

Là le pigment avait une origine hématiche ; ailleurs cette origine est impossible à préciser, le pigment peut venir des cellules pigmentées de la choroïde, de l'épithèle, de la rétine, et même il peut être d'origine hématiche et ne plus donner la réaction du fer, à cause de l'ancienneté de sa formation.

En résumé, ce néoplasme, intéressant par la lenteur de son développement, est remarquable par la façon dont il a distendu le globe de l'œil, avant de se propager à l'orbite. Cette propagation orbitaire, imminente, n'existait pas encore, et jusqu'au moment de l'intervention, la sclérotique était sans doute imperforée. Elle était simplement ramollie par les éléments sarcomateux qui l'infiltraient de toutes parts.

Réflexions générales au sujet de nos faits personnels.

Après avoir placé sous les yeux du lecteur, assez longuement mais aussi succinctement que possible, les 8 observations personnelles qui précèdent, il convient que, dans une vue d'ensemble, nous résumions tout ce qu'elles ont de remarquable :

1° Au point de vue de leur structure, particulièrement de la pigmentation ;

2° Au point de vue de leurs réactions sur le globe oculaire en passant en revue successivement :

a) Les membranes profondes et la pathogénie du décollement rétinien ;

b) L'angle irien ;

c) La sclérotique, le mode de perforation et de propagation à l'orbite.

1° Au point de vue de la nature du tissu nous avons rencontré le sarcome mélanique à cellules fusiformes, à cellules rondes, le sarcome alvéolaire, l'angio-sarcome ; mais il ne faut pas trop prendre au pied de la lettre cette classification, parce que beaucoup de sarcomes renferment à la fois des cellules rondes et des cellules fusiformes. L'origine a été constatée trois fois dans la couche des veines (obs. II, IV, V). En ce qui concerne la structure, la tumeur la plus intéressante est celle de l'obs. VI, remarquable par les rapports des deux parties pigmentée et non pigmentée.

Cette dernière observation nous a également beaucoup intéressé au point de vue spécial de l'origine du pigment. De la discussion à laquelle nous nous sommes livré, il résulte que le pigment vient, pour cette tumeur, de

