

B. — ÉPITHÉLIOMA

L'épithélioma de la conjonctive bulbaire est toujours pavimenteux, mais il peut prendre toutes les formes de cette affection, depuis la forme cornée bénigne jusqu'à la forme envahissante en profondeur et en surface, qui est très maligne. A ce sujet, il convient de remarquer qu'il n'est pas possible de diviser l'épithélioma conjonctival en bénin et malin; il ne peut pas, il ne saurait y avoir de ligne de démarcation tranchée entre ces deux ordres de faits. A propos d'une cause accidentelle sans importance et banale, la production la plus bénigne peut dégénérer et changer très rapidement de forme clinique. N'est-ce pas là d'ailleurs l'histoire même de l'épithélioma ?

En réalité, tous les épithéliomas de la conjonctive bulbaire sont ou peuvent devenir malins et malins à tous les degrés.

C'est parce que Valude a étudié un très petit nombre de faits qu'il croit pouvoir dire que les épithéliomas du limbe scléro-cornéen n'offrent pas une tendance térébrante, pas plus au niveau de la cornée qu'au niveau de la sclérotique, et que la cornée n'est jamais envahie qu'en surface.

Certainement, la coque de l'œil est merveilleusement disposée pour protéger l'organe; nous avons nous-même récemment rapporté un cas de carcinome très malin (V. p. 165 et pl. IV) ayant complètement entouré le bulbe oculaire sans pénétrer dans son intérieur; mais cette cuirasse n'est cependant pas sans défaut et les épithéliomas, dans certaines conditions, peuvent la perforer. Le point de pénétration est précisément le limbe scléro-cornéen.

L'épithélioma de la conjonctive du limbe repose à la fois sur le tissu sclérotical et sur le tissu cornéen dans sa portion la plus périphérique. Sous l'épithélium de la cornée, il trouve la membrane de Bowman, qui l'arrête souvent (fig. 48) par la résistance propre de son tissu; mais souvent aussi les cellules épithéliales se sont infiltrées dans les lames externes de la région scléro-cornéenne pour, de là, gagner aisément les espaces lymphatiques de la cornée. Les lamelles cornéennes ne prennent aucune part au processus, mais elles sont écartées, soulevées et à la longue détruites par les cellules morbides toujours de plus en plus nombreuses.

La dernière barrière qui s'oppose à l'envahissement définitif de la chambre antérieure est la membrane de Descemet. Dans un fait de Vittorio Basevi, cette lame élastique a pu suffire à arrêter le processus, mais il n'est que trop facile aux cellules de tourner l'obstacle en s'engageant dans les espaces de Schlemm et de Fontana.

Ces espaces sont en relation très étroite avec les milieux de l'œil et les cellules qu'ils contiennent peuvent aisément passer dans la chambre antérieure et attaquer l'iris; c'est ce qui a eu lieu dans le cas de Parisotti, dans notre observation VI (p. 143) et dans l'une de celles de Basevi où,

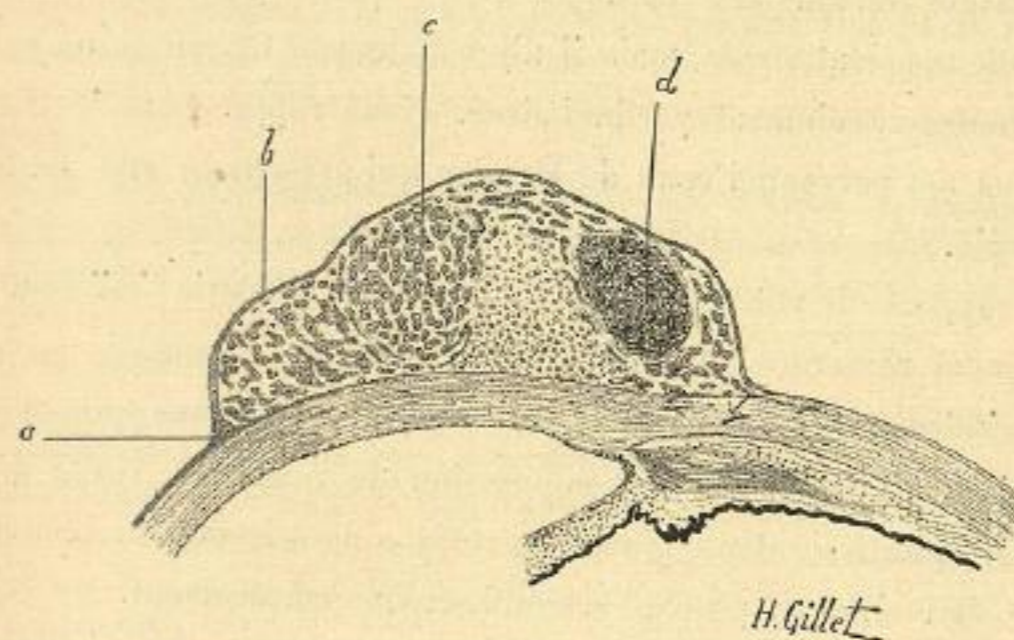


FIG. 48. — Coupe horizontale et méridienne du segment antérieur d'un œil atteint d'un épithélioma mélanique du limbe.

a. Coin épithélial interposé entre la cornée et la tumeur. — b. Lobe d'aspect granité. — c. Cylindres épithéliaux. — d. Noyau mélanique. (PANAS.)

bien que la coque oculaire parût intacte, il y avait de l'iritis, des synéchies, une pénétration évidente du néoplasme dans l'intérieur de l'œil.

Cette forme térébrante de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen paraît peu commune, puisque, sur 28 cas, nous ne la trouvons mentionnée qu'assez rarement d'une façon très explicite; mais cette rareté est, croyons-nous, plus apparente que réelle, elle tient surtout à ce que le mal a été rapidement attaqué et supprimé par une ablation complète avant qu'il ait pu occasionner de profonds dégâts.

Les cas graves, avec pénétration de l'épithélioma, ont trait à des malades qui sont venus tard demander les secours de la chirurgie, les autres étaient

venus de bonne heure ; telle est la cause principale de la différence des lésions.

Avec l'épithélioma épibulbaire doit être décrit l'épithélioma péribulbaire qui n'en est en somme qu'une variété anatomique.

