

CHAPITRE III

MYOME DU TRACTUS UVÉAL

Le myome du tractus uvéal est nié par beaucoup d'auteurs. Mitvalsky¹ a fait contre cette affection une véritable campagne en s'appuyant sur une analyse détaillée des cas connus et, avant de dire notre opinion, il sera bon de mettre sous les yeux du lecteur les critiques qui ont été faites à ce sujet par cet auteur dont le travail est, du reste, très intéressant.

Dans son mémoire, Mitvalsky passe en revue les six cas de myome ou de myo-sarcome du corps ciliaire publiés à l'époque où il écrit. Ces cas sont ceux d'Iwanoff Wecker, de Salomon, de Mules, le nôtre, et enfin ceux de Deutschmann et de Lange.

Nous ferons connaître en même temps que ces cas la critique qui leur a été adressée par Mitvalsky, en reproduisant ici une partie du Mémoire que cet auteur regretté a consacré à cette question.

Voici ce qu'il dit des faits d'Iwanoff-Wecker, Salomon, Mules, Deutschmann et Lange :

« Le premier cas, publié en 1867, est celui d'Iwanoff Wecker², décrit tantôt comme un myome (de Wecker et Landolt), tantôt comme un myo-sarcome (Brière, Iwanoff). La tumeur est, en effet, décrite par les uns comme exclusivement, par les autres comme essentiellement formée de fibres lisses. On lit en effet : « Toute la partie extérieure de la tumeur, limitée par la sclérotique (épaisseur 4 à 5 millimètres), est formée par des cellules fusiformes avec des noyaux en forme de bâtonnets. La partie moyenne des fibres musculaires prend la direction longitudinale, et ce n'est que dans la partie

¹ MITVALSKY. *Arch. f. Augenheilk.*, XXVIII, 1894.

² DE WECKER. *Traité complet d'Ophthalmologie*, t. II, p. 477.

antérieure de la tumeur que l'on trouve des faisceaux secondaires. Entre les faisceaux musculaires bien développés, on trouve, d'autant plus nombreuses qu'on va plus loin, des cellules de tissu conjonctif; du côté du cristallin et vers le vitré prédominent des cellules fusiformes et des cellules étoilées du tissu conjonctif, qui constituent presque toute la face interne de la tumeur. » Il n'y a pas de figure des cellules de la tumeur. Ces cellules fusiformes sont simplement désignées comme étant des fibres lisses.

Dans le cas de Salomon¹, l'examen histologique de la tumeur à cellules fusiformes fut fait par Priestley-Smith, qui a dit ceci : « Microscopiquement, la tumeur a le caractère d'un myome ou d'un fibro-myome : elle est formée de cellules fusiformes disposées pour la plupart en un réseau de trabécules à trajet parallèle et présentant beaucoup d'analogie avec le muscle ciliaire normal. »

Un comité composé de Brailey, Steph. Mackenzie et Nettleship a donné sur ce cas les conclusions suivantes :

« La tumeur est formée de cellules étroites avec noyau en bâtonnet qui ne diffèrent pas des cellules du muscle ciliaire et sont très semblables aux cellules d'un fibrome (myome) de l'utérus, tumeur comparativement à laquelle nous avons étudié nos coupes. L'arrangement des cellules musculaires en longs faisceaux, qui ont principalement une direction antéro-postérieure, mais quelquefois aussi un trajet oblique, la situation et le pouvoir réfringent de ceux-ci, rappellent tout à fait les dispositions du muscle ciliaire normal. » Pas de figure histologique de la tumeur.

« L'argument qu'il s'agit ici d'un tissu de cellules fusiformes disposées en faisceaux parallèles, très semblable au muscle ciliaire normal, et aussi que les cellules fusiformes de cette tumeur sont très analogues à celles d'un myome utérin, ne suffit pas à mes yeux pour qu'il s'agisse ici d'un tissu musculaire. Car on peut enfin, avec toute raison, considérer comme tout à fait semblable à un muscle ciliaire normal un tissu de cellules sarcomateuses fusiformes ainsi entrelacées; ce qui est d'autant moins surprenant que le même tissu peut être également considéré comme très semblable aux tumeurs utérines dites fibromes, fibro-myomes et même myomes, constituées de cellules fibrillaires du tissu conjonctif, et bien que ces diverses tumeurs diffèrent beaucoup les unes des autres par l'aspect histologique. Cela démontre accessoirement que les particularités histologiques des fibro-myomes utérins ne paraissent pas encore bien déterminées, puisque Billroth écrit encore en 1880 : « A cause de leurs principaux caractères, il est beaucoup plus naturel de ranger ces tumeurs parmi les sarcomes. »

