

L'énucléation s'impose lorsque la chambre antérieure est remplie par le néoplasme, lorsque l'iris est malade.

Si les ganglions préauriculaire et sous-maxillaires sont engorgés, leur ablation est aussi nécessaire que l'ablation de l'œil. Nécessaire aussi sera l'exentération de l'orbite lorsqu'on craindra la diffusion des éléments épithéliaux dans les tissus péri-oculaires.

LIVRE II

TUMEURS DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE

Dans cette partie de notre ouvrage, nous allons étudier les tumeurs de la coque oculaire, tumeurs qui se confondent dans une large mesure avec celles de la conjonctive bulbaire, mais qui, cependant, méritent un examen séparé, autant par leur structure particulière que par leurs symptômes.

Nous diviserons ce livre II en deux chapitres : le premier sera consacré aux néoplasmes de la cornée, le second à ceux de la sclérotique.

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS DE LA CORNÉE

Les tumeurs primitives de la cornée sont rares ; Wardrop¹ a eu tort d'essayer une classification de ces néoplasmes, car il n'en avait observé aucun fait. Desmarres² était dans la même ignorance lorsqu'il a publié son ouvrage, et Gayet écrit dans son article « Cornée » du *Dictionnaire encyclopédique* : « Des sarcomes, des épithéliomes, des carcinomes se montrent dans le limbe cornéen ; ils attaquent la membrane de Bowman, soulèvent en les séparant les faisceaux cornéens pour s'insinuer entre eux ; mais jamais aucune de ces tumeurs ne s'est montrée à nous comme procédant de la cornée elle-même. »

Sichel n'en avait pas vu davantage que Gayet ; les planches 58 et 59 de son Atlas se rapportent à des épithéliomes du limbe, envahissant la cornée secondairement. Mackensie décrit, sous le nom de tumeurs de la sclérotique et de la cornée, des excroissances qui appartiennent évidemment à la conjonctive. De Wecker, dans la première édition de son *Traité*, considère l'existence du cancer de la cornée comme douteuse, et rapporte l'opinion de Schweiger et de Græfe qui ne l'ont jamais observé.

Dans le paragraphe qu'il a consacré aux tumeurs de la cornée, Gayet³ classe ces tumeurs de la façon suivante :

- 1° Les plaques saillantes épidermiques ;
- 2° Les tumeurs dermoïdes ;

¹ WARDROP (JAMES). *The morbid anatomy of the human Eye*, London, 1834.

² DESMARRÉS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 372 et suiv.

³ GAYET. Article « Cornée », *Dict. encycl.*, p. 569, t. XX, 1^{re} partie.

3° Les tumeurs fongueuses ou bourgeons provenant soit d'un ulcère, soit de granulations, soit d'une cicatrice ;

4° Les cancers qui se sont présentés sous la forme de carcinomes, d'épithéliomes ou de sarcomes.

Nous croyons que le moment est venu de modifier cette classification ; nous ferons en premier lieu une place à part aux *dermoïdes de la cornée*, dont l'étude est si étroitement liée à celle des dermoïdes de la conjonctive qu'on ne peut les distraire du chapitre affecté aux tumeurs de cette membrane. Le siège d'élection des dermoïdes conjonctivaux est le limbe ; les cas où la tumeur est purement cornéenne sont tout à fait exceptionnels.

Le troisième groupe de Gayet, tumeurs fongueuses, bourgeons, tissu de granulation, etc., ne rentrera pas davantage dans ce chapitre, car ce ne sont pas là, à proprement parler, des néoplasmes, ce sont des néoplasies inflammatoires.

Le premier groupe, qui comprend les plaques saillantes épidermiques, doit être rangé dans la classe des épithéliomas, dont ces productions épidermiques représentent le premier degré ; elles sont bénignes et correspondent à ce que Fabre-Domergue appelle justement les *euthéliomes*.

De la classification de Gayet, nous ne garderons donc pour ce chapitre que le quatrième groupe : les cancers, sarcomes, épithéliomes et carcinomes ; ce sont là de vrais néoplasmes de la cornée. Les cas bien observés sont encore peu nombreux, mais ils le sont assez pour mériter une étude attentive et une classification méthodique.

Cette classification est la suivante :

1° *Les tumeurs développées aux dépens des éléments du feuillet moyen*, c'est-à-dire d'essence conjonctive ou endothéliale, savoir : les kystes, les myxomes, les fibromes, les sarcomes leucotiques ou pigmentés ;

2° *Les tumeurs développées aux dépens du feuillet épithélial*, c'est-à-dire les épithéliomas en général. Ce groupe comprend les plaques épithéliales et les carcinomes.

Dans cette étude, il convient de ne pas faire entrer les néoplasmes qui partent du limbe ou qui sont, dès leur début, à cheval sur la région sclérotico-cornéenne, car il s'agit alors de tumeurs développées aux

dépens de la conjonctive, et la propagation à la cornée doit être considérée comme secondaire.

A la vérité, quand une tumeur cornéenne contient des vaisseaux, ces derniers sont toujours fournis par le limbe conjonctival, et de même les éléments connectifs qui accompagnent ces vaisseaux peuvent être considérés comme dérivés de la conjonctive. Nous dirons cependant, en pareil cas, qu'il y a *tumeur primitive de la cornée*, parce que la masse néoplasique, dans sa partie principale, dérive de cette membrane; les vaisseaux et les éléments connectifs adjacents doivent être considérés comme accessoires et adventices. Le fait personnel dont nous ferons plus loin la description, est éclairé par ces explications.