Tumeurs épithéliales péribulbaires. — A notre connaissance, un seul mémoire a été publié sur la question ; il appartient à Heyder¹. Cet auteur a recueilli à la clinique de Bonn deux cas typiques de carcinome entourant presque complètement le bulbe ; il a fait suivre leur relation de tous les cas de ce genre qu'il a pu recueillir dans les publications scientifiques, mais il n'y a dans son travail aucun exemple de tumeurs absolument péribulbaires. Nous rapprochons ici d'un fait qui nous est personnel ceux de Heyder qui présentent avec lui le plus d'analogie.

Les rapports de notre tumeur avec les enveloppes de l'œil sont particulièrement remarquables : toutes les membranes, y compris la cornée, étaient indemnes ; elles ne présentaient d'autres lésions que celles qui résultaient de l'atrophie par compression de voisinage. Nulle dégénérescence épithéliale dans la cornée et dans la sclérotique. L'enveloppe externe de l'œil avait protégé ses milieux très efficacement.

Ce qui est plus remarquable encore, et ce que Heyder n'a pas constaté, c'est que la tumeur a fait complètement le tour de l'œil ; en avant, sur la cornée, il n'en existe qu'une mince couche, mais en arrière, derrière la sclérotique, son épaisseur est très grande.

Ce n'est pas, par conséquent, d'un carcinome épibulbaire qu'il s'agit, mais d'un carcinome péribulbaire, particularité qui ajoute encore à l'intérêt de cette observation.

Dans aucun des faits rapportés par Heyder, l'œil n'était entouré complètement ; il s'agissait toujours d'une tumeur épibulbaire plus ou moins développée, non d'une tumeur péribulbaire.

Notre cas est donc très rare, peut-être unique. Cette condition, plus encore que le soin avec lequel nous l'avons étudié, le recommande à

¹ HEYDER, *Arch. für Augenheilkunde*, 1887.

l'attention de ceux qui s'intéressent à l'anatomie pathologique de l'œil. Voici cette observation dépouillée de tous les détails inutiles :

Une femme de 73 ans entre le 23 février 1889 à l'hôpital Saint-André, dans le service du Dr Baudrimont, pour une tumeur de l'orbite. L'œil a disparu sous le néoplasme depuis longtemps ulcéré, et c'est après avoir suivi des traitements empiriques très variés, longtemps après le début des accidents, que la malade se décide à venir demander les secours de la chirurgie.

Elle accepte l'intervention radicale qui lui est proposée par le Dr Baudrimont, et ce chirurgien pratique l'exentération de la cavité orbitaire.

L'opération eut lieu sans incident particulier, mais quelques jours après éclatèrent des accidents méningitiques, et la malade succomba à une phlébite du sinus, ainsi que le démontrèrent les pièces de l'autopsie apportées à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux par notre excellent confrère et ami le Dr Audebert, alors interne du Dr Baudrimont.

Le chiasma et ce qui restait des gaines optiques baignaient dans un manchon purulent ; la fente sphénoïdale était un lac de pus ; les méninges de la base étaient le siège d'une inflammation violente ; mais ces détails de l'autopsie présentent un intérêt bien secondaire à côté de la pièce anatomique enlevée par le curage orbitaire.

Cette pièce mérite la description suivante :

Elle est grosse comme une mandarine, à peu près ronde, assez régulière, d'une couleur rouge foncé, d'une consistance uniforme. Rien, à première vue, n'annonce qu'il s'agit d'une tumeur de l'orbite ou de l'œil. Cependant, un examen très attentif permet de reconnaître, à la partie antérieure, une surface lisse, ronde, charnue, cédant assez facilement sous la pression du doigt. En raclant cette surface avec un scalpel, on met à nu le tissu cornéen.

Le nerf optique a disparu, du moins la dissection la plus minutieuse ne permet pas d'en trouver trace ; les muscles de l'œil, la capsule de Tenon, sont détruits ; en un mot, la tumeur remplissait l'orbite et du contenu de l'orbite rien n'est reconnaissable.

Désireux de savoir ce qu'était devenu le globe oculaire en pareille circonstance, nous avons fendu cette tumeur d'avant en arrière, en divisant la cornée en deux parties égales. Il en est résulté une coupe dont l'aspect est minutieusement représenté sur la figure 1 de la planche IV.

On voit que le globe oculaire a complètement disparu dans l'intérieur du néoplasme, particulièrement épais en arrière. La surface de la coupe est lisse, d'un rouge foncé, en quelques endroits une couleur noirâtre indique la présence d'hémorragies interstitielles d'ailleurs peu abondantes.

L'œil est diminué de volume, ainsi que le montrent les plis de la sclérotique ; la choroïde et la rétine sont à leur place ; le corps vitré serait intact, n'était l'action de l'alcool dans lequel la pièce, avant de nous être remise, a été longtemps plongée. La région ciliaire, le cristallin, sont normaux ; en somme, l'œil présente tous les désordres d'un organe atrophié, comprimé, depuis longtemps hors de service, mais il est toujours resté à l'écart du processus néoplasique qui s'est passé autour de lui.

De quelle nature était cette tumeur ?

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un néoplasme essentiellement

composé de tissu épithélial. Ce n'est ni à proprement parler un épithélioma, ni, au sens étroit du mot, un carcinome.

La totalité de ce néoplasme, sur lequel nous avons pratiqué de nombreuses coupes, est composée par des cellules qui sont représentées sur la figure 2 de la planche IV.

Ce sont des éléments épithéliaux déformés; on y voit même des cellules en raquette; en certains points on distingue comme des ébauches de tractus disposés sous la forme d'alvéoles.

Il n'y a pas de globes épidermiques et nulle part de dégénérescence cornée.

D'où est venue cette tumeur épithéliale? Évidemment de la conjonctive bulbaire. La prolifération de l'épithélium pavimenteux de la muqueuse a, peu à peu, gagné les couches profondes, englobé l'œil, rempli l'orbite. Tout a été détruit, muscles, nerfs, aponévrose, vaisseaux. La sclérotique seule, enveloppe protectrice de l'œil, a résisté. C'est en cela, autant que dans la forme anatomique du néoplasme, que réside l'intérêt de cette observation.

Nous disions, au commencement de ce paragraphe, que Heyder avait fait connaître deux cas analogues à celui que nous rapportons. Ces faits méritent d'être ici analysés.

Le premier concerne une femme de 52 ans, admise à la clinique chirurgicale de Bonn en juillet 1884, pour une volumineuse tumeur développée dans le globe de l'œil droit.

