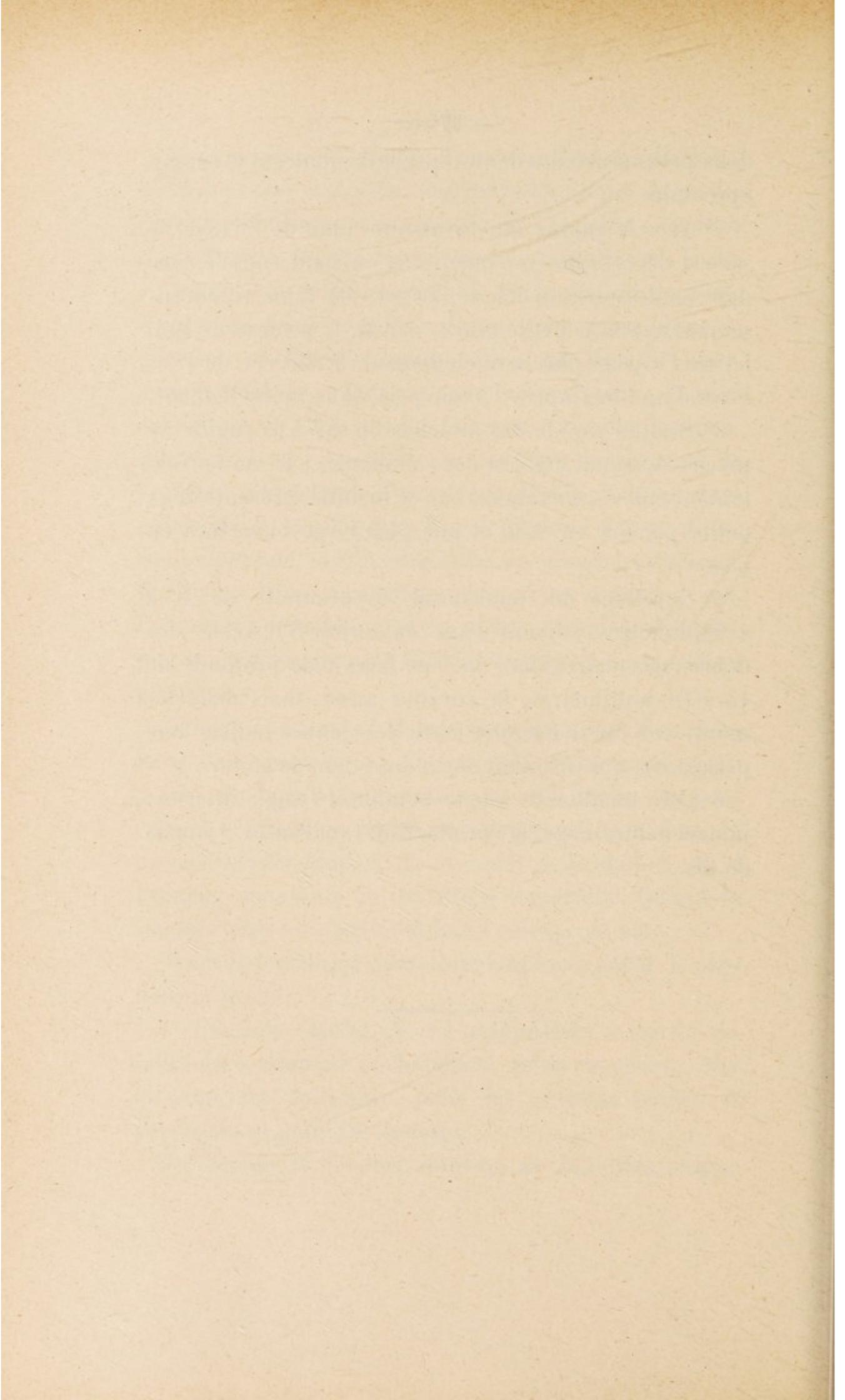
deux petits écarteurs dentés spéciaux montrent le champ opératoire.

2° Avec la rugine qui trouve un plan de clivage, le sac est décortiqué en avant, puis en haut sous le tendon, en dessous, au dehors. Le sac est tenu vigoureusement avec une petite pince, car M. le professeur Rollet ne l'injecte plus artificiellement. S'efforcer de l'enlever d'un bloc, après l'avoir pelé, sans morcellement.

3° Section rapide des attaches du sac à la rugine au niveau du canal nasal et des canalicules ; le sac correctement enlevé, mis dans l'eau et insufflé, présente deux petits pertuis en haut et une plus large ouverture en bas.