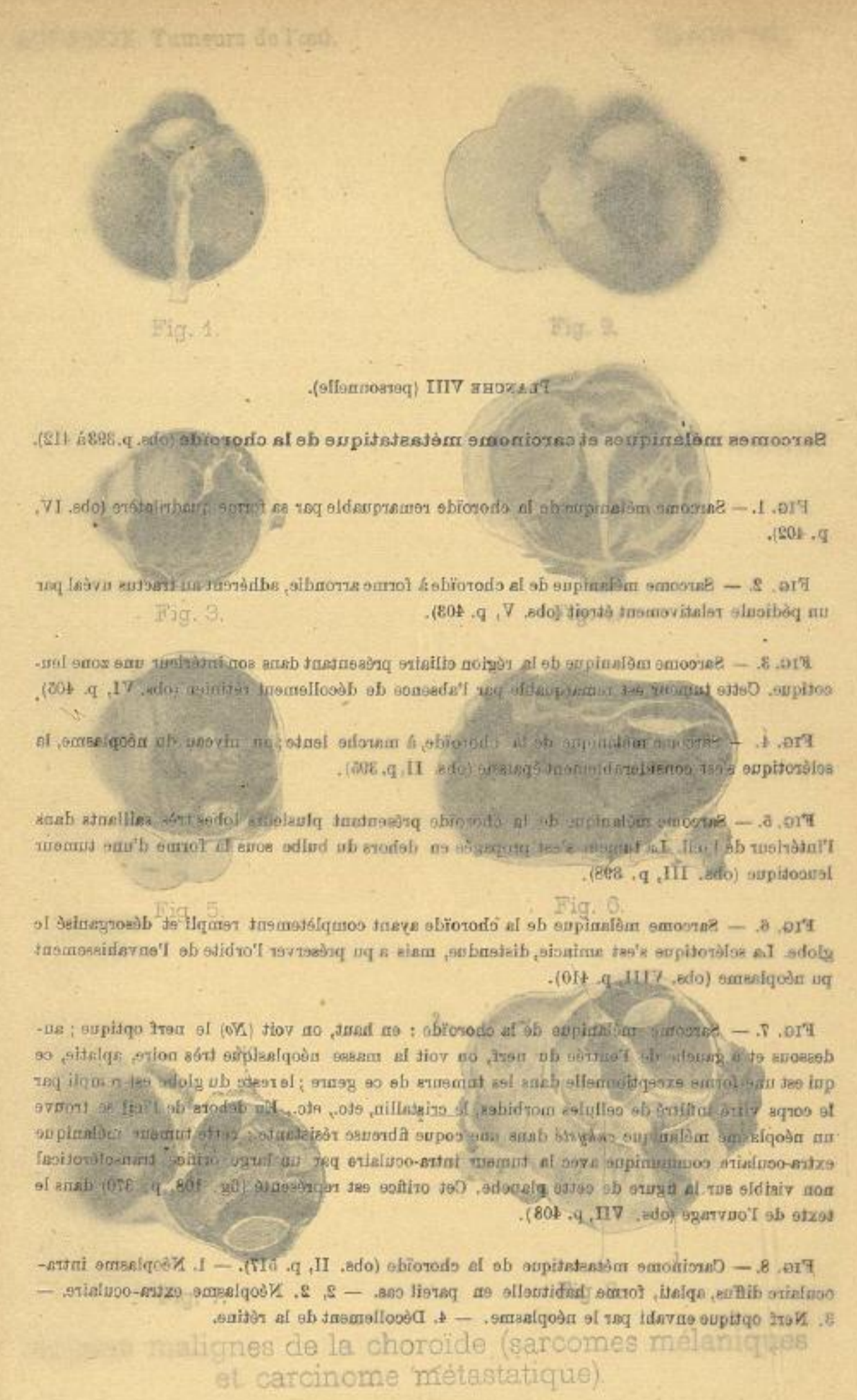


Fig. 1-8. — Sarcomes mélaniques de la choroïde remarquables par les formes variées de leur développement. — 1. Sarcome mélanique de la choroïde (obs. I, p. 402). — 2. Sarcome mélanique de la choroïde à forme arrondie, adhérent au tractus uvéal par un pédicule relativement étroit (obs. V, p. 403). — 3. Sarcome mélanique de la région elliptique présentant dans son intérieur une zone lenticulaire. Cette tumeur est caractérisée par l'absence de décollement rétinien (obs. VI, p. 405). — 4. Sarcome mélanique de la choroïde à marche lente, au niveau du néoplasme, la sclérotique est constamment épaissie (obs. II, p. 395). — 5. Sarcome mélanique de la choroïde présentant plusieurs lobes très saillants dans l'intérieur du globe. La tumeur s'est propagée en dehors du globe sous la forme d'une tumeur lenticulaire (obs. III, p. 398). — 6. Sarcome mélanique de la choroïde ayant complètement rempli et déformé le globe. La sclérotique s'est amincie, dilatée, mais a pu préserver l'orbite de l'envahissement du néoplasme (obs. VIII, p. 410). — 7. Sarcome mélanique de la choroïde : en haut, on voit (No) le nerf optique ; au-dessous et à gauche, le fondus du nerf, on voit la masse néoplasique très noire, aplatie, qui est une forme exceptionnelle dans les tumeurs de ce genre ; le reste du globe est rempli par le corps vitré infiltré de cellules morbides, le cristallin etc. etc. Les dépôts de fer se trouvent au néoplasme mélanique, dans une coupe fibreuse résistante, cette tumeur rétinienne extra-oculaire communique avec la tumeur intra-oculaire par un large orifice trans-sclérotical non visible sur la partie de cette sclérotique. Cet orifice est représenté par (No) dans le texte de l'ouvrage (obs. VII, p. 408). — 8. Carcinome métastatique de la choroïde (obs. II, p. 417). — 1. Néoplasme intra-oculaire diffus, aplati, forme habituelle en pareil cas. — 2. Néoplasme extra-oculaire. — 3. Nerf optique envahi par le néoplasme. — 4. Décollement de la rétine.

G. Steinhil, Éditeur.

Là le pigment avait une origine hémorragique ; ailleurs cette origine est impossible à préciser, le pigment peut venir des cellules pigmentées de la choroïde, de l'épithèle, de la rétine, et même il peut être d'origine hémorragique et ne plus donner la réaction du fer, à cause de l'ancienneté de sa formation.