Cette malade, autrefois atteinte de la variole, fut traitée en 1863 pour une double conjonctivite granuleuse. Au printemps de 1879, elle eut un érysipèle de la face; enfin, en mars 1883, elle remarqua une petite saillie sur l'œil droit. Le point de départ était le limbe scléro-cornéen ou la cornée elle-même, sans qu'il soit possible de préciser.

Cette tumeur acquit bien vite le volume d'une tête d'épingle; en septembre, elle était large comme un œuf et grossit ensuite avec rapidité. A la même époque la tumeur devint le siège de douleurs vives, spontanées, accrues encore par les attouchements.

A son entrée à la clinique, la malade présentait, à la place de l'œil droit, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Dans les fissures de la surface on trouvait la trace d'hémorragies récentes. La tumeur sortait de l'orbite comme un large champignon qui ne laissait rien paraître du globe oculaire. Le nerf frontal, douloureux sur son trajet, était englobé par le néoplasme. Il n'y avait pas de ganglions engorgés; l'état général était bon.

L'évidement complet de l'orbite fut pratiqué; la guérison se main-

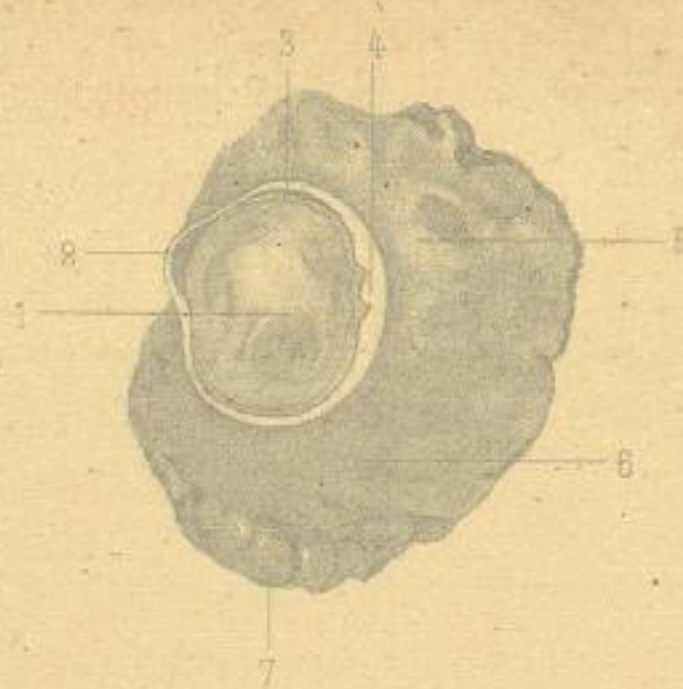


Fig. 1

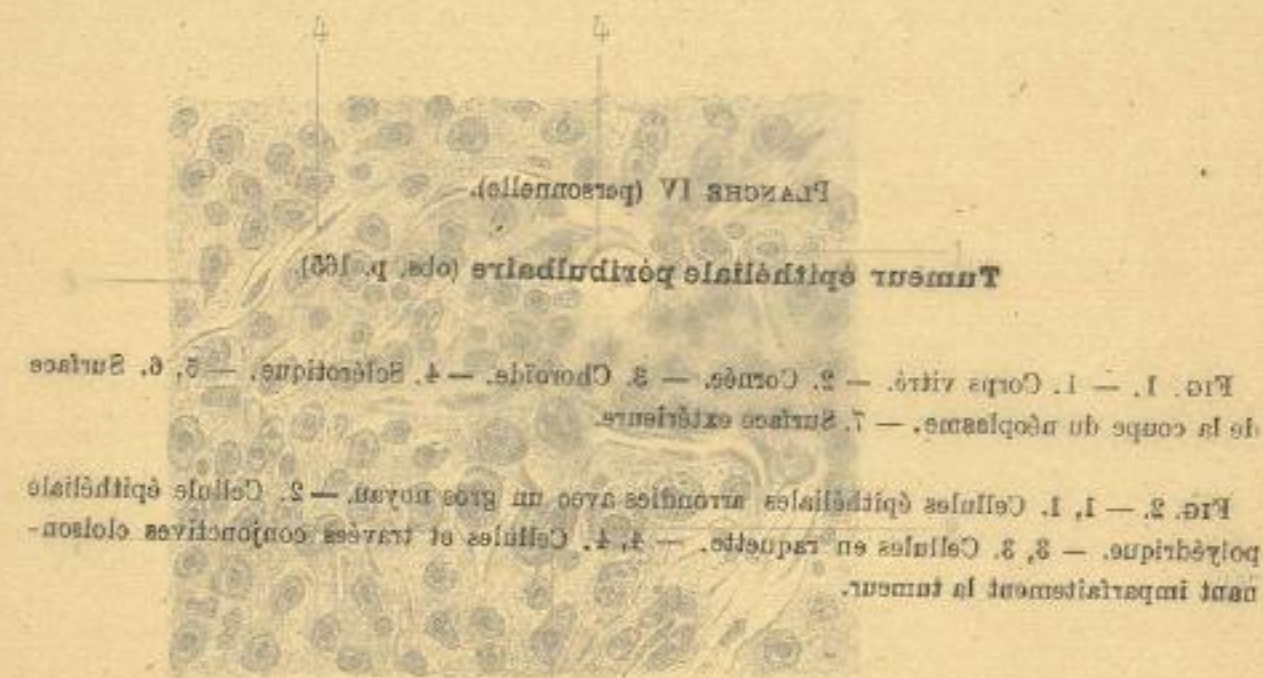


Fig. 2

Tumeurs épithéliales épibulbares

G. Steinheil, Editeur

composé de tissu épithélial. Ce n'est ni à proprement parler un épithélioma, ni, au sens étroit du mot, un carcinome.

La totalité de ce néoplasme, sur lequel nous avons pratiqué de nombreuses coupes, est composée par des cellules qui sont représentées sur la figure 2 de la planche IV.

Ce sont des éléments épithéliaux adhérents; on y voit même des cellules en raquette; en certains points on distingue même des lamelles de tractus disposés sous la forme d'alvéoles.

Il n'y a pas de zone d'induration et celle part de dégénérescence cornée.

Donc, en résumé, nous sommes en présence d'un évidement de la conjonctive bulbaire. La prolifération de l'épithélium conjonctival de la conjonctive a, peu à peu, gagné les couches profondes jusqu'à l'œil, jusqu'à l'orbite. Tout a été détruit, muscles, nerfs, vaisseaux, etc. La sclérotique seule, enveloppe protectrice de l'œil, a résisté. C'est ce qui, dans ce cas, est le point d'intérêt de ce néoplasme, que réside l'intérêt de cette observation.