En l'étudiant et en examinant nos figures, plus d'un lecteur sera tenté de dire que notre tumeur, ayant des rapports étroits avec le limbe, doit lui être originellement rattachée et que sa place n'est pas dans le groupe des tumeurs primitives de la cornée. Nous répondrons immédiatement à cette objection que dans notre cas la tumeur va jusqu'au limbe, mais s'arrête à son niveau; que l'épithélium cornéen a proliféré dans toute son étendue, tandis que celui de la conjonctive restait partout intact. L'aspect papillaire du néoplasme de notre malade dépendait sans doute de sa grande vascularisation, et ses vaisseaux étaient en communication avec ceux de la conjonctive. La tumeur cornéenne s'était vascularisée, mais il s'agissait bien d'une tumeur née et développée aux dépens de la cornée.

Ainsi donc, et ceci est une définition, nous appelons tumeurs primitives de la cornée tous les néoplasmes, vasculaires ou non vasculaires, occupant *exclusivement* la région cornéenne, formés par un tissu principal dérivé soit de l'épithélium de la cornée, soit du tissu conjonctif spécial recouvert par la membrane de Bowman.

Cette définition s'accorde avec notre classification et nous allons successivement décrire :

- 1° Les tumeurs d'origine conjonctive;
- 2° Les tumeurs d'origine épithéliale.

§ 1^{er}. — Tumeurs d'origine conjonctive.

Les néoplasmes qui ont été décrits dans la cornée sous la rubrique fibrome ou sarcome de la cornée ne sont pas tous exempts de critique au point de vue de leur diagnostic histologique; nous les signalerons tous cependant, en considération de l'opinion même des auteurs qui les ont publiés et parce qu'il est, en somme, difficile de tracer au microscope la ligne de démarcation qui sépare la néoplasie du néoplasme. L'observateur qui a étudié le cas sur le vivant et pratiqué soigneusement l'examen histologique est évidemment, d'une façon générale, plus qualifié pour catégoriser son cas que le commentateur qui ne connaît des pièces du procès que ce que l'observateur lui-même en a fait connaître.

Quelques documents anciens devront tout d'abord être discutés.

Gayet cite un fait emprunté à l'atlas de Pagenstecher. Cet auteur décrit, sous le nom de sarcome de la cornée, une petite tumeur du volume d'une lentille, attachée par un court pédicule à la surface antérieure de la membrane. La couche épithéliale antérieure est considérablement épaissie. Dans une figure, la tumeur est représentée grossie et on y trouve une masse de petites cellules rondes, serrées les unes contre les autres. Des vaisseaux, gros à la base, rayonnent vers la surface où ils forment des anses. « Ce sont là, dit assez judicieusement Gayet, à qui nous empruntons ces détails, les caractères des bourgeons charnus. » Ces caractères sont-ils suffisants pour faire admettre la présence d'un véritable néoplasme ?...

Dans un cas de Stellwag¹, il s'agit d'une tumeur de 2 millim. de longueur, 1 millim. de largeur et 2/3 millim. de hauteur, attachée à la cornée par un pédicule qui se perdait dans la membrane dégénérée.

L'observation histologique avait été faite sur une pièce plongée dans l'alcool depuis plusieurs années; de plus, les détails macroscopiques et microscopiques sont vraiment insuffisants et ces deux motifs permettent de ne pas accepter sans restriction ce cas de Stellwag comme un cas de tumeur primitive de la cornée.

¹ STELLWAG. *Die Ophthalmologie v. naturw. Standp.*, t. I, p. 347.

Il ne faut pas davantage considérer comme de véritables néoplasmes les lésions représentées dans la planche LVIII de l'atlas de Sichel : il s'agit de bourgeons charnus développés sur un pannus.

De ces faits douteux il convient de rapprocher le cas de Scott et Story¹, dans lequel il s'agissait d'un jeune homme âgé de 20 ans, atteint de conjonctivite granuleuse avec trace de pannus à la périphérie de la cornée. Celle-ci était envahie par une tumeur mesurant 6 millim. sur 4 millim., d'une couleur jaune blanchâtre. On crut d'abord à une tumeur graisseuse ; mais l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un tissu fibreux anormal. L'excision fut facile et suivie d'un bon résultat. Ce tissu anormal n'était autre chose qu'une sorte de pannus de la cornée. Certes, le pannus crassus examiné au microscope présente la structure du tissu sarcomateux ; est-ce là un néoplasme ? Évidemment non.

De ce fait il faut encore rapprocher le fibrome cicatriciel publié par Silex², concernant une tumeur fibreuse développée sur un leucome adhérent, tumeur haute de 4 millim. avec 8 millim. de longueur et 4 à 5 de largeur.

A l'examen microscopique, Silex trouva que toute la tumeur était recouverte par l'épithélium cornéen dont, sur plusieurs points, les couches supérieures kératinisées se détachaient par lamelles.

Le tissu propre de la tumeur est formé par un entrecroisement de fibres renfermant quelques minces vaisseaux et des amas de petites cellules. Ce tissu est-il autre chose qu'un tissu de cicatrice, et quoi d'étonnant de le trouver sur un leucome, cicatrice lui-même d'une perte de substance cornéenne ? Non, ce n'est pas encore là un exemple de tumeur cornéenne.