« Le cas de Mules², myosarcome du corps ciliaire, fut examiné histologiquement en 1888 par Brailey, qui écrit : « La néoplasie est constituée par de longues cellules fusiformes, à noyaux étroits; les cellules sont disposées en faisceaux entrelacés. Vers les surfaces de la tumeur, notamment l'interne, le tissu des cellules est plus épais, les noyaux plus nombreux; la disposition réticulée ne peut guère être reconnue en ces points, et les cellules qu'on y trouve ne peuvent guère être qualifiées de fusiformes. L'aspect réticulé fait ressembler le néoplasme à une tumeur caverneuse, et au premier coup d'œil on a l'impression d'un naevus, mais je ne crois pas qu'il s'agisse de rien de tel. Je crois que la tumeur est parente (ou provient) de la musculature lisse, qu'elle a pris naissance dans le tissu musculaire du corps ciliaire, dont elle a la structure. »

¹ SALOMON. *Trans. of the Ophth. Soc.*, 1882, p. 263.

² MULES. *Trans. Ophth. Soc. U. K.*, 1888.

« Il est important de savoir que Dreschfeld et Harris n'étaient pas de l'avis de Brailey et considéraient la tumeur comme un sarcome, et les cellules, quelles qu'elles fussent, comme des cellules conjonctives fusiformes. Mules fit alors examiner la tumeur par Robinson, d'Owen College, et s'accorda avec lui pour conclure à un myo-sarcome : « Car si beaucoup de cellules fusiformes sont des cellules sarcomateuses, il n'y a aucun doute que les éléments musculaires ne soient disséminés dans la tumeur, ou pour mieux dire que des éléments semblables à des cellules musculaires peuvent être vus dans les diverses directions. Je ne puis dire combien de celles-ci sont des cellules du tissu cellulaire, mais il faut se rappeler que les formes de ces deux sortes d'éléments sont identiques et que la différence ne peut être faite que par des réactifs chimiques. »

Pas de figure de cellules. L'incertitude de la nature myomateuse de cette tumeur est du reste évidente.

Deutschmann¹ dit sur son cas de myo-sarcome ciliaire que la tumeur était constituée par des faisceaux cellulaires disposés en long, dont les éléments peuvent être considérés en partie comme des cellules sarcomateuses fusiformes, mais que de nombreuses travées cellulaires sont sans aucun doute identiques à des cellules musculaires lisses. Pas de figures histologiques de la tumeur.

Lange² décrit comme il suit son cas de myo-sarcome ciliaire : « La tumeur est formée de cellules fusiformes avec noyau en bâtonnet ; la plupart de ces cellules sont disposées en faisceaux longitudinaux ; dans les parties centrales, on trouve aussi beaucoup de faisceaux coupés en travers, dont les cellules sont alors rondes ou anguleuses et pourvues d'un petit noyau rond ; ces parties ont l'aspect alvéolaire. Les noyaux cellulaires sont à leurs extrémités légèrement gonflés en massue ; ils sont de volumes différents comme les cellules musculaires lisses des parties normales du muscle ciliaire. » Lange dit plus loin : « Vu la grosse difficulté dans certains cas de distinguer histologiquement les fibres musculaires des autres formes cellulaires en fuseau du tissu conjonctif, il ne m'a pas été facile, dans la détermination de la tumeur que j'ai étudiée, d'arriver à un diagnostic histologique tout à fait certain. D'après un examen soigneux et la comparaison des cellules fusiformes de la tumeur à noyau extraordinairement long, mince et arrondi à ses extrémités, avec les cellules musculaires du muscle ciliaire normal, j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait dans mon cas d'une hyperplasie et hypertrophie des cellules musculaires et en même temps des cellules conjonctives ; bref, qu'il s'agit d'une tumeur mixte développée dans la partie antérieure du corps ciliaire, ce qui justifie le diagnostic de myo-sarcome. »

Une figure instructive accompagne la description, mais ne nous démontre pas que les cellules musculaires qu'elle représente entrent dans la constitution de la tumeur. »

Telles sont l'analyse et la critique faites par Mitvalsky des cas connus de myome du corps ciliaire. Cette citation aura l'avantage de faire connaître au lecteur, en même temps que les faits, les discussions qu'ils ont soulevées.

¹ DEUTSCHMANN. *Beit. z. Augenheilk.*, 1890, Heft I, p. 72.

² LANGE. *Arch. f. Ophth.*, 1890, XXXVI, p. 247.