Il faut encore, au moment de ce paragraphe, que Heyder avait fait connaître dans son ouvrage à cet égard que nous rapportons. Ces faits méritent d'être ici analysés.

PLANCHE IV (personnelle).

Le premier concerne une femme de 32 ans, admise à la clinique chirurgicale de Bonn. Tumeur épithéliale péribulbaire (obs. p. 165) développée dans le globe de l'œil droit.

FIG. 1. — 1. Corps vitré. — 2. Cornée. — 3. Chorôïde. — 4. Sclérotique. — 5, 6. Surface de la coupe du néoplasme. — 7. Surface extérieure.

FIG. 2. — 1, 1. Cellules épithéliales arrondies avec un gros noyau. — 2. Cellule épithéliale polyédrique. — 3, 3. Cellules en raquette. — 4, 4. Cellules et travées conjonctives cloisonnant imparfaitement la tumeur.

elle-même, sans qu'il soit possible de préciser.

Cette tumeur acquit peu à peu le volume d'une tête d'épingle; en septembre, elle était large comme une noix et grossit ensuite avec rapidité. A la même époque la tumeur devint le siège de douleurs vives, spontanées, accrues encore par les attouchements.

A son entrée à la clinique, le malade présentait, à la place de l'œil droit, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Dans les fissures de la surface on trouvait la trace d'hémorragies récentes. La tumeur sortait de l'orbite comme un large champignon qui ne laissait rien paraître du globe oculaire. Le nerf frontal, douloureux sur son trajet, était englobé par le néoplasme. Il n'y avait pas de ganglions engorgés; l'état général était bon.

L'évidement complet de l'orbite fut pratiqué; la guérison se main-

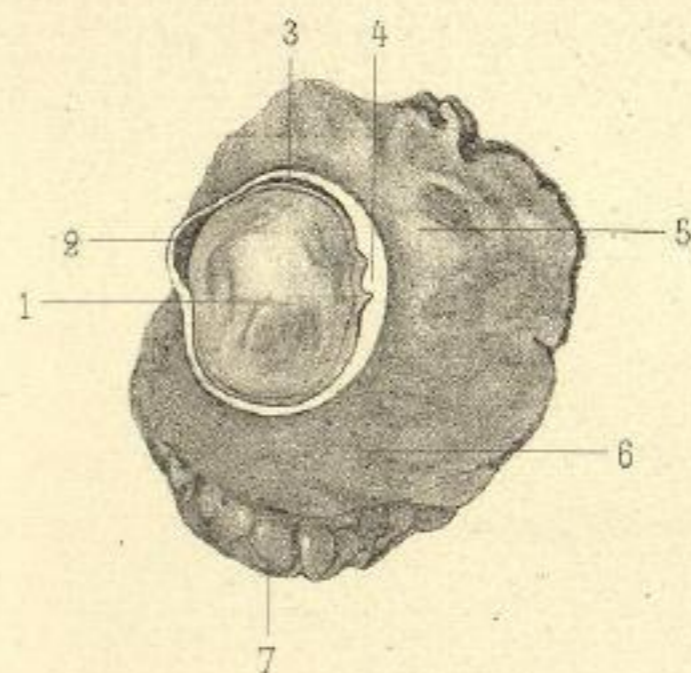


Fig. 1

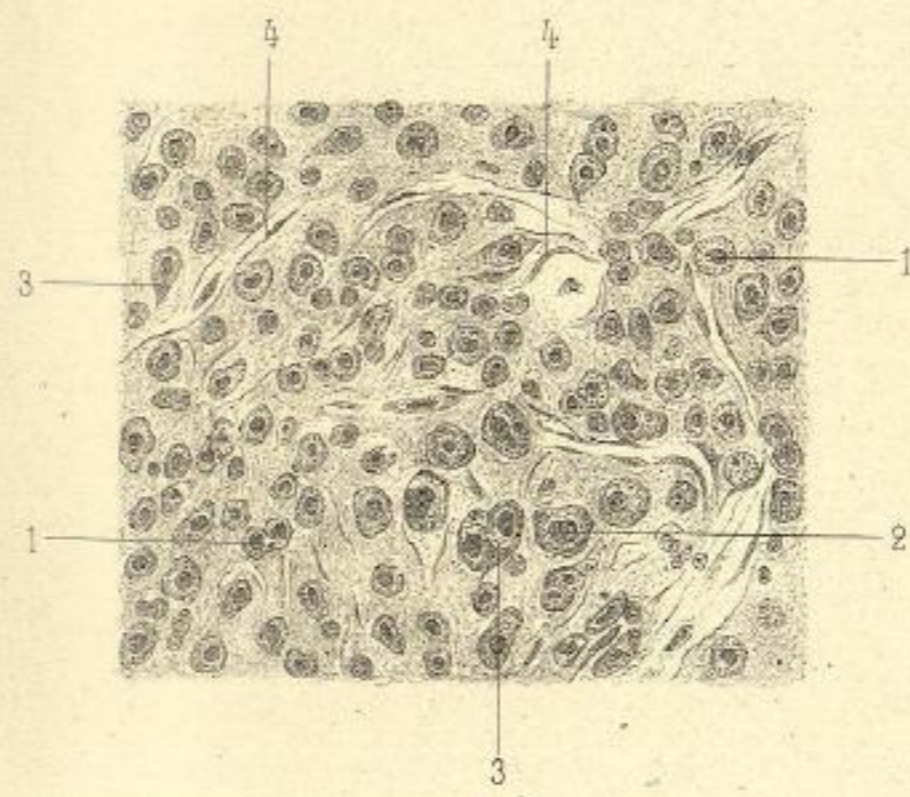


Fig. 2

A. Kermanski lith.

Imp^{rs} LEMERCIER, Paris.

Tumeurs épithéliales épibulbaires.

G. Steinheil, Editeur.

tenait encore sans menace de récurrence onze mois après l'intervention.