Nous ferons les mêmes remarques au sujet des fibromes de la cornée présentés par Adler à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne, le 10 avril 1891. Depuis deux ans le malade en question, mécanicien des chemins de fer, avait constaté une diminution graduelle de son acuité visuelle, coïncidant avec une très légère inflammation locale.

Sur la cornée de l'œil gauche on trouvait 18 granulations gris clair,

¹ SCOTT et STORY. *Ophth. Rev.*, juillet 1888, p. 124.

² SILEX. Narbenfibrom der Cornea. *Klinisch. Monatsblätter*, août 1888.

d'apparence gélatineuse, faisant saillie sur la surface cornéenne ; à la partie supérieure, elles étaient plus développées et prenaient un aspect falciforme. La lumière pouvait les traverser sans rien montrer de leur structure.

Sur l'œil droit il existait des granulations du même genre, mais moins nombreuses.

Le malade n'était ni syphilitique ni scrofuleux.

Lemann a constaté au microscope que ces granulations formaient une sorte de granulome miliaire, constitué par du tissu cornéen recouvert par un épithélium plus épais qu'à l'état normal. Ces productions ressemblent beaucoup aux néoplasies fibreuses telles qu'on les observe en particulier sur les membranes séreuses à la suite d'inflammations chroniques.

A-t-on jamais considéré comme néoplasmes de la plèvre ou de la vaginale les nodules ou plaques fibreuses qu'on trouve à leur surface dans les pleurésies ou les vaginalites anciennes ?

Nous croyons encore devoir rapprocher de ces cas, méritant mal le nom de néoplasme, celui de Zirm¹.

Il concerne une malade de 15 ans, portant sur la moitié inférieure de la cornée une tumeur épaisse de 1 millim., dans laquelle l'auteur constate au microscope la présence de deux éléments : 1° un tissu conjonctif hypertrophié renfermant peu de noyaux ; 2° un épithélium formé de plusieurs couches recouvrant la surface bosselée du tissu conjonctif.

Les couches épithéliales présentaient beaucoup de fentes, d'où un aspect œdémateux et la tendance à la formation de vésicules ; de l'avis de Zirm lui-même, cette néoformation était le produit d'une inflammation chronique.

L'un des cas de Rumschewicht², le second par ordre de publication, est passible de la même interprétation. Il s'agit, dans ce fait, d'une jeune fille de 14 ans, atteinte de trachome, chez laquelle l'auteur diagnostiqua d'abord un pannus. Un épaissement progressif de la cornée, survenant malgré la guérison de l'affection conjonctivale, fit supposer un néoplasme

¹ ZIRM. Eine Eigenthümliche oberflächliche Neubildung der Cornea. *Arch. f. Ophthalmol.*, 1891, XXXVII.

² RUMSCHEWICHT. A case of sarcoma of the cornea. *Arch. of ophthalmology*, 1892.

de la cornée. Des douleurs tenaces décidèrent la malade à consentir à l'énucléation. L'épaisseur de la cornée était de 4 millim. à 4 millim. 5. La membrane de Desçemet et son endothélium furent trouvés normaux. Les parties antérieures de la cornée étaient constituées par des amas de cellules rondes contenues dans une charpente vascularisée, formée par des faisceaux de tissu cellulaire venant du tissu sous-conjonctival.

Un épithélium très épais, dit Rumschewicht, recouvrait le néoplasme; mais la dénomination semble vicieuse, car il paraît certain qu'il s'agit là d'un cas de pannus crassus improprement appelé pannus sarcomateux.

Szokalsky¹ rapporte un cas d'hyperplasie de la cornée qui peut être rapproché des précédents. Il s'agit d'une malade chez laquelle il voulut pratiquer l'ablation d'un staphylôme total antérieur. Pendant l'opération il s'aperçut, dit-il, qu'il était en présence d'un véritable néoplasme. La cornée avait 4 à 5 millim. d'épaisseur et présentait un aspect presque cartilagineux.

L'examen histologique lui fit voir, sous l'épithélium, une couche de tissu cellulaire de nouvelle formation contenant une quantité de vaisseaux capillaires; la substance propre de la cornée était infiltrée d'amas granuleux qui, dans certains endroits, présentaient des flots de matière grasseuse.

Il s'agit là d'un processus inflammatoire chronique plutôt que d'un sarcome, à proprement parler; mais cette observation mérite d'être citée à la suite de celles de Stellwag, de Rumschewicht, etc.

Il en est ainsi dans le fait de Polignani² judicieusement publié sous la rubrique: cicatrice hypertrophique de la cornée.

Enfin le cas de F. Blaskovics³, rapporté dernièrement dans un travail sur les tumeurs de la cornée, vient compléter la série de ceux qui ne peuvent, sans exagération, rentrer dans la classe des vrais néoplasmes.

L'observation, rapportée sous le titre de *granulome de la cornée*, concerne une femme de 25 ans, qui subit à l'âge de 8 ans un traumatisme

¹ SZOKALSKY. *Annales d'Oculistique*, t. LIV, p. 209.

² POLIGNANI. Cicatrice ipetrofica della cornea. *Reporto oftalmico dell' ospedale degl' Incurabili*. Napoli, 1896.

³ BLASKOVICS (F.). Die Geschwulste der Cornea. *Pest. med. chirurg. Presse*, Budapest, 1897, XXXIII, 454-456.

sur l'œil droit; un leucome en résulta; à 21 ans, ce leucome devint le siège d'une petite tache rouge, de la forme d'une lentille, qui depuis n'a cessé d'augmenter.