On remarquera que dans le premier cas, les fibres musculaires lisses ont été vues par Iwanoff et qu'il est impossible de ne pas tenir très grand compte de l'opinion d'un homme de cette compétence. Dans le fait de Salomon, les fibres musculaires, d'abord vues par Priestley-Smith, ont été constatées ensuite par Brailey, Mackensie et Nettleship qui ont comparé la tumeur au myome utérin. Cette dernière tumeur est vraiment un myome et la restriction que Mitvalsky fait au nom de Billroth est sans portée.

Le cas de Mules est au contraire douteux ; Brailey et Robinson en font un myo-sarcome, Dreschfeld et Harris un sarcome ordinaire, et sur ce point les critiques, toutes théoriques d'ailleurs, de Mitvalsky, peuvent être fondées ; le désaccord des histologistes appelés à se prononcer permet le doute et nous ne contesterons pas que dans certains cas le diagnostic en soit difficile ; il y a entre les éléments fusiformes du tissu conjonctif et les fibres musculaires lisses de grandes analogies. C'est surtout dans la forme du noyau et dans le groupement des cellules que résident les différences, et nous ne trouvons pas à ce sujet dans l'observation de Mules de renseignements suffisants. Dans le doute, d'ailleurs, il faut se rattacher au diagnostic sarcome, beaucoup plus fréquent dans la région que le myome.

Le cas de Deutschmann nous paraît, contrairement aux conclusions de Mitvalsky, un fait authentique de myo-sarcome, et la preuve que l'auteur a bien fait la différence entre les éléments conjonctifs et musculaires, c'est qu'il signale explicitement et séparément ces deux ordres d'éléments anatomiques. Il en est de même du cas de Lange qui a pris toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur, puisqu'il a comparé les cellules fusiformes de sa tumeur aux cellules musculaires d'un muscle ciliaire normal et reconnu que, dans son cas, il existait une hyperplasie à la fois des fibres musculaires et des fibres conjonctives de la région ciliaire.

En ce qui concerne notre observation personnelle que le lecteur va lire plus loin, Mitvalsky nous adresse, comme unique reproche, d'avoir publié des figures insuffisantes, ne démontrant pas la nature du myome ; nous le reconnaissons et, pour bien montrer que tel est notre avis, nous ne les reproduisons pas ici, mais nous rappellerons que nous avons

fait examiner les préparations par le docteur Viault, professeur d'anatomie normale, le docteur Coyne, professeur d'anatomie pathologique, et le docteur Sabrazès, chef des travaux du laboratoire des cliniques de la Faculté. Ils ont reconnu qu'il s'agissait, dans notre cas, d'un myome presque pur, et il paraîtra à tout esprit impartial que l'opinion, sans compter la nôtre, de ces trois hommes très compétents, qui ont vu les pièces, vaut mieux que celle de Mitvalsky, qui ne les a pas vues.

Nous n'insisterons pas plus longtemps ; il suffira, pour bien répondre à l'ensemble des critiques de notre savant et regretté confrère, de reproduire ici, après notre fait personnel, le cas récent et démonstratif de Guaita.

Nous commencerons par notre observation, parce qu'elle est la plus ancienne.

Obs. — Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, qui avait conservé jusqu'à 32 ans une vision parfaite de l'œil droit. Peu à peu la vision s'affaiblit de ce côté au point que la malade ne peut, le 5 février 1886, compter les doigts. Il n'y a jamais en la moindre souffrance et l'affection a évolué sans déterminer de réaction et sans se traduire à l'extérieur par aucun signe apparent. Le trouble croissant de la vision est le seul motif qui ait poussé M^{me} X... à consulter un oculiste.

Lors du premier examen, pratiqué par M. Badal, le 19 janvier 1886, on constatait ce qui suit : à la partie inférieure et interne de la chambre postérieure, c'est-à-dire entre l'iris et le cristallin, apparaît une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'un pois, d'une couleur rougeâtre comparable à celle de la viande crue et dont la partie libre, qui fait saillie dans le champ pupillaire, semble légèrement translucide. L'examen ophtalmoscopique ne permet pas de voir nettement à l'intérieur de l'œil. Tout ce que l'on peut constater, c'est qu'il existe en arrière du cristallin, et paraissant faire suite à la tumeur déjà signalée, une seconde tumeur plus volumineuse, à contours indistincts, se perdant dans la profondeur du corps vitré et dont la teinte blanc bleuâtre diffère absolument de la coloration rouge clair qui donne un aspect si caractéristique au lobe antérieur. L'aspect de cette néoplasie intra-oculaire ne diffère guère en somme de celui des décollements rétinien. Il est difficile de se rendre bien compte des rapports du cristallin avec la tumeur ; il semble que celle-ci se trouve comme à cheval sur le bord équatorial de la lentille, les deux masses principales qui constituent cette tumeur se trouvant, l'une en arrière, l'autre en avant, réunies par une portion étranglée. Ce lobe antérieur semble s'être creusé une loge aux dépens du cristallin, et l'iris le recouvre étroitement sans que l'œil saisisse aucun espace libre entre ces différents organes.