En résumé, ce néoplasme, intéressant par la lenteur de son développement, est remarquable par la façon dont il a distendu le globe de l'œil, avant de se propager à l'orbite. Cette propagation orbitaire, imminente, n'existait pas encore, et jusqu'au moment de l'intervention, la sclérotique n'était pas perforée. Elle était simplement ramollie par les éléments sarcomateux qui l'infiltraient de toutes parts.

PLANCHE VIII (personnelle).

Sarcomes mélaniques et carcinome métastatique de la choroïde (obs. p. 398 à 412).

FIG. 1. — Sarcome mélanique de la choroïde remarquable par sa forme quadrilatère (obs. IV, p. 402).

FIG. 2. — Sarcome mélanique de la choroïde à forme arrondie, adhérent au tractus uvéal par un pédicule relativement étroit (obs. V, p. 403). — 8 observations personnelles qui

présentent un caractère particulier : le sarcome mélanique de la région ciliaire présente dans son intérieur une zone leucotique. Cette tumeur est remarquable par l'absence de décollement rétinien (obs. VI, p. 405).

FIG. 4. — Sarcome mélanique de la choroïde, à marche lente ; au niveau du néoplasme, la sclérotique s'est considérablement épaissie (obs. II, p. 395).

FIG. 5. — Sarcome mélanique de la choroïde présentant plusieurs lobes très saillants dans l'intérieur de l'œil. La tumeur s'est propagée en dehors du bulbe sous la forme d'une tumeur leucotique (obs. III, p. 398).

FIG. 6. — Sarcome mélanique de la choroïde ayant complètement rempli et désorganisé le globe. La sclérotique s'est amincie, distendue, mais a pu préserver l'orbite de l'envahissement par le néoplasme (obs. VIII, p. 410).

FIG. 7. — Sarcome mélanique de la choroïde : en haut, on voit (NO) le nerf optique ; au-dessous et à gauche de l'entrée du nerf, on voit la masse néoplasique très noire, aplatie, ce qui est une forme exceptionnelle dans les tumeurs de ce genre ; le reste du globe est rempli par le corps vitré infiltré de cellules morbides, le cristallin, etc., etc. En dehors de l'œil se trouve un néoplasme mélanique enkysté dans une coque fibreuse résistante ; cette tumeur mélanique extra-oculaire communique avec la tumeur intra-oculaire par un large orifice transclérotical non visible sur la figure de cette planche. Cet orifice est représenté (fig. 108, p. 370) dans le texte de l'ouvrage (obs. VII, p. 408).

FIG. 8. — Carcinome métastatique de la choroïde (obs. II, p. 517). — 1. Néoplasme intra-oculaire diffus, aplati, forme habituelle en pareil cas. — 2. Néoplasme extra-oculaire. — 3. Nerf optique envahi par le néoplasme. — 4. Décollement de la rétine.

Cette dernière observation nous a également beaucoup intéressé au point de vue spécial de l'origine du pigment. De la discussion à laquelle nous nous sommes livré, il résulte que le pigment vient, pour cette tumeur, de



Fig. 1.

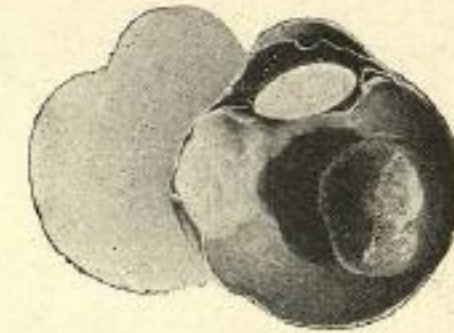


Fig. 2.



Fig. 3.

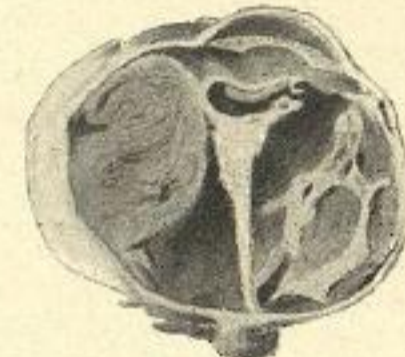


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