La plus grande partie de la cornée est recouverte par une tumeur haute de 1 millim., pâle, lisse, d'un rouge jaunâtre, molle, circonscrite et distante du limbe d'au moins 1 millim. Vision presque nulle.

L'œil fut énucléé. L'examen anatomique démontra que la membrane de Bowman manquait partout au niveau du néoplasme; ce néoplasme (?) est traversé par un riche réseau vasculaire, dans les mailles duquel se trouvent des cellules petites, rondes, logées dans un tissu fondamental, sans forme définie. L'auteur conclut à la présence d'un granulome de la cornée, et c'est parce que nous adoptons complètement son interprétation que nous croyons devoir laisser son observation, comme celles qui la précèdent, en dehors du groupe des néoplasmes cornéens proprement dits.

Mais après ces cas, plus ou moins contestables, de néoplasmes cornéens d'origine connective, il en est d'autres, en assez grand nombre, qui sont indiscutables et authentiques.

Ce sont: 1° des kystes séreux; 2° des myxomes; 3° des fibromes; 4° des sarcomes.

1° **Kystes.** — Les kystes de la cornée sont très rares; il est possible que leur pathogénie doive être rattachée à celle de la dégénérescence myxomateuse; mais il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'il se forme, dans le tissu cornéen, des collections liquides selon le mécanisme des kystes néogènes (Broca).

Ginsberg¹ a étudié chez un poulet un kyste intra-cornéen qu'il a, hypothétiquement d'ailleurs, attribué à de la rétention lymphatique.

Colburn² a décrit un kyste de la cornée que nous ne signalerons ici que pour mémoire, car, dans ce cas, la tumeur occupait autant et même davantage la sclérotique que la cornée.

Le seul fait de kyste séreux vraiment cornéen que nous ayons retrouvé

¹ GINSBERG. *Centralblatt f. Augenheilkunde*, novembre 1897.

² COLBURN. *The Journal of the American Association*, 28 mars 1896.

appartient à Just¹. On peut ainsi le résumer : il s'agit d'un malade qui présentait à la partie externe de la cornée droite, à 2 millim. du bord scléral et sur le prolongement du tendon du droit externe, une petite vésicule d'environ 3 millim. de diamètre, dépassant le niveau de la cornée de 1 millim. et demi. L'auteur croit reconnaître un ptérygion dont, par un mode particulier de dégénérescence, le sommet serait devenu kystique. Cette petite tumeur s'était développée sans cause connue. L'auteur essaya de l'exciser d'après le mode opératoire de Alt; mais, l'opération terminée, il reconnut que le kyste était situé dans la substance même de la cornée.

Le kyste présentait une résistance trop grande, quand on cherchait à le déprimer, pour pouvoir être confondu avec un simple soulèvement épithélial. Une fine ponction de sa paroi supérieure donna issue à un liquide clair. L'auteur excise une portion de cette paroi afin d'empêcher le liquide de se reproduire. Trois jours après cette petite opération, le malade était guéri. Ce cas de kyste de la cornée est le premier qui ait été publié.

2^o Myxomes. — Les myxomes de la cornée ont été l'objet d'un très intéressant travail de Mitvalsky².

Cet auteur rappelle tout d'abord le fait qu'Adler publia en 1871 : le médecin viennois trouva, chez un jeune homme de 19 ans, sur la cornée du globe oculaire d'ailleurs normal, une tumeur trilobée de 2 millim. de diamètre, distante à peu près de 1 millim. et demi du bord cornéen.

L'examen histologique pratiqué par Wedl démontra que le parenchyme de la tumeur était formé par du tissu conjonctif; le tissu muqueux ne fut pas constaté, ce que Mitvalsky explique par l'insuffisance de l'examen histologique.

Il n'en fut pas ainsi dans le cas personnel, très intéressant et très complet, de Mitvalsky, que nous pouvons ainsi résumer :

Une femme de 26 ans eut, dès l'enfance, une kératite scrofuleuse et un staphylôme partiel de la cornée qui fut opéré par l'ablation simple. Long-

¹ JUST. *Annales d'oculistique*, t. LXX, p. 255, 1873.

² MITVALSKY. Myxomes de la cornée. *Arch. d'ophtalmologie*, Paris, 1894.

temps après, au centre de la cornée aplatie, apparut une tumeur polypeuse de la grosseur d'un pois, qui augmenta bientôt, et atteignit le volume d'une cerise : elle était molle, élastique, luisante, polie, pédiculée, lobuleuse, suspendue à la cornée comme un fruit, saillante en dehors de la fente palpébrale et toujours agitée par le clignement des paupières (fig. 59).

L'œil est injecté, irrité, larmoyant; à certains moments la tumeur grossit, laisse échapper un peu de liquide et s'affaisse.

Le diagnostic fut *myxome polypeux kystique* de la cornée.

L'examen histologique démontra que la tumeur contenait dans son

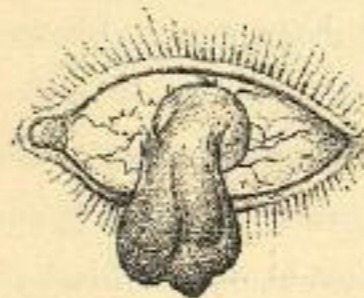


FIG. 59. — Myxome de la cornée, grandeur naturelle. (MITVALSKY.)