De quelle nature est la tumeur ? La malade, depuis plusieurs années, rend des fragments de ténia, et bien qu'elle ait cherché à plusieurs reprises à se débarrasser de ce parasite, elle n'est pas certaine d'être encore guérie. Ce fait méritait d'appeler l'attention et il y avait lieu de se demander si l'on n'était pas en présence d'un cysticerque intra-oculaire. La teinte de la portion postérieure de la tumeur et pour la partie

antérieure un certain degré de translucidité pouvaient venir à l'appui de cette hypothèse.

Toutefois, d'une manière générale, l'aspect ne rappelle guère celui des kystes parasitaires de l'œil et il n'a pas été non plus possible d'observer, malgré un examen attentif, ces déplacements si caractéristiques qui décèlent la présence du cysticerque. C'est pourquoi, sans rejeter d'une manière absolue l'existence d'une tumeur kystique, Badal se range plus volontiers à l'hypothèse d'une néoplasie solide, ayant son point de départ dans la région ciliaire et, de là, ayant envahi d'une part la loge antérieure, d'autre part la loge postérieure du globe. C'est du reste, ajoute-t-il, le siège habituel des sarcomes de l'œil, et le cas ne présenterait qu'un intérêt secondaire, n'était la coloration du lobe antérieur de la tumeur.

La néoplasie prolifère rapidement, car dans l'intervalle de deux examens pratiqués à quinze jours de distance, on a pu noter son accroissement.

Les ophtalmologistes présents à la séance de la Société de médecine de Bordeaux, dans laquelle le professeur Badal exposa le cas de sa malade dans les termes qui précèdent, l'examinèrent avec beaucoup de soin. Armaignac émit l'opinion qu'il s'agissait d'un sarcome de la région ciliaire et Georges Martin agita l'hypothèse d'une luxation du cristallin tout en reconnaissant « que la teinte rosée de cette production est très exceptionnelle sur le cristallin et en outre, que si l'on fait baisser la tête de la malade, la tumeur reste fixe, raisons qui viennent à l'encontre de ce diagnostic ».

Sous, qui connaissait déjà la malade, rappelle que, lors de son premier examen (juillet 1885), la tumeur se présentait à l'éclairage direct sous la forme d'une masse rougeâtre, limitée par une courbe sombre à concavité supérieure. Cette tumeur, dit-il, réfléchissant fortement la lumière, paraissait comme transparente et rappelait assez l'aspect de ces ballons d'enfants colorés en rouge et vus à travers une lumière. L'aspect du corps vitré variait suivant l'intensité de l'éclairage. Avec un fort éclairage on avait la sensation de pointillés obscurs disposés par groupes et à différentes profondeurs, comme des écrans d'inégale grandeur placés les uns au-devant des autres ; avec un éclairage faible, le pointillé obscur faisait place à des lignes sinueuses perlées. Les images de Purkinje étaient très nettes.

Lors de son second examen, Sous constata que la tumeur était moins transparente, moins facile à éclairer. Étant donné les antécédents de la malade, notre distingué confrère inclina à admettre l'existence d'un cysticerque en insistant sur la grande difficulté d'un diagnostic précis.

Le 17 février 1886, le professeur Badal opéra la malade après avoir dû lui promettre de n'enlever l'œil que si l'extirpation de la tumeur ou du kyste, si kyste il y avait, ne pouvait être pratiquée isolément.

La conjonctive fut disséquée au niveau de la tumeur sur une petite étendue, de manière à permettre l'écartement des lèvres de la plaie au moyen de deux crochets mousses.

L'incision de la sclérotique s'accompagna d'une véritable petite hémorragie en nappe, en rapport avec le développement exagéré du système vasculaire. Au moment où l'opérateur acheva d'inciser la sclérotique et probablement aussi la choroïde, une petite quantité de sérosité citrine très limpide qui ne ressemblait en rien à l'humeur vitrée s'échappa brusquement à travers la plaie. Il s'agissait sans doute d'un épanchement sous-rétinien.