L'examen macroscopique de la pièce montre l'existence d'une tumeur séparée en plusieurs parties par de profondes dépressions. Sur une coupe sagittale on remarque que le globe est respecté dans tous ses points. La tumeur, comme si elle avait diffusé autour de l'œil, recouvre complètement la cornée et s'étend sur la sclérotique jusqu'au delà de l'équateur. Le globe avait toutefois été attiré en avant et il en était résulté un allongement considérable des muscles et du nerf optique. Toute la partie postérieure de l'œil était libre; d'après les dessins donnés par Heyder, on peut dire que le quart environ de la surface du globe avait été respecté, tandis que dans notre fait personnel le globe tout entier était entouré.

Le néoplasme adhérait à la sclérotique à tel point qu'on ne put les séparer que par une forte traction, mais la structure de la membrane fibreuse n'était pas altérée, ainsi que l'examen microscopique le démontra.

La cornée, remarquablement mince dans la partie supérieure, n'était pas perforée; en bas, son épaisseur était normale; au milieu, le tissu de la tumeur est uni au tissu de la cornée au point qu'on ne voit pas la ligne de démarcation; la surface postérieure de la cornée est cependant parfaitement lisse. L'iris, la rétine, la choroïde aussi bien que le nerf optique et les muscles ne présentent rien de particulier.

L'examen microscopique démontre que la sclérotique est essentiellement saine; les caractères épithéliaux de la tumeur qui repose sur elle sont parfaitement évidents.

La cornée a cédé, particulièrement au niveau de la marge scléro-cornéenne. Entre la tumeur et la cornée on trouve des tractus de tissu fibreux analogue au tissu cicatriciel, ayant la même épaisseur que la cornée elle-même. Ce tissu est la continuation du tissu conjonctif qui entoure la sclérotique; il s'étend en diminuant graduellement d'épaisseur sur un quart de la cornée. Les masses épithéliales sont ainsi placées au-dessus de la cornée dont le tissu, un peu altéré, se laisse en divers points pénétrer par quelques cellules.

Les éléments épithéliaux qui composent le néoplasme sont relativement petits, avec un large noyau. Le diagnostic est bien carcinome épibulbaire, mais l'examen anatomique ne nous apprend pas le point de départ.

Le deuxième cas concerne un paysan âgé de 55 ans, qui avait entièrement perdu la vision de l'œil droit depuis dix années. Au début, la cornée se couvrit d'un nuage, puis se perfora; au bout de deux ans, une petite tumeur apparut à la place où la cornée s'était perforée spontanément. La tumeur grossit rapidement et occasionna de vives douleurs.

En janvier 1886, le malade porte une volumineuse tumeur qui soulève les paupières dont la peau est livide, œdémateuse, sillonnée de gros vaisseaux. La palpation fait sentir des inégalités à la surface de la tumeur, qui est fissurée en forme de chou-fleur. Le globe oculaire a complètement disparu.

L'évidement de l'orbite est pratiqué avec conservation de la paupière supérieure.

La guérison est complète et trois mois après il n'y a aucun signe de récurrence.

L'examen macroscopique de la tumeur montre qu'elle atteint le volume d'un œuf de poule; on y remarque le lambeau de peau qui a dû être sacrifié pendant l'opération.

Une coupe sagittale de la tumeur fait voir le globe atrophié et très changé dans sa forme à cause de la pression qu'il a supportée. La tumeur entoure le globe jusque derrière l'équateur.

La sclérotique ne semble pas changée dans sa structure, mais la cornée est rompue et ouverte. Les masses de néoplasme qui s'étaient insinuées entre les lèvres de la cornée n'avaient cependant produit aucune atrophie du tissu cornéen. On peut suivre dans la tumeur les contours exacts de la cornée; même à l'œil nu on peut reconnaître que le point de départ de la tumeur, le centre d'où elle s'irradie, n'est autre que l'ancienne rupture de la membrane transparente.

L'examen microscopique montre que la tumeur est constituée par des cellules épithéliales; la cornée est surtout intéressante à considérer; dans sa partie périphérique elle a conservé son épaisseur normale; elle a été poussée par le néoplasme vers la chambre antérieure; dans sa partie centrale, au contraire, cette membrane est plus mince, mais sa structure est devenue plus compacte, ce qui s'explique bien par ce fait qu'à ce niveau elle était soumise à une pression et à une contre-pression.

Des cellules épithéliales ont proliféré entre les lamelles de la cornée, et celles-ci, au niveau de la rupture, deviennent de plus en plus minces jusqu'au moment où elles disparaissent tout à fait.

La tumeur qui pénètre ainsi dans la cornée paraît à Heyder avoir son origine dans la couche antérieure de l'organe. Le point de départ était probablement la cicatrice cornéenne qui avait suivi la perforation de cette membrane.

Les deux faits de Heyder sont les seuls à notre connaissance qui, par la façon dont ils entourent le bulbe, se rapprochent de notre observation personnelle, véritable type de tumeur épithéliale périlbulbaire.

Tel est l'ensemble de la description macroscopique et microscopique que mérite l'épithélioma de la conjonctive bulbaire. Dans cette étude anatomique trois points doivent être séparés des autres et traités d'une façon particulière :

a) La pigmentation de la tumeur et son origine; b) les formes cocciennes de la dégénérescence épithéliale; c) la façon dont l'œil peut être envahi par le néoplasme.

a) *Pigmentation de la tumeur. Origine du pigment.* — Au sujet de la pigmentation des épithéliomas nous ne saurions que répéter ici ce que nous avons dit de la pigmentation des sarcomes de la conjonctive. Une remarque, cependant, doit être faite: c'est que les sarcomes sont en général beaucoup plus pigmentés que les épithéliomas, fait qui s'explique par la beaucoup plus grande vascularisation des premiers que des seconds. Puisque le pigment a souvent une origine hématiche, il est clair qu'une tumeur, qui présente beaucoup de vaisseaux, peut tout particulièrement devenir le siège d'hémorragies interstitielles et de pigmentation consécutive (fig. 49). Les épithéliomas n'ont de vaisseaux que dans les interstices qui séparent les lobules; la circulation y est beaucoup moins riche; mais il arrive souvent aussi, dans ce genre de tumeurs, que les vaisseaux soient comprimés par le développement même des lobes épithéliaux. Il se fait une stase qui pèse sur les parois du capillaire et les déchire; des attouchements, de légers traumatismes peuvent d'ailleurs suffire à cette rupture; les cellules du néoplasme se comportent ensuite à l'égard des

globules extravasés comme les cellules du sarcome. (V. page 156.)