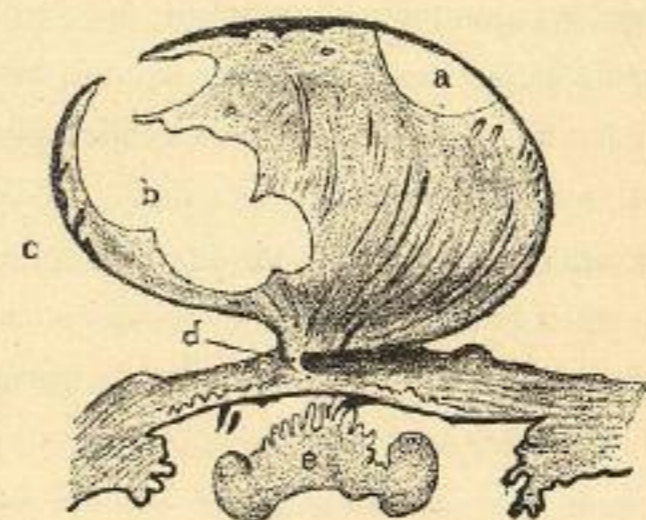


FIG. 60. — Myxome de la cornée; coupe anatomique quatre fois grossie.

a. Kyste simple. — b. Kyste confluent percé. — c. Épithélium faisant des saillies. — d. Cicatrice cornéenne perforante. — e. Cristallin ratatiné. (MITVALSKY.)

parenchyme des cavités kystiques simples et confluentes, et qu'elle était composée de tissu muqueux pur, typique, au sein duquel étaient creusées des cavités récentes et anciennes (fig. 60).

Les cavités récentes sont de simples lacunes dans le tissu mou, muqueux, sans formation d'une paroi kystique proprement dite; les cavités anciennes sont limitées par un tissu feutré, dense, provenant de la compression du tissu muqueux avoisinant.

L'épithélium revêtant la surface de la tumeur est d'origine cornéenne et ne diffère pas, en général, de son épithélium originel.

Le fait de Simon¹ dont parle Mitvalsky n'est pas un cas de myxome

¹ SIMON (R.). Ein Fall von cornealen Neubildungen. *Centralblatt f. praktische Augenheilkunde*, Leipzig, 1892.

pur; il s'agit d'un fibro-myxome, observé sur un œil qui avait perdu la plus grande partie de sa cornée, six ans auparavant, par une suppuration survenue à la suite d'une brûlure par la chaux vive; l'auteur trouva, à la place de la cornée, une tumeur large de 9 millim. et épaisse de 3 millim. 5, présentant la conformation suivante. La surface postérieure est formée par des débris de tissu cornéen, la surface antérieure par une couche de cellules épithéliales hypertrophiques. La masse de la tumeur consiste dans ses parties extérieures en tissu fibrillaire, tandis que le centre, composé de tissu cellulaire irrégulier, renferme des cavités remplies de tissu myxomateux. La surface postérieure des parties temporales du tissu cornéen conservé supporte une lamelle vitreuse, probablement un produit de sécrétion des cellules endothéliales de la membrane de Descemet.

Il s'agit par conséquent, dans l'observation de Simon, d'un fibrome myxomateux et son étude nous conduit tout naturellement à celle des fibromes purs dont il existe quelques exemples bien certains.

Sous le titre myxo-fibrome de la cornée, Barret¹ publie l'observation d'une double tumeur congénitale enveloppant la cornée et la sclérotique. L'étude qui a été faite de ce cas ne permet nullement de le considérer comme un exemple de néoplasme de la cornée.

3° **Fibromes.** — Nous citerons les cas de Benson², de Falchi³, de Gallenga⁴, de Guaita⁵ et de Rogman.

Benson a fait connaître l'histoire d'une tumeur qui fut enlevée du sommet de la cornée d'une jeune fille de 19 ans, du reste bien portante.

La tumeur, d'un blanc intense et opaque, se développait depuis trois ans; elle fut enlevée par dissection et la plaie qui en résulta guérit rapidement. Au point de vue histologique, c'était un fibrome ressemblant au tissu de la cornée avec ses fibres et corpuscules.

Le malade de Falchi (de Turin) était âgé de 28 ans; la tumeur siégeait sur la cornée gauche, dans sa moitié inférieure, sans arriver à la limite

¹ BARRET. *Austral. m. J.* 1888, 329.

² BENSON. *Trans. ophthal. Society U. Kingdom*, Lond., 1889-90.

³ FALCHI. *Annales d'oculistique*, t. XCIV, p. 245.

⁴ GALLENGA. *Archivio di oftalmologia*, vol. III, 1896.

⁵ GUAITA. *Ann. di oftalmologia*, 1879.

scléro-cornéenne. Diamètre maximum de la tumeur, 6-7 millim.; diamètre minimum, 3-4 millim. La forme en était ovulaire, la surface lisse, la couleur rose pâle. De petits vaisseaux nombreux, venus de la conjonctive bulbaire, pénétraient dans la cornée par en bas et aboutissaient à la tumeur. Tout à l'entour du néoplasme, la cornée était légèrement trouble; dans tout le reste elle était normale. La tumeur fut détachée de la cornée au moyen du couteau de de Græfe et de petits coups de ciseaux, en ayant soin d'arriver jusqu'à la membrane de Descemet, sans l'intéresser. Pansement boriqué. Il resta à la place de la tumeur un vaste léucome opaque, surtout à sa partie inférieure. Maintenant, cinq ans après l'opération, il n'y a aucun indice de reproduction. L'examen histologique révéla la tumeur comme étant un fibrome pur de la cornée.