A travers la sclérotique apparut alors une masse pulpeuse, grisâtre, présentant tous

les caractères du sarcome. Il fut impossible à l'opérateur de trouver une enveloppe kystique; en cherchant dans toutes les directions avec une petite pince courbe à mors plats, il ne put ramener autre chose que des parcelles de la tumeur dont le tissu, extrêmement friable, se réduisait en bouillie sous la pression de la pince.

La tumeur ne pouvant être ainsi enlevée en totalité, Badal fit l'énucléation du globe de l'œil.

L'examen macroscopique de la pièce permit immédiatement de saisir les détails suivants.

Sur une coupe d'ensemble, faite d'avant en arrière, suivant un méridien passant par le sommet de la cornée et la portion centrale de la tumeur, on reconnaît que celle-ci présente un volume relativement considérable, 8 millim. environ de haut en bas et 12 millim. d'avant en arrière, c'est-à-dire à peu près la moitié de l'axe antéro-postérieur de l'œil. La forme est celle d'une noisette qui serait couchée sur la région ciliaire, l'extrémité antérieure arrivant au sommet de l'iris, l'extrémité postérieure plongeant dans le corps vitré.

Les rapports de la tumeur et du cristallin, très difficiles à saisir sur le vivant, sont très nets sur la préparation macroscopique.

La lentille n'a subi aucun déplacement, mais à sa partie inférieure externe, au point correspondant à la tumeur, il y a une dépression très accusée, une sorte d'échancrure et comme une véritable perte de substance faisant place à la néoplasie.

Le ligament suspenseur a disparu; il reste quelques vestiges des procès ciliaires. La rétine recouvre le lobe postérieur de la tumeur; elle est décollée en grande partie dans le reste de son étendue et se réduit presque à un cordon fibreux.

La tumeur, bien qu'assez régulièrement sphérique, est divisée dans sa masse par deux scissures profondes et semble comme trilobée, à la façon d'une feuille de trèfle.

Elle repose sur la sclérotique par sa face externe et fait saillie dans la vitrine immédiatement en arrière du cristallin. Son volume est celui d'une petite noisette. Son contour est très exactement délimité et ses rapports faciles à déterminer avec les membranes de l'œil. Elle correspond exactement au muscle ciliaire par son point d'implantation, tandis que son extrémité antérieure touche à l'origine de l'iris; sa partie postérieure est recouverte par la choroïde soulevée, repoussée et bordant le néoplasme d'une élégante frange noire que nous retrouvons sur les coupes histologiques.

La surface de contact avec la sclérotique présente une étendue de 10 à 12 millim. et comme la partie antérieure de cette surface correspond aux fibres radiées du muscle ciliaire, il en résulte que le néoplasme occupe les 12 millim. de la sclérotique qui sont placés immédiatement au niveau et en arrière de ce muscle.

L'iris, la chambre antérieure, la cornée ont conservé leurs dimensions, leur forme et leur structure normales. La sclérotique elle-même n'est nulle part altérée, son épaisseur est partout uniforme et dans les points où le néoplasme repose sur elle, elle est restée indifférente à ce contact.

Examen microscopique. — Nous n'avons pas fait de dissociations, espérant utiliser plus efficacement par des coupes transversales ce qui reste de la tumeur déjà fort amoindrie par des examens antérieurs.

Ces coupes ont été faites perpendiculairement à la sclérotique, dans le sens de l'un des grands diamètres de l'œil.

Elles comprennent la cornée, l'iris, la sclérotique jusqu'au pôle postérieur de l'œil; outre tout ce qui a été décrit plus haut, elles révèlent la structure suivante:

Sur les coupes traitées par le carmin, on est d'abord frappé par la coloration rouge de la sclérotique, du tissu conjonctif irien et de la cornée, alors que le néoplasme présente une couleur beaucoup plus pâle. Cette différence de coloration tient aux éléments musculaires qui absorbent le carmin beaucoup moins que les éléments connectifs. Presque toutes les fibres musculaires lisses sont coupées en travers; quelques-unes seulement le sont obliquement. Entre les faisceaux que forment ces fibres on distingue des petits amas de cellules embryonnaires d'un rouge très intense. Sur l'une des préparations faites avant notre propre examen par M. Ferré, chef des travaux histologiques à la Faculté, on peut voir une grosse masse de cellules embryonnaires jeunes, en voie de développement rapide, identiques par conséquent aux cellules du sarcome; mais cette production de cellules jeunes est contingente et accessoire dans le néoplasme; nous ne l'avons retrouvée dans aucune des nombreuses coupes que nous avons faites.