4° Curettage du canal nasal, avec curette de 3 à 4 millimètres, suivant l'âge du sujet. S'il reste des débris sacculaires dans la loge lacrymale profonde de 15 à 18 millimètres, la curetter aussi, mais discrètement, car on détermine chez les jeunes sujets une périostose, qui disparaît cependant dans la suite.

5° Petit tortillon de ouate comblant l'angle interne ; jamais de drainage (le curettage du canal suffit), jamais de fils.



CONCLUSIONS

- I. — On connaît toute l'extrême gravité des cancers primitifs de la choroïde, mélano-sarcomes, qui après avoir franchi la coque oculaire, pénètrent dans l'orbite et la cavité intracranienne, ou se généralisent à distance, au foie particulièrement.
- II. — Nous attirons l'attention sur un envahissement de proche en proche de ces tumeurs malignes qui n'est pas indiqué dans les auteurs classiques : c'est leur propagation au sac lacrymal ou à la fosse nasale.
- III. — A la région lacrymale on constate une tumeur lacrymale dure, vue noirâtre par transparence de la peau normale et non adhérente, à la fosse nasale une tumeur mélanique bourgeonnante.

Dans les deux observations recueillies à la clinique de M. le professeur Rollet, dans un cas après énucléation de l'œil, la tumeur mélanique repullule à la conjonctive puis

dans le sac lacrymal et dans la fosse nasale correspondante, il y a donc envahissement progressif le long des muqueuses. Dans le deuxième cas un mélano-sarcome oculaire, après ablation, récidive, perfore l'os, envahit le sinus maxillaire et la fosse nasale.

IV. — Donc, chaque fois que l'on voit un cancer du sac lacrymal, de la fosse nasale, du sinus maxillaire, il y a lieu de se demander s'il ne peut pas être d'origine choroïdienne.

V. — Le traitement consiste pour tout cancer choroïdien dans l'énucléation suivie d'exentération sous-périostée de l'orbite. Les tumeurs propagées aux régions du voisinage doivent être traitées par une large ablation du néoplasme (extirpation du sac lacrymal, obs. I, et même résection totale du maxillaire supérieur, obs. II).

VU :

Le Président de la Thèse,

ÉTIENNE ROLLET.

VU :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 juin 1907.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- A. VON GRÆFE. — Archive opht., 1858.
- ABERNETHY. — Chir. observat., 1804.
- Annales d'oculistique, t. LV. — HOSNER, de Prague, et GIRAUD-TEULON.
- Archives de Virchow.
- Archives d'ophtalmologie, 1906.
- BILLROTH. — 1868, Tumeurs mélaniques de la choroïde.
- BRIÈRE. — Thèse, 1873.
- BRESCHET. — Considérations sur la mélanose. Paris, 1821.
- CHAUVEL. — In dictionnaire de Dechambre (article orbite).
- DE WECKER. — Traité des maladies des yeux, t. I. Paris, 1867.
- De la nature cancéreuse de la mélanose, Strasbourg, 1853.
- ROLLET. — Archives d'ophtal., juin 1906, et Traité d'ophtalmoscopie, Paris, 1898.
- FUCHS. — Loco citato.
- GIRAUD-TEULON. — Annales d'oculistique, t. LV.
- GLUGE. — Archives de la médecine belge, t. VI.
- GUNTHER. — Analecta ad anatomiam fungi medullaris.
- HASKET DERBY. — Union médicale et Boston médical du Surgical Journal, 1872.
- KÖLLCKER. — Élément d'hist.
- KNAPP. — Die intra-ocularis Geschedülste, Carlsruhe.
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, 1901, t. I et II.
- LAWRENCE. — Ann. d'oculistique, t. I, 1838.

- LEBERT. — Traité d'anatomie path. générale et spéciale, t. XXXIX.
- MACKENZIE. — Maladies des yeux, traduit par Testelin.
- MALGAIGNE. — Gazette des hôpitaux.
- MAUNOIR. — Sur le fungus médullaire et hématoïde, 1820.
- MEYER. — Manuel des maladies des yeux, 1873, Paris.
- PAMARD, d'Avignon. — Ann. d'oculistique.
- PRAËL, SCHMIDT, JOHSBVICHER.
- POIRIER. — Anatomie descriptive.
- ROCHON D'AVIGNEAUD et PANAS. — Recherches sur le glaucome et les néoplasmes intra-oculaires, Paris, 1898.
- S. DUPLAY. — Traité de path. externe.
- TAVIGNOT. — Annales d'oculistique, t. XXXIX.
- TESTUT. — Anat. topogr.
- TOLTZ. — Ann. d'oculistique, 1849.
- VELPEAU. — Journ. des conn. méd.-chir., t. X.
- VIRCHOW. — Path. des tumeurs, t. II.