Tels sont les détails les plus précis qu'on puisse donner de ce processus du moins, dans l'état actuel de la science; le dernier mot n'a pas

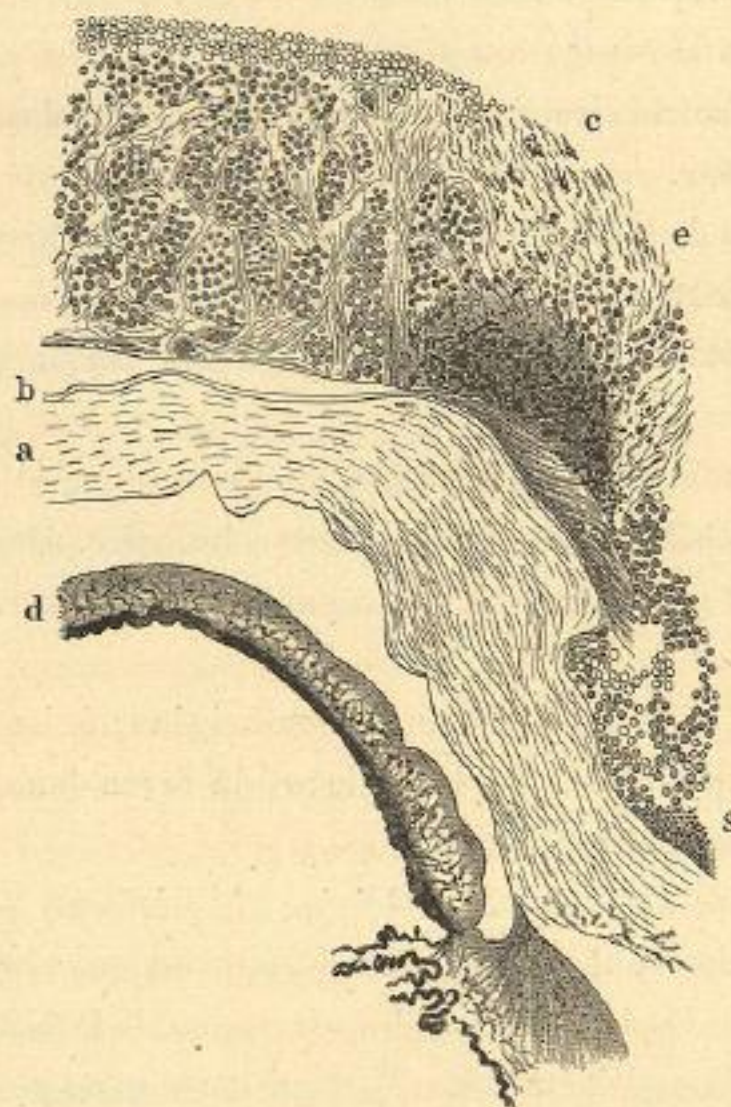


FIG. 49. — Coupe horizontale passant par le pédicule de la tumeur et la moitié correspondante de la cornée.

a. Cornée. — b. Membrane de Bowman. — c. Face antérieure de la tumeur. — e. Masse mélanique. — d. Iris. — s. Point de départ de la tumeur. (PANAS.)

encore été dit à ce sujet et pour être complet, en attendant de nouvelles recherches, il nous faut faire connaître ici la théorie très originale et très ingénieuse de notre savant ami le professeur Venneman (de Louvain); Venneman¹ commence par établir que l'épithélium conjonctival contient des cellules étoilées placées entre les cellules épithéliales ordinaires. Ce sont ces cellules qui, dans le cancer mélanique, se chargent de pigment

¹ VENNEMAN. Quelle est la nature du cancer mélanique de la conjonctive? *Arch. d'ophtalmologie*, 1898, p. 365.

noir sépia; or, ces cellules ne sont autre chose que des cellules protectrices des fibrilles nerveuses terminales intra-épithéliales, c'est-à-dire qu'elles font partie du système nerveux au même titre que la névroglie des centres cérébro-spinaux, ou que les cellules de Vignal qui s'enroulent autour des cylindres-axes pour former les tubes nerveux des nerfs périphériques; quand elles deviennent le siège d'un néoplasme, il se forme donc un véritable névrome périphérique intra-épithélial. C'est là le début, d'après Venneman, de l'épithélioma mélanique. La pénétration des bourgeons vasculaires du réseau capillaire dermique dans cet épithélioma ne peut changer le caractère épithélial de la tumeur qui reste mélanique à cause de la pigmentation des cellules protectrices intra-épithéliales dont nous avons parlé.

L'opinion de Venneman n'a encore, que nous sachions, été contrôlée par personne; nous renvoyons ceux qui voudraient la vérifier à la lecture du travail original. (Voir *Pigmentation des sarcomes de la choroïde.*)

b) *Des formes coccidiennes.* — Les figures 2, 3, 4, 5, 6, 7, des planches II et III, rappellent les coccidies décrites par de nombreux auteurs dans les cancers épithéliaux, depuis les travaux de Malassez¹, de Darier², d'Albarran³ et de Wickham⁴.

Il semble bien au premier abord qu'il s'agit là de corps cellulaires, organismes distincts et parasitaires inclus dans les cellules; presque tous ont un double contour bien net et occupent dans le protoplasma une place qu'ils se sont créée en repoussant le noyau de la cellule et le protoplasma vers la paroi cellulaire.

S'agit-il bien de coccidies? Il y a une très grande différence entre les coccidies du lapin et les lésions intra-cellulaires représentées sur nos coupes. Pour croire qu'il s'agit là d'éléments parasitaires, il faut admettre d'une part que ce sont des coccidies dégénérées et d'autre part que les formes de dégénérescence des coccidies sont analogues aux formes de dégénérescence cellulaire. C'est l'opinion qu'a exposée Malassez.

¹ MALASSEZ. Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme. *Archives de médecine expérimentale*, 1890.

² DARIER. *Annales de dermatologie*, 1889, n° 7, p. 117.

³ ALBARRAN. Tumeurs épithéliales contenant des coccidies. *Semaine médicale*, 1889.

⁴ WICKHAM. Th. Paris, 1890.

Sodakewischt¹, qui a écrit sur ce sujet de très intéressants travaux, a rencontré des lésions de ce genre 95 fois sur 95 cas de cancer et croit pouvoir affirmer d'une façon absolue leur nature parasitaire.

Cependant Cornil², étudiant les modes de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithélioma, pense qu'il s'agit le plus souvent, peut-être toujours, de modifications successives de la substance nucléaire ou bien que ces pseudo-coccidies ne sont autre chose que des cellules migratrices fauillées dans le protoplasma. La cellule de la figure 5, pl. II, est peut-être passible de cette interprétation.

Borrel³ a écrit sur ce sujet une thèse remarquable dans laquelle il défend cette opinion de Cornil, qui est aussi celle de Duplay et Cazin⁴, de Steinhaus et de beaucoup d'autres; il reproche notamment à Sodakewischt de s'être, la plupart du temps, placé dans de mauvaises conditions pour étudier les coccidies qui, assure-t-il, sont difficiles à mettre en lumière dans les pièces fixées par l'alcool et le liquide de Muller.

Dans son travail, Borrel décrit soigneusement les formes anormales de l'évolution cellulaire et montre que la division du protoplasma ne suit pas toujours la division du noyau. Il peut se produire ainsi des formations cellulaires endogènes par la lobulation du noyau dans l'intérieur de la cellule. Un bourgeon du noyau principal peut aussi s'entourer d'une couche de protoplasma et la cellule endogène est constituée. Les figures 5, 6, 7 de la pl. III peuvent s'expliquer de cette façon.

Plus difficile, nous semble-t-il, est l'explication des cellules figurées en 2, 3, 4, pl. II et III; il n'est pas impossible qu'elles contiennent un élément nouveau, parasitaire; dans tous les cas, rien n'autorise à penser qu'il s'agisse là d'une dégénérescence cellulaire ordinaire.

Il convient, pour l'interprétation de ces lésions, de rester dans la réserve, deux raisons majeures nous y invitent: 1° la découverte de ces formes coccidiennes a été pour nous accidentelle, et la fixation par l'alcool, que

¹ SODAKEWISCHT. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

² CORNIL. Modes de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithélioma. *Journal de l'anatomie*, 1890.

³ BORREL. *Evolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma*. Th. Montpellier 1892.

⁴ DUPLAY et CAZIN. *Semaine médicale*, 1891.

seule nous avons employée, étant de l'avis général (Sodakewischt, Borrel) un moyen défectueux, nos préparations perdent par ce fait beaucoup de leur valeur à ce point de vue spécial; 2° la question est encore très controversée et il faut savoir attendre l'accord qu'apporteront sans doute les travaux ultérieurs des histologistes particulièrement versés dans ces questions.

Cette prudente réserve, qui nous est inspirée par les travaux de Kiener, de Cornil, de Malassez lui-même, contraste avec les affirmations de Pasquale Sgrosso¹, élève de de Vincentiis, qui, dans une étude attentive, d'ailleurs fort instructive, sur les épithéliomas épibulbaires, n'a pas craint de décrire des parasites intra-cellulaires qui sont très certainement pour la plupart de simples phénomènes de dégénérescence. Pasquale Sgrosso fait reposer la nature parasitaire des corps qu'il décrit sur leur structure hyaline, sur la présence de l'enveloppe à double contour, sur l'absence de fusion malgré le groupement, sur le siège intra et extra-cellulaire, sur l'absence de réactions propres aux dégénérescences spéciales.

Ce sont là d'insuffisantes raisons; il faudrait montrer l'évolution du parasite, son stade originel, son âge adulte, sa multiplication, le suivre enfin dans ses phases évolutives, et notre auteur ne l'a pas fait. Tout ce qu'ont dit et démontré Cornil et Borrel sur les transformations anormales des cellules épithéliales du carcinome explique les faits constatés par Sgrosso.

Cela dit à propos du travail de notre confrère italien, il faut le féliciter et le remercier d'avoir apporté des faits qui, par leurs détails minutieux, constituent des documents très importants.

En effet, il importe moins en ce moment de conclure que de rassembler des matériaux; c'est la raison pour laquelle nous avons avec quelque soin appuyé sur les détails anatomo-pathologiques de nos observations.

Le lecteur trouvera des renseignements complets sur ce sujet dans l'ouvrage récent de Fabre-Domergue².

c) *Mode de pénétration de l'épithélioma conjonctival. Comment il devient dangereux.* — Le fait majeur qui domine l'anatomie patho-

¹ PASQUALE SGROSSO. *Annali di Ottalmologia*, 1892.

² FABRE-DOMERGUE. *Les cancers épithéliaux*. Paris, 1898.

logique, c'est l'intégrité de la sclérotique et de la cornée, excepté dans la région du limbe. Cette intégrité n'est pas absolue, mais il est incontestable que la coque scléro-cornéenne se défend bien contre la prolifération des cellules épithéliales; le paragraphe que nous avons plus haut consacré aux tumeurs épibulbaires le montre bien, mais cependant il est un point faible qui dans l'œil représente le défaut de la cuirasse, c'est la région du limbe. C'est par là que l'épithélioma peut devenir dangereux et le devient assez souvent.

Le point de pénétration, le défaut de la cuirasse de l'œil est donc le limbe scléro-cornéen; par là les cellules peuvent facilement s'engager dans les espaces de Schlemm et de Fontana. Au point de vue clinique, cette térébration de l'épithélioma du limbe paraît assez rare, puisque nous ne l'avons trouvée que 6 fois d'une manière très explicite; c'est là une rareté apparente et il appartient à l'anatomie pathologique de montrer à la fois la fréquence et les stades de ce mode de pénétration.

Qu'on jette un coup d'œil sur la figure d'ensemble de la planche I qui concerne notre quatrième cas (p. 139), on y remarque des cellules épithéliales s'avancant en colonnes serrées vers l'angle de filtration. Cet envahissement épithélial est d'autant plus dangereux que les cellules de cette partie de la tumeur sont jeunes, actives, en voie de prolifération. Elles sont encore loin des espaces lymphatiques et de la chambre antérieure, mais il n'est pas douteux que par là l'entrée du mal dans l'œil aurait eu lieu.

La cinquième observation (p. 141) montre le même processus à un stade plus avancé; les éléments morbides sont tout près du canal de Schlemm, de plus on distingue en beaucoup d'endroits de petites travées épithéliales du plus mauvais augure (fig. 8, pl. II.)

L'excision de la tumeur, sans ablation du globe de l'œil, aurait été une opération très fâcheuse et cependant elle paraissait justifiée par les symptômes; la chambre antérieure était conservée, la vision encore possible, les milieux normaux, la coque oculaire semblait encore intacte et la tumeur épibulbaire était, au premier chef, parmi celles que beaucoup de praticiens excisent sans toucher au globe.

Ces faits sont déjà démonstratifs, mais nous avons eu la bonne for-

tune d'en rencontrer un autre encore beaucoup plus probant, c'est celui de l'observation (6^e cas) à laquelle nous renvoyons explicitement le lecteur. Le mécanisme et les diverses phases de la pénétration y sont pris en quelque sorte sur le vif.

Cette pénétration a été d'ailleurs constatée avec nous par plusieurs auteurs, notamment par Parisotti, Basevi et Oliver¹ (fig. 50), mais nous ne croyons pas qu'aucun fait l'ait aussi nettement mis en évidence que celui que nous avons publié en décembre 1894 et reproduit plus haut (p. 143). Nous avons montré toutes les étapes parcourues par la tumeur s'infiltrant le long de la soudure scléro-cornéenne, et gagnant l'intérieur de l'œil après avoir rempli le canal de Schlemm et décollé le tendon du ciliaire rejeté en avant et en dedans.

Le fait de la pénétration de l'épithélioma dans l'œil, n'a rien qui doive surprendre le pathologiste et, d'ailleurs, ce n'est pas seulement l'épithélioma épibulbaire qui menace les parties profondes. Si nous nous en rapportons aux consciencieuses observations de Putiata Kerschbaumer, nous voyons que le sarcome n'est pas moins dangereux; sur les 9 observations résumées plus haut (v. p. 109 et suiv.), dans 7 cas il y eut propagation aux parties profondes, et presque toujours l'angle de filtration en général, le canal de Schlemm en particulier, ont été envahis les premiers par les cellules morbides. On peut à priori s'étonner de cette proportion extraor-



FIG. 50. — Épithélioma du limbe scléro-cornéen envahissant le canal de Schlemm. (CH. A. OLIVER.)

¹ CH. A. OLIVER, A clinical and histologie study of a case of epithelioma of the corneo-scleral junction. *Arch. of ophthalmology*, 1897, p. 270.

dinaire de cas graves dans la série observée par Putiata Kerschbaumer, mais il faut remarquer que cet auteur, ayant surtout en vue l'anatomie pathologique, n'a étudié le sarcome épibulbaire que sur des yeux énucléés.

En clinique, il n'y a pas 7 cas malins de sarcome épibulbaire sur 9, mais il n'en est pas moins constant qu'il faut compter avec cette malignité pour les sarcomes aussi bien que pour les épithéliomas.

Les tumeurs épibulbaires sont d'habitude des épithéliomas ; n'est-il pas rationnel d'admettre que des épithéliomas puissent gagner en profondeur les tissus sous-jacents, quels qu'ils soient ? Pourquoi le globe de l'œil échapperait-il toujours aux atteintes de ce mal redoutable ?

D'autre part, lorsque nous constatons, à l'examen anatomique d'un œil, une tumeur épithéliale pavimenteuse intérieure et une tumeur de même nature sur le bulbe, n'est-il pas évident que l'affection a son point de départ dans la conjonctive et non dans les membranes profondes de l'œil, qui sont incapables de donner primitivement naissance à une tumeur de ce genre ?

Ce n'est pas sans étonnement que nous avons rencontré sous la plume du professeur Panas¹, la phrase suivante :

« L'ulcération est très rare et s'observe seulement dans les cancroïdes purs. La masse épithéliale envahit alors la chambre antérieure, l'iris et le corps ciliaire. Cette particularité porte à croire qu'il s'agit de néoplasmes cavitaires ayant envahi le limbe après coup. »

D'après cet éminent pathologiste, les cancroïdes pourraient donc se développer d'abord dans l'intérieur de l'œil aux dépens du tractus uvéal, pour gagner le limbe et sortir à ce niveau. Il y a en effet, et nous en avons publié une observation² avec le professeur Badal, des épithéliomas cylindriques qui se développent aux dépens de la glande de l'humeur aqueuse ; mais ces tumeurs sont d'une structure très caractéristique et ne ressemblent en rien aux tumeurs épibulbaires.

Il est irrationnel, contraire aux lois les plus solides de l'anatomie pathologique, d'admettre, en présence de deux tumeurs épithéliales pavi-

¹ PANAS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 284.

² BADAL et LAGRANGE. Carcinome primitif des procès et du corps ciliaire. *Archives d'ophth.* 1892, p. 143.

menteuses lobulées, cancroïdales, l'une intra-oculaire, l'autre épibulbaire, que la seconde est l'émanation de la première ; il est au contraire conforme à toutes les observations connues de faire naître la tumeur primitive dans la conjonctive.

Dans notre cas, nous n'aurions pas trouvé le trait d'union des deux parties du néoplasme, que cette vue théorique nous eût paru suffisante pour affirmer que le mal avait marché de dehors en dedans ; mais puisque nous avons trouvé ce trait d'union, que nous avons suivi dans tous ses stades l'évolution du mal, on nous pardonnera d'appuyer sur la haute signification de ces détails.

Notre sixième observation (p. 143) est donc un exemple formel, indiscutable d'épithélioma bulbaire ayant pénétré à travers le limbe dans la cavité oculaire. Sans être positivement niée, cette propagation de la tumeur épibulbaire est, par la grande majorité des ophtalmologistes, considérée comme négligeable. Beaucoup même croient fermement que les tumeurs sortent de l'œil, mais n'y rentrent jamais.

Les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises, à la Société d'ophtalmologie de Paris, montrent bien l'état des esprits à ce sujet. Nous croyons inutile de reproduire ici les arguments donnés par ceux qui s'obstinent à méconnaître la facilité relative avec laquelle les tumeurs épibulbaires peuvent gagner l'intérieur de l'œil par la soudure scléro-cornéenne. Les considérations qui précèdent infirment cette opinion.

3. — Symptomatologie.

Au début, l'affection se présente quelquefois sous la forme d'une conjonctivite phlycténulaire avec de l'épisclérite chronique (Hermann Demme). A ce moment, il n'est pas rare que la lésion, méconnue, ne soit à plusieurs reprises cautérisée au fer rouge ou au nitrate d'argent. Avec ou sans cautérisation intempestive, la petite production morbide augmente peu à peu et prend ses caractères définitifs.

Le siège de l'épithélioma de la conjonctive bulbaire est variable. Panas estime qu'il est de beaucoup plus fréquent à la partie externe et que c'est là une analogie frappante entre cette tumeur et les dermoïdes congéni-