Sauf de très petits îlots de cellules conjonctives, les préparations ne contiennent que deux choses: 1° des fibres musculaires; 2° des vaisseaux sanguins.

Les fibres musculaires lisses forment des faisceaux séparés par des intervalles assez larges; chaque faisceau est subdivisé en petits quadrilatères irréguliers (champ de Cohnheim). Parfois un vaisseau coupé en long glisse obliquement dans l'intervalle de deux faisceaux primitifs; on voit de gros orifices vasculaires, transversalement sectionnés, qui refoulent à leur périphérie les faisceaux primitifs insuffisamment espacés pour les recevoir dans leur intervalle.

Les vaisseaux d'un très petit calibre sont surtout intéressants; ce sont des capillaires formés d'une seule tunique anhiste protégée par une zone très mince de cellules conjonctives. Cette zone est elle-même entourée par une couche radiée de fibres musculaires lisses coupées en travers et très régulièrement disposées.

Afin de mieux étudier les rapports réciproques des vaisseaux et des fibres musculaires, quelques coupes ont été colorées à la purpurine, véritable réactif d'élection pour un pareil tissu. Par cette substance, toutes les fibres musculaires ont été colorées avec une grande intensité, il a été facile de bien voir le double contour de presque tous les vaisseaux du néoplasme.

Il importe de bien noter que toutes les coupes ont été faites dans la direction méridionale, de telle sorte que les fibres méridiennes du muscle ciliaire ont dû être intéressées dans leur longueur et les fibres radiées transversalement.

En effet, les premières fibres sont très visibles; le muscle ciliaire apparaît aussi nettement que possible dans toute sa partie méridionale; il est possible de le suivre en avant, jusqu'au canal de Fontana.

Les fibres radiées normales, placées surtout à la partie antérieure et interne du muscle ciliaire, ne prennent aucune part au processus pathologique; toutes les fibres de nouvelle formation qui composent la tumeur sont situées en dedans de la région postérieure des fibres méridiennes et dans la partie antérieure de la choroïde. Elles représentent comme un muscle radié anormal, monstrueusement développé, séparé du muscle de Muller par toute l'épaisseur du muscle ciliaire.

Tels sont les faits que nous avons constatés; il ne nous paraît pas qu'il soit possible d'avoir le moindre doute sur la conclusion anatomo-

mique qui s'impose, mais, pour plus de certitude, nous avons eu soin de montrer nos préparations aux professeurs d'anatomie normale et pathologique de la Faculté, Viault et Coyne. Avec leur incontestable autorité, ils ont confirmé notre diagnostic histologique et reconnu l'existence de ce myome.

En examinant cette préparation, on pouvait songer un instant à l'épithélioma, puisque, ainsi que Treacher Collins et nous-même l'avons démontré au niveau du corps ciliaire, l'épithélium normal peut produire une tumeur épithéliale maligne.

Cette interprétation tombe devant ce fait qu'un très grand nombre des éléments visibles sur les coupes n'ont pas de noyaux, et que les autres ont un noyau relativement très petit. L'absence de noyaux ne peut s'expliquer que par la section d'une fibre musculaire.

D'autre part, en 1892, examinant de nouveau nos coupes faites en 1886, nous avons eu la pensée de les dissocier, afin d'étudier isolément et de voir si ces éléments pris à part avaient figure d'épithélium. Ce nouvel examen a été pleinement confirmatif du premier. Divers histologistes, parmi lesquels le Dr Sabrazès, chef des travaux du laboratoire des cliniques, ont bien voulu examiner ces préparations, et pour eux, comme pour les professeurs Viault et Coyne, il s'agit bien d'un myome.

Il importe encore de remarquer que ce n'est pas dans une partie plus ou moins considérable de la tumeur que ces fibres musculaires existent, mais dans toutes ses parties. Cette tumeur est un myome presque pur.

Dans le cas de Guaita¹ il s'agit d'un homme de 20 ans, qui neuf mois avant d'être examiné remarqua des troubles visuels dans l'œil droit. Sous la sclérotique, à la partie inférieure et interne à une distance de 4 millim. du bord cornéen, on observe un soulèvement peu élevé, arrondi, d'un diamètre de 3 millim. La rétine est décollée. On fit le diagnostic de néoplasme choroïdien. L'œil fut énucléé.

