

sous forme d'un petit ourlet gris jaunâtre, un *nævus* en voie d'accroissement ou mieux de transformation. Ils'y produisait des désordres que l'examen histologique fit bien connaître. Au-dessous d'un épithélium superficiel normal se trouvaient deux ordres de productions : des cavités kystiques et des amas épithéliaux sous forme de follicules. La figure que nous reproduisons plus loin montre la disposition des kystes et des groupes épithéliaux placés autour. Au centre, on aperçoit une grande cavité kystique circonscrite par une couche interne où les cellules épithéliales ont subi, en partie ou en totalité, la métamorphose muqueuse. En dehors se trouvent des cellules épithéliales, elles-mêmes entourées de tissu conjonctif. Il s'agissait dans ce cas d'un *nævus* congénital devenu le siège d'un épithélioma kystique à marche envahissante.

Après ces observations personnelles, Panas signale, sans entrer dans les détails, l'examen histologique de quatre tumeurs du limbe pratiqué par Poncet (de Cluny). Sur ces quatre cas, il y avait trois épithéliomes vrais.

WAGENMANN¹ a observé un malade âgé de 70 ans, opéré de cataracte, qui perdit l'œil par suppuration et fut exentéré. Deux ans après, il se présenta à Wagenmann avec une tumeur de la conjonctive de la grosseur d'une noisette, partant de l'ancienne cicatrice. La tumeur fut extirpée et on constata qu'il s'agissait d'un carcinome, c'est-à-dire d'une tumeur d'origine épithéliale, qu'il faut placer à côté de l'épithélioma.

JEAN BISTIS² a décrit un cas d'épithélioma développé sur la tête d'un ptérygion. La tumeur, de consistance dure, à surface irrégulière remplie d'aspérités, s'étendait jusqu'au centre de la cornée, mais n'adhérait qu'au limbe scléro-cornéen. L'auteur rappelle qu'un cas semblable d'épithélioma, développé sur un ptérygion, a été étudié par Steiner³.

KOPFF⁴ a rapporté un fait curieux par le volume excessif de l'épithélioma, sa prolifération en surface et l'intégrité de la cornée.

¹ WAGENMANN. Carcinome de la conjonctive développé sur la cicatrice d'une exentération. *Klin. Monatsblätter*, août 1896.

² J. BISTIS. *Annales d'oculistique*, mars 1897.

³ STEINER. *Cent. für Augenheilkunde*, mars 1896.

⁴ KOPFF. *Société française d'ophtalmol.*, 1898, p. 147.

J. GUINSBOURG¹ a étudié un épithélioma développé dans la partie interne de la conjonctive bulbaire chez un homme de 42 ans; la tumeur est apparue il y a dix mois et s'est accrue progressivement; elle n'était adhérente qu'à la conjonctive. Après l'excision, il y eut récurrence au bout de dix mois et elle fut de nouveau excisée. L'examen microscopique a démontré la structure typique du carcinome.

A tous ces faits de tumeurs malignes épibulbaires, nous allons ajouter ici nos faits personnels qui comprennent deux cas de mélanosarcomes et sept d'épithéliomes. Nous les rapporterons in extenso, en commençant par les deux cas de sarcomes.

A. — SARCOMES

^{1er} CAS. — *Sarcome mélanique de la conjonctive*. — Marie X..., 42 ans, mariée, sans enfant, se présente à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 28 septembre 1883.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne nous offrent rien de particulier; ses antécédents personnels nous apprennent qu'à l'âge de 14 ans son corps thyroïde a subi une augmentation de volume qu'il conserve encore aujourd'hui, où il atteint des dimensions environ deux fois plus considérables qu'à l'état normal. Son accroissement est depuis longtemps arrêté.

Il y a vingt-six mois, Marie X... commença à ressentir quelques douleurs légères dans l'œil droit. La vision s'est troublée peu à peu, mais n'a jamais complètement disparu. Il y a quinze jours, la malade pouvait constater la présence d'une lumière placée au niveau de l'angle externe de l'œil. La disparition de la vision a coïncidé avec la formation d'une tumeur noirâtre qui, partie de la limite interne de la cornée, a atteint progressivement, sans douleurs, le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis quelques mois, cette tumeur noire remplit l'orifice palpébral et le maintient largement ouvert. Elle est de temps à autre le siège d'hémorragies assez fréquentes et assez abondantes.

Au moment où la malade se présente à notre observation, on constate une masse noirâtre, grosse comme un petit œuf. Cette masse se meut avec le globe oculaire qu'elle recouvre presque entièrement.