Gallenga, dans un travail intitulé « Du fibrome de la cornée et surtout du fibrome par cicatrice », donne l'examen anatomique et clinique d'un fibrome de la cornée développé à la suite de la résection partielle d'un staphylôme opaque. L'auteur s'attache à démontrer qu'il se forme dans ce cas, non pas une hypertrophie de la cicatrice, mais une véritable néoplasie. L'examen démontra qu'il s'agissait bien d'un fibrome.

Guaita décrit aussi un fibrome développé sur la cicatrice d'un ulcère cornéen.

Rogman¹, dans un très récent mémoire, rapporte un nouveau cas de fibrome de la cornée qu'il a observé chez une femme de 30 ans. La tumeur, qui ne donnait lieu à aucun symptôme irritatif, occupait le centre de la cornée; elle était grosse comme une tête d'épingle, demi-transparente, un peu grisâtre; le microscope montra qu'elle était exclusivement composée de cellules fusiformes et partout recouverte par la couche épithéliale normale, seulement un peu amincie au centre du néoplasme.

4° **Sarcomes.** — Après les fibromes, viennent les sarcomes de la cornée, dont on trouve quelques cas bien observés dans la littérature ophthalmologique. Ce sont ceux de Rumschewicht, de Blanquinque, de Chatinière, de Donnadson et de Gonin. Les voici avec leurs détails principaux :

¹ ROGMAN. Contribution à l'étude des tumeurs épibulbaires. *Société belge d'ophtalmologie*, 25 nov. 1900.

Le fait de Rumschewicht¹ concerne un sarcome de la cornée, remarquable en ce qu'il ne prend pas naissance sur le limbe, mais au centre même du tissu propre de la cornée, auquel il est adhérent par un pédicule. La tumeur elle-même s'élève sous forme de champignon et recouvre toute la cornée. La largeur n'est pas indiquée, la hauteur mesure 7 millim. et demi.

Le cas de Blanquinque², déjà publié par le D^r Panas (de Gaillardon), concerne une ménagère de 60 ans qui présentait, au centre et à la partie supérieure et externe de la cornée, une tumeur survenue spontanément et d'un développement très lent; elle s'était formée sur une tache restée stationnaire pendant onze ans. Son volume était celui d'un pois; elle était lisse, d'un gris ardoisé; résistante, insensible, sans ulcération.

Le D^r Blanquinque amputa la tumeur à sa base à l'aide d'un couteau de de Græfe; la guérison eut lieu rapidement et la malade, longtemps suivie, ne présenta pas de récurrence.

L'examen histologique, pratiqué par Malassez, mérite d'être retenu et nous reproduisons ici la note, *in extenso*, qui a été rédigée par cet éminent histologiste.

La tumeur présente un revêtement épithélial continu qui envoie quelques prolongements, généralement courts, entre les lobules qui composent la tumeur. Ce revêtement est formé de deux couches principales: une couche profonde constituée par des cellules représentant entre elles des filaments d'union (cellules du type malpighien) et une couche superficielle formée par des cellules aplaties sans filaments d'union, dont beaucoup n'ont pas de noyau visible. Dans le revêtement épithélial, principalement dans la couche profonde, on trouve en plus quelques cellules mélaniques; ces cellules sont plus petites que les cellules malpighiennes qui les entourent. Elles ont des formes très variables, sans filaments d'union, sont situées entre les cellules malpighiennes et paraissent être des globules blancs chargés de grains mélaniques; au-dessous de ce revêtement, il y a une mince membrane propre qu'on trouve en presque tous les points de la tumeur; au-dessous de cette membrane se rencontre le tissu sarcomateux, qui est disposé en lobules; ce tissu est constitué par des cellules fusiformes disposées en faisceaux qui sont orientés en différents sens.

Il existe des cellules mélaniques qui se trouvent principalement dans le tissu conjonctif moins transformé qui entoure les vaisseaux; ces cellules se rencontrent soit entre les lobules du tissu sarcomateux, soit sous le revêtement épithélial et la membrane

¹ RUMSCHEWICHT. Ein Fall von einem Hornhautsarcome. *Arch. f. Augenheilkunde*, 1891.

² BLANQUINQUE. *Recueil d'ophtalmologie*, 1892, et PANAS, Thèse Paris, 1887.

propre; on en voit très rarement dans les lobules mêmes du tissu sarcomateux. Ces cellules sont de forme et de volume excessivement variables: tantôt elles sont très allongées, tantôt elles sont ramassées en une masse sphérique ou polyédrique; leur noyau est très rarement visible, masqué qu'il est par un très grand nombre de petites granulations de couleur brun jaunâtre, qui infiltrent leur protoplasma. Ces cellules paraissent être plutôt des globules blancs chargés de grains mélaniques que des cellules fixes du tissu. Outre ces éléments, on rencontre dans ces mêmes régions une série de petits grains ressemblant à ceux qui se trouvent dans le protoplasma.

Nulle part on ne trouve de foyers hémorragiques anciens ou récents, et les vaisseaux sont très peu développés.

Chatinière¹ a présenté à la Société de médecine de Montpellier un homme de 33 ans, opéré, par le professeur Truc, d'une tumeur de la cornée. Le néoplasme, du volume d'une lentille, était situé à la partie externe de la cornée droite, empiétant sur la pupille. Il avait l'apparence d'une élévation framboisée, dure, reliée à la conjonctive bulbaire par un léger pinceau vasculaire.