L'examen histologique, dont nous ne reproduisons que les parties essentielles, démontra l'existence d'une tumeur dont l'extrémité antérieure correspondait à l'équateur du cristallin, la postérieure à l'ora serrata; son diamètre transversal est de 5 millim., son épaisseur de 2 millim. 1/2.

¹ GUAITA. Mioma della Coroide. *Annali di ottalmologia*, p. 25, 1895.

Avec un fort grossissement, dit Guaita, on voit que la néoplasie est constituée de fibro-cellules musculaires avec leurs noyaux caractéristiques allongés. Ces fibres courent



FIG. 81. — Section complète de la néoplasie selon un méridien la partageant par le milieu. (GUAITA.)

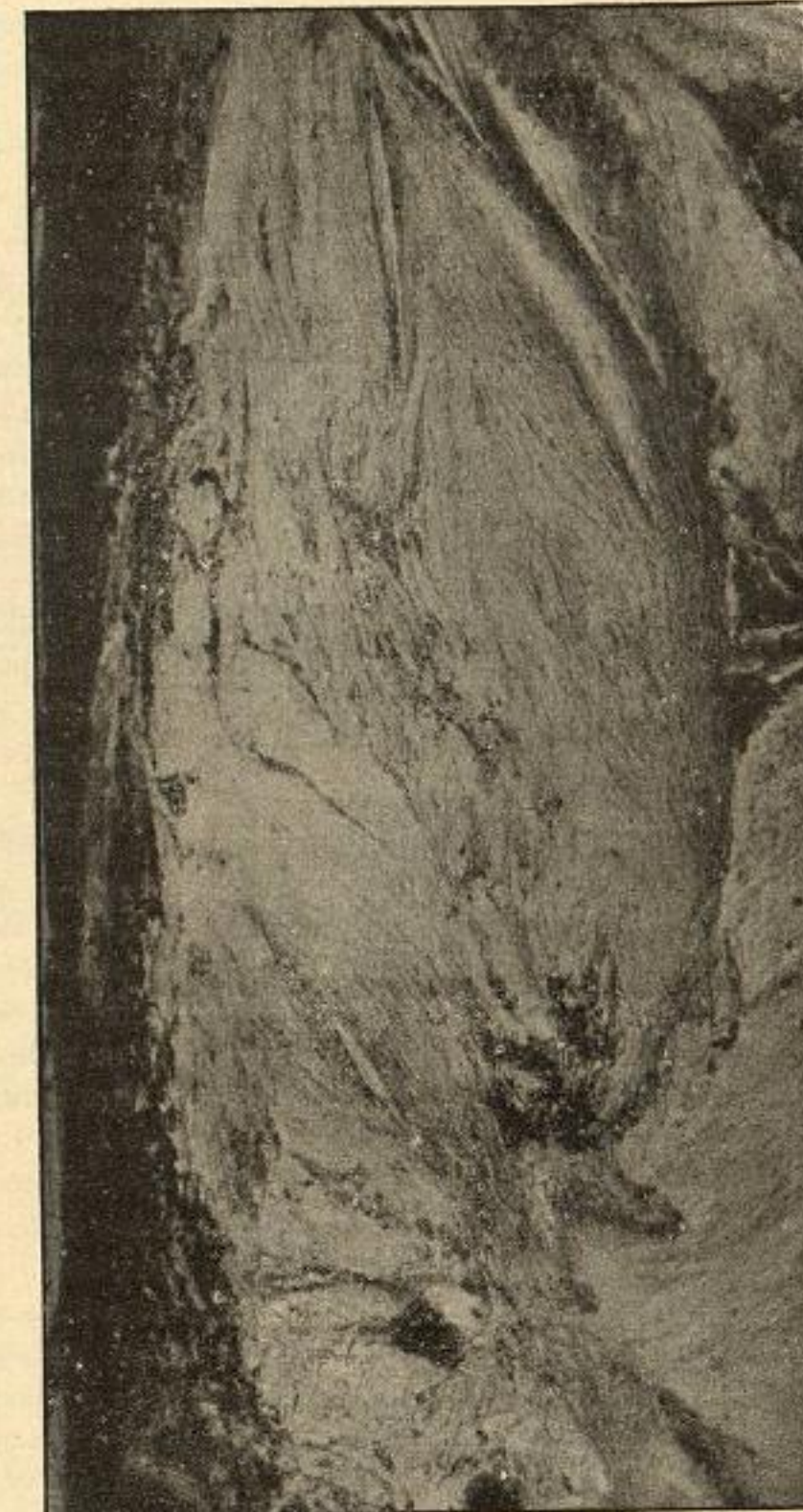


FIG. 82. — Partie centrale de la néoplasie prise en pleine choroïde. (GUAITA.)