En écartant les paupières, on reconnaît facilement la base d'implantation de ce fungus qui prend racine sur la moitié externe de la cornée et sur une étendue à peu près égale de la sclérotique adjacente. Le segment interne est dépoli, un peu opaque, mais présente sa coloration et sa forme ordinaires.

Le globe de l'œil est parfaitement mobile dans la cavité de l'orbite, il a conservé sa dureté normale; il est le point de départ de céphalalgies assez fréquentes, mais d'une intensité assez modérée.

¹ J. GUINSBOURG. Un cas de carcinome primitif de la conjonctive bulbaire. *Westnick. ophtalmol.* (en russe), mai-juin 1898.

Les régions temporales, occipitales, sous-maxillaires ne présentent aucun ganglion malade. L'état général est bon, l'appétit et les forces bien conservées.

Le 9 octobre, l'énucléation de l'œil est pratiquée avec l'aide du D^r Badal. Cette opération a lieu régulièrement.

La guérison, obtenue en dix jours, s'est depuis maintenue.

La pièce anatomique mérite la description suivante :

Examen macroscopique. — La tumeur est à cheval sur le segment interne du limbe sclérotico-cornéen, sa base d'implantation a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Compact à sa base, le néoplasme devient pulpeux, friable, à mesure qu'on s'en éloigne. Sa couleur est d'un brun foncé rappelant celle de la truffe ; on remarque des traînées plus claires, presque blanchâtres.

Le globe de l'œil est incisé dans le sens antéro-postérieur ; la tumeur est à peu près partagée en deux moitiés égales. On peut ainsi se convaincre que la cavité oculaire est absolument intacte. La choroïde, les procès ciliaires, l'iris, n'ont avec la tumeur aucun rapport, ils en sont séparés par toute l'épaisseur de la sclérotique et de la cornée. Le néoplasme paraît appliqué sur la face externe de ces membranes avec lesquelles il a contracté une adhérence intime.

La conjonctive oculaire forme un bourrelet assez visible à la base et au dehors du néoplasme. Cette membrane paraît se perdre insensiblement sur la face externe de la tumeur.

Examen microscopique. — Conservée et durcie par les procédés ordinaires, la tumeur a été l'objet de deux ordres de coupes, portant : les unes au niveau de la sclérotique, les autres au niveau de la cornée.

1^o Au niveau de la sclérotique. — Les coupes sont perpendiculaires à cette membrane. On y voit nettement les rapports de ses lames externes avec les éléments anatomiques de la tumeur. Les faisceaux fibreux de la sclérotique sont déchiquetés et frangés, ils plongent et disparaissent au milieu des cellules embryonnaires. A la périphérie de la tumeur, on voit une lame scléroticale se réfléchir, soulevée qu'elle est par les éléments anatomiques. Il importe de remarquer que la sclérotique est absolument saine dans toute son étendue, sauf dans sa partie la plus externe, représentant à peu près le dixième de son épaisseur.

2^o Au niveau de la cornée. — Il est facile de reconnaître ici l'intégrité complète de cette membrane ; sa lame épithéliale externe seule a disparu ; il est curieux de voir les cellules embryonnaires du néoplasme s'arrêter brusquement au milieu de la première lame cornéenne, restée indifférente à ce contact.

Soit qu'on la considère au niveau de la sclérotique ou de la cornée, la tumeur offre les caractères d'un sarcome fibro-plastique jeune, riche en cellules embryonnaires et possédant en certains points des éléments fusiformes groupés en faisceaux. Les vaisseaux y abondent ; les hémorragies anciennes, les foyers apoplectiques y sont très nombreux et contribuent pour une large part à la couleur noire du tissu morbide. Mais ce n'est point là l'unique cause de cette coloration spéciale. On en trouve aussi l'explication dans la présence de petits grains noirs bien visibles au grossissement de 350 d., dans le protoplasma des cellules embryonnaires ou fusiformes.

Le point de départ exact de la tumeur nous a paru difficile à déterminer. A coup sûr, ce n'est point la cornée, mais est-ce la sclérotique ou la conjonctive ?

Ce n'est pas la sclérotique, parce que cette membrane est atteinte trop superficielle-

ment ; parce qu'elle ne fournit point de vaisseaux au néoplasme, enfin parce que sa vascularisation propre n'est même pas augmentée. Il est impossible d'admettre qu'un pareil processus prenne naissance dans le feuillet externe de la sclérotique sans que les autres lames fibreuses de cette membrane y participent dans une certaine mesure.

Au contraire, tout porte à penser que l'origine est dans la conjonctive, puisque ce sont les vaisseaux de cette muqueuse qui nourrissent la tumeur et qu'autour de cette dernière la conjonctive est épaissie, plus vascularisée, d'un aspect noirâtre.