A l'examen histologique, on trouva: 1° une couche épithéliale antérieure normale, composée de sept ou huit assises de cellules; 2° la lame élastique antérieure épaissie, percée sur plusieurs points; 3° la tunique propre infiltrée de cellules nombreuses un peu anguleuses, d'origine manifestement conjonctive et formant un amas régulier sur la couche élastique antérieure. Aux nombreux points où la lame élastique antérieure est perforée, ces cellules se retrouvent dans la perte de substance, arrivant directement en contact avec l'épithélium antérieur. Les coupes se font remarquer par la rareté des vaisseaux. On n'en trouve aucun sur quatre coupes successivement examinées. De l'avis de Kiener, qui étudia les préparations, il s'agissait d'un sarcome; ce que démontra d'ailleurs la suite de l'observation, car la récurrence du mal fut rapide.

Dans le cas de Donnadson², il s'agit d'une femme de 21 ans, présentant une tumeur sessile qui s'était développée dans la partie externe de la cornée, dans les environs de la sclérotique. Elle avait débuté il y a neuf mois. La tumeur, à peu près ronde, avait un diamètre de 9 millimètres. Elle était grisâtre et quelque peu gélatineuse, molle à la surface et dépassant

¹ CHATINIÈRE. Sarcome de la cornée. *Nouveau Montpellier médical*, 1891.

² DONNADSON. Sarcome alvéolaire de la cornée. *The Ophth. Society*, vol. XV, 1895.

sant légèrement le niveau du globe oculaire. Elle n'altérait nullement la vision. La tumeur fut enlevée et examinée histologiquement par Treacher Collins, qui la trouva recouverte d'un épais épithélium laminé et composé de gros amas de cellules rondes renfermées dans des cloisons fibreuses.

En un mot, c'était un exemple de sarcome alvéolaire. La communication de Donnadson était accompagnée de figures montrant les détails anatomo-pathologiques du néoplasme.

Nous arrivons maintenant au cas de Gonin¹, qui concerne un sarcome mélanique de la cornée. C'est le premier fait de sarcome pigmenté qu'on ait étudié dans la membrane transparente de l'œil. Nous le ferons connaître en détail.

Il s'agissait d'un homme de 32 ans qui, en juillet 1896, remarqua un petit bouton de couleur rosée situé sur la cornée, à peu près à égale distance du centre et du bord externe. L'excroissance fut incisée, elle s'affaissa légèrement, mais bientôt continua à s'accroître. Une tache noire parut à son centre.

Au mois de septembre 1896, le malade fut examiné par le professeur Dufour. La tumeur est saillante, sans aucune connexion avec le bord scléral; des vaisseaux abondants pénètrent dans son intérieur, surtout par le côté externe. Il n'y a d'ailleurs aucune injection périkeratique décelant une irritation de la cornée; la pupille est régulière, la vision de 1/40, les mouvements du bulbe entiers et normaux. (Fig. 61.)

Dufour pratiqua d'abord une iridectomie inférieure et interne, puis fit, avec le couteau de de Græfe, l'abrasion, aussi complète que possible, du néoplasme, avec cautérisation au Paquelin de la surface d'insertion.

Le résultat opératoire et fonctionnel fut bon; la vision remonta à 1/40 et au mois de février 1898 la guérison se maintenait.

L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire du Dr Stilling (de Lausanne), fit connaître les détails suivants :

A cause du procédé opératoire conservateur employé, les coupes n'ont intéressé aucune partie de la cornée parfaitement normale. Sur ces coupes on remarque que le parenchyme de la membrane a presque entière-

¹ GONIN. Un cas de sarcome pigmenté de la cornée. *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, Bd XXIV, 1898.

ment disparu, ou du moins qu'il est transformé en système de travées étroites au centre desquelles sont accumulés les éléments propres du néoplasme. Ces éléments sont constitués par des cellules généralement fusiformes, de dimension moyenne, avec très peu de substance intercellulaire, formant dans leur ensemble un tissu peu compact et facile à dissocier.

En certains endroits on trouve des hémorragies. Partout où la dégénérescence est avancée, l'apparence en est uniforme, comme celle d'un sarcome vulgaire; dans les régions, au contraire, où les restes de tissu normal sont plus abondants, on les voit infiltrés et comme pénétrés par

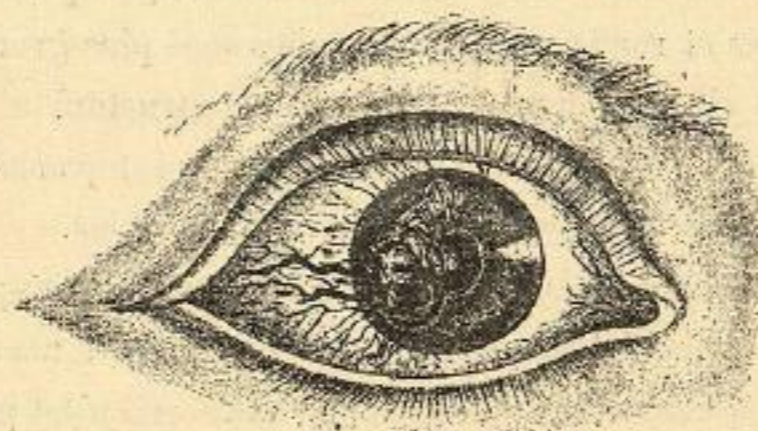


FIG. 61. — Sarcome pigmenté de la cornée. Aspect macroscopique de la tumeur montrant sa situation indépendante du bord scléro-cornéen et les taches pigmentées de sa partie la plus saillante. (GONIN.)

des cellules sarcomateuses, groupes ou flots de grandeur inégale, enfermés dans autant de loges, ce qui donne à l'ensemble un aspect franchement alvéolaire.