presque toutes longitudinalement et s'unissent en faisceaux entassés qui çà et là laissent entre eux des vides étroits, allongés, tapissés d'endothélium, c'est-à-dire des espaces

lymphatiques. Seulement, dans la partie antérieure, dans le voisinage de l'ora serrata, au-devant des pédoncules plus antérieurs, desquels surgit la néoplasie, entre celle-ci et la choroïde se trouvent quelques fibres circulaires contenant un petit noyau rond. Cette disposition est visible sur les coupes à un faible grossissement où, bien qu'on ne la puisse nettement définir par la petitesse de l'agrandissement, elle se montre cependant évidente dans sa complexion.

A la surface interne de la néoplasie, les fibro-cellules contiennent des noyaux plus volumineux et elliptiques. Nous n'avons pu réussir à mettre en évidence dans ces noyaux les formations caractéristiques de la karyokinèse ; mais dans l'abondance de la substance chromatique, dans la physionomie de cette transformation cellulaire, dans



FIG. 83. — Fibres-cellules musculaires constituant la néoplasie.

la variété de forme et de volume des cellules, on trouve la preuve que ce sont des éléments de récente formation.

La néoplasie contient du pigment plus ou moins abondant. Il est plus abondant dans les parties externes correspondantes à la choroïde, surtout entre les cellules semblables à celles de la choroïde ; il existe en plus petite quantité et sous forme de petits grains entre les fibro-cellules et aussi sur les noyaux des cellules qui constituent le néoplasme.

Le pigment rétinien n'entre pas dans la composition de la néoplasie. Dans les parties centrales où la base de celle-ci surgit directement de la choroïde, l'épithélium rétinien, soulevé par la néoformation, et ses cellules plus ou moins altérées recouvrent çà et là en amas irrégulier la surface interne de la tumeur.

La tumeur s'est développée dans les fibres-cellules musculaires longitudinales de la choroïde et est allée en s'épandant par le moyen de bourgeons surgissant de celle-ci et en augmentant d'épaisseur du côté de la surface libre.

Dans les parties centrales, qui à présent sont identifiées avec la choroïde, doivent avoir commencé à se soulever les premiers bourgeons. Ensuite les pédoncules de ceux-ci, dans leur successif agrandissement, diffusèrent en se mélangeant.

Dans la suite, la tumeur s'étendit en largeur avec de nouveaux germes qui surgirent de l'intérieur de la choroïde, et elle augmenta en épaisseur par la prolifération des fibro-cellules des couches superficielles. Cependant nous n'avons pu mettre en évidence dans les figures la karyokinèse de ces couches ; les fibro-cellules de celles-ci sont certainement de récente formation ; en outre, entre les nombreux et gros noyaux il s'en trouve qui paraissent en mouvement et il semble qu'ils sont propres à la démonstration des figures karyokinétiques caractéristiques, mais il est notoire que la démonstration de la mitose dans les fibro-cellules musculaires est difficile.

L'observation de Guaita, très complète, mérite d'ailleurs d'être lue en

entier par ceux que la question intéresse ; elle constitue à elle seule la réfutation de l'opinion de Mitvalsky.

Nous pourrions encore apporter ici une observation de Panas et Rochon-Duvigneaud (fig. 86) qui est très probablement un cas de myome du corps ciliaire et de la choroïde, mais nous devons avant tout respecter les scrupules des auteurs qui n'ont pas cru pouvoir à ce sujet poser un diagnostic anatomique ferme.

Nous concluons de cette étude que l'opinion de Mitvalsky est inacceptable et que les réserves faites par Panas et Rochon-Duvigneaud sont d'une prudence excessive. Sans doute le diagnostic des fibres lisses n'est pas facile, mais il n'est pas impossible, et lorsque dans une étude microscopique soignée, il paraît certain à un histologiste compétent que ces fibres existent, il n'est vraiment pas permis de venir nier cette existence en s'appuyant sur des considérations théoriques qui doivent céder le pas aux constatations matérielles.

Pourquoi d'ailleurs ne pas admettre l'existence du myome du tractus uvéal quand on admet le myome de l'utérus et des autres organes à fibres lisses ? Ce n'est pas l'existence du myome du corps ciliaire qui doit étonner, il est au contraire surprenant qu'on ne l'ait pas rencontré plus souvent, et, pour appuyer notre dire, nous n'avons qu'à invoquer l'anatomie pathologique générale, les faits publiés sur ce sujet spécial et notamment la magistrale étude de Guaita.