La conclusion qui se dégage de cette discussion est donc qu'il s'agit d'un sarcome mélanique de la conjonctive.

2^e Cas. — *Sarcome mélanique de la conjonctive.* — M^{me} R. . . 75 ans, de Libourne, d'une bonne constitution, mais sous le coup d'un ramollissement cérébral assez prononcé vit se développer il y a environ quinze ans une petite tumeur sur la limite de la cornée de l'œil droit ; l'usage de divers collyres amena une légère amélioration ; au bout de trois ou quatre ans, cette tumeur augmenta subitement de volume ; elle fut cautérisée et disparut à peu près complètement.

En juin 1882, une tumeur noirâtre se forme de nouveau au point primitivement affecté. Elle se présente sous l'aspect d'un champignon qui, dans l'espace de quelques mois, prend un développement très sensible et devient sanguinolent. La conjonctive est enflammée. Il s'en écoule un flux très abondant.

Le 8 août 1883, le professeur Badal voit la malade et constate, sur la partie supérieure de la cornée et sur la sclérotique avoisinante, un fungus noir du volume d'une grosse cerise. Les douleurs sont minimales, la vision par la partie inférieure de la cornée paraît conservée ; l'œil présente sa dureté normale. Il n'y a point de ganglions lymphatiques malades. L'état général est bon.

L'extirpation de la tumeur seule, en rasant le globe oculaire, est certainement possible ; elle a été proposée à la malade par un de nos confrères spécialistes de Bordeaux. Néanmoins, M. Badal croit plus sage de faire une énucléation totale du globe de l'œil.

Cette opération est pratiquée le 25 août 1883, avec l'aide de M. le D^r Vitrac, de Libourne. Elle ne donne lieu à aucun incident particulier. La malade guérit. Il n'y a pas de récurrence.

La pièce anatomique mérite la description suivante :

Examen macroscopique. — Le néoplasme est placé à cheval sur le demi-cercle péri-kératique supérieur. La moitié supérieure de la cornée est recouverte, la moitié inférieure est au contraire libre. Le point d'implantation est sessile ; la base de la tumeur présente à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

La surface du néoplasme est déchiquetée, irrégulière, creusée de sillons profonds, ses limites sont parfaitement nettes, ses faces latérales tombent à pic sur la cornée et sur la sclérotique.

Le globe de l'œil est incisé dans le sens antéro-supérieur ; la tumeur est ainsi partagée en deux moitiés égales. La surface de la coupe présente la coloration noire, truffée, spéciale aux tumeurs mélaniques.

Examen microscopique. — Le raclage permet de constater des cellules sarcomateuses ovoïdes ou fusiformes ; elles contiennent une grande quantité de petits grains noirs de mélanine.

Les coupes ont été faites, après durcissement, par les procédés ordinaires. Elles ont porté surtout sur la partie centrale du néoplasme, de façon à intéresser la cornée et la sclérotique.

Ces coupes se composent de deux parties bien distinctes : une bandelette longitudinale formée par le tissu sclérotico-cornéen, au-dessus de laquelle s'étale la section verticale du néoplasme. Il est ainsi facile de se rendre compte des rapports du tissu morbide avec les membranes sous-jacentes. La sclérotique et la cornée sont intactes. La première de ces membranes n'est ni plus vasculaire, ni plus épaisse, ni amincie, ni ramollie. La cornée présente aussi son aspect ordinaire.

Les lames les plus externes sont seules en rapport avec le tissu sarcomateux ; le faisceau cornéen le plus superficiel est soulevé en certains points par des cellules de nouvelle formation. De ce faisceau émanent quelques tractus fibreux qui cloisonnent irrégulièrement le néoplasme.

Si maintenant nous examinons la limite de l'une des nombreuses coupes que nous avons faites, nous constatons, entre la cornée saine et le point d'implantation de la tumeur, un fait des plus intéressants : les cellules sarcomateuses s'insinuent entre l'épithélium de la cornée et le premier feuillet de cette membrane. La lame épithéliale, ainsi mécaniquement décollée, est encore nettement reconnaissable. Pas plus que le tissu cornéen lui-même, elle ne paraît malade. L'épithélium, ainsi que le tissu conjonctif de la cornée, ne prend aucune part dans cette production pathologique.

B. — ÉPITHÉLIOMAS

Voici maintenant nos sept observations d'épithélioma épibulbaire.

1^{er} CAS. — *Épithélioma pavimenteux de la conjonctive bulbaire. — Ablation de la tumeur. — Guérison.* — Un homme de 27 ans, domestique, quelques mois après un léger traumatisme par une branche d'arbre, voit se développer dans l'angle interne de son œil droit une petite tumeur assez dure, indolente, et qui grossit rapidement. Lorsqu'il se présente, six mois après, elle a déjà acquis le volume d'un petit haricot dont elle affecte d'ailleurs la forme, elle est située entre la caroncule et le limbe qu'elle embrasse par sa concavité en le coiffant légèrement. Cette tumeur est irrégulièrement globuleuse à sa surface, sillonnée par des vaisseaux tortueux, mais ni bourgeonnante ni fongueuse; sa consistance est assez dure. Elle adhère à l'épiscière par une sorte de pédicule élargi. Il n'existe aucune douleur, aucun trouble visuel, simplement de la conjonctivite angulaire. Rien à signaler du côté du système ganglionnaire ni dans l'état général.

La tumeur est incisée aux ciseaux, avec raclage de la sclérotique pour être sûr d'enlever le mal dans sa totalité.

Examen anatomique. — La tumeur présente le volume d'une grosse lentille aplatie, avec une surface lisse et une base rugueuse correspondant à la section faite avec l'instrument tranchant. Sa consistance est assez dure, sa couleur blanchâtre, après que les vaisseaux ont perdu leur contenu.

À la loupe, on distingue sur la surface beaucoup de petites cryptes; mais il n'y a ni sillons ni saillies appréciables au toucher.

La tumeur, durcie exclusivement par l'alcool, est coupée perpendiculairement à la

surface, de façon à pouvoir poursuivre les progrès de la lésion dans les parties profondes.

Elle est à peu près complètement composée d'épithélium pavimenteux. Cet épithélium a conservé presque sa forme typique; il se présente en masse compacte où les cellules affectent des formes différentes qu'on peut grouper sous trois chefs principaux :

1^o Elles sont régulièrement juxtaposées les unes auprès des autres, selon le type pavimenteux; ces cellules sont larges, avec un petit noyau et un protoplasma presque incolore;

2^o Elles forment des globes épidermiques; ces derniers sont très nombreux et affectent toutes les dispositions classiques connues, avec toutes les gradations qui séparent l'épithélium jeune de l'épithélium corné;

3^o Enfin, en quelques endroits, on trouve des nids de cellules épithéliales plus jeunes, avec un gros noyau; ces cellules sont pressées les unes contre les autres, comme à l'étroit; elles représentent évidemment l'élément le plus vivace et aussi le plus dangereux de la tumeur.

Ces éléments épithéliaux pathologiques occupent la presque totalité de la tumeur qui nous a été remise; la base d'implantation en renferme un nombre beaucoup moins grand. La section aux ciseaux aurait certainement laissé des cellules épithéliales sur la sclérotique, si un raclage énergique n'avait, après l'excision, débarrassé définitivement cette membrane.

Il y a peu de vaisseaux dans la masse morbide; mais, dans quelques points, particulièrement à la surface, on rencontre de nombreuses lacunes remplies de globules rouges. Ce ne sont pas des hémorragies interstitielles, car les globules y sont bien conservés. Ces lacunes résultent de la dilatation des vaisseaux normaux de la conjonctive; elles correspondent aux vaisseaux tortueux signalés dans l'observation clinique.

Il s'agit, en somme, dans ce fait, d'un épithélioma pavimenteux avec de nombreux globes épidermiques aux allures bénignes, ayant envahi, dans une étroite zone, toute l'épaisseur de la conjonctive bulbaire.

Le deuxième fait concerne une tumeur de même nature, mais beaucoup plus envahissante et méritant, au sens grave du mot, le nom de *tumeur maligne*.

2^e CAS. — *Épithélioma pavimenteux de la sclérotique et de la cornée, ayant envahi les parties profondes à travers le limbe.* — M^{me} C..., 68 ans, sans profession, se présente à l'hôpital Saint-André pour une affection de l'œil gauche qui s'est développée dans les conditions suivantes :

Il y a quinze mois, sans cause connue, l'œil est devenu rouge, douloureux et peu à peu une tumeur s'est développée qui, depuis, n'a cessé de grossir. La malade ne peut dire exactement si l'affection a commencé à la partie interne ou externe de la cornée. Depuis trois mois, la vision est complètement abolie.

Le jour où, pour la première fois, nous examinons la malade, nous constatons une ulcération occupant la presque totalité de l'hémisphère antérieur de l'œil.

Cette ulcération, dont le fond est déchiqueté, sanieux, noirâtre, présente à la partie externe de sa circonférence un bourrelet saillant, en forme de croissant d'un demi-centimètre d'épaisseur à sa partie médiane, un peu plus mince dans les parties supérieure et inférieure. Ce bourrelet représente évidemment ce qui reste de la tumeur dévorée depuis quelques mois par l'ulcération.