Le revêtement épithélial ne fait défaut nulle part à la surface de la tumeur; cependant, en quelques endroits, il est dissocié et aminci.

Une particularité très importante de ce sarcome alvéolaire est sa pigmentation; il est probable que le pigment, dans le cas particulier, provenait de l'hémorragie consécutive à l'incision faite à la tumeur au début de son évolution; mais il importe de remarquer que l'action de l'acide sulfurique a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un vrai pigment; de même, le ferro-cyanure de potassium et le sulfure d'ammonium n'ont pas donné les réactions de l'hémosidérine.

Avec raison, l'auteur conclut que ces réactions ne démontrent pas péremptoirement que le pigment n'est pas d'origine hématique.

Pour cette tumeur, comme pour beaucoup de sarcomes mélaniques, l'origine et la nature du pigment restent indéterminées ; mais cette incertitude ne doit pas s'opposer à ce qu'on considère le cas, ici longuement résumé, de Gonin, comme un véritable fait de sarcome mélanique de la cornée.

Dans son récent travail, déjà cité, Rogman a fait connaître une nouvelle observation de sarcome de la cornée. Il s'agit d'une femme de 65 ans, portant sur la cornée une tumeur qui présentait l'aspect d'une hernie de l'iris ; il put l'exciser et se convaincre par l'examen histologique qu'il s'agissait bien d'une affection cornéenne, d'une tumeur composée de cellules sarcomateuses ; en certains groupements ces cellules sont petites et rondes, en d'autres elles sont plus grandes et fasciculées, souvent elles se disposent suivant une structure alvéolaire ; un grand nombre des éléments cellulaires ont une protoplasma dense pigmenté ; il n'y a pas de pigment en dehors des cellules.

Tels sont les faits qui peuvent servir à l'histoire des néoplasmes cornéens dérivés du feuillet moyen ; ils sont encore peu nombreux, mais leur authenticité, leur netteté sont incontestables, et il n'est pas permis de refuser au tissu de la cornée la possibilité de produire des néoplasmes sarcomateux.

La rareté de ces faits ne nous permet pas de nous livrer à des considérations générales approfondies ; nous ferons simplement remarquer que cette rareté elle-même s'explique par la structure du tissu cornéen, immobilisé dans sa forme comme le tissu des aponévroses et des tendons ; que les fibromes, développés presque tous sur un tissu leucomateux cicatriciel, trouvent un élément occasionnel très important dans les irritations incessantes auxquelles la cornée, membrane superficielle et découverte, se trouve exposée.

Nous dirons encore que la facilité avec laquelle les espaces plasmatiques de la cornée peuvent se gorger de suc et gonfler, la prédispose aux dégénérescences myxomateuses. Il est probable que les myxomes commencent par être des fibromes purs, qui subissent plus tard la dégénérescence muqueuse, bien explicable par la nutrition pauvre de la cornée et la facilité qu'elle offre à l'infiltration des sucs voisins qu'elle attire et dont elle se nourrit.

Les sarcomes cornéens s'expliquent très bien à leur tour : 1° par l'immigration des leucocytes dans les espaces plasmatiques, leur organisation connective ; 2° par la prolifération des cellules fixes. Cellules fixes et leucocytes peuvent, en se multipliant, écarter les fibres du tissu cornéen et y creuser de véritables loges ou alvéoles. Il en résulte que le sarcome doit, dans la cornée, revêtir plus particulièrement le type alvéolaire. C'est en effet ce qui a été observé dans les trois exemples connus.

Il convient d'attendre de nouvelles observations pour écrire une histoire plus détaillée des tumeurs primitives cornéennes dérivant du feuillet moyen.

§ 2. — Tumeurs d'origine épithéliale.

A cette catégorie appartiennent toutes les productions bénignes ou malignes qui consistent dans la *prolifération de l'épithélium*, depuis les plaques écailleuses (Desmarres), les opacités verruqueuses (Bowman), les plaques épidermiques (Hocquard) jusqu'aux épithéliomas profonds, diffus ou malins qui, nés à la surface de la membrane transparente de l'œil, gagnent vite les parties profondes et les détruisent.

Nous pouvons diviser ce paragraphe en trois articles :

- 1° Plaques écailleuses, hypertrophie simple, excroissances verruqueuses, kystes épithéliaux par inclusion ;
- 2° Papillomes de la cornée ;
- 3° Épithéliomes de la cornée.

Nous passerons ces trois articles successivement en revue.

1° Plaques écailleuses, hypertrophie simple, excroissances verruqueuses, kystes épithéliaux. — Les plaques écailleuses, encore nommées par Desmarres plaques cornées, végétations cornées, ressemblent à de petites écailles blanc sale qui se détachent quelquefois spontanément en s'accompagnant d'une irritation plus ou moins grande. On peut les enlever avec un instrument moussé ; au-dessous, la cornée garde sa transparence. Kalt pense qu'on doit refuser à ces productions le nom de tumeurs ; nous ne sommes pas de son avis, car elles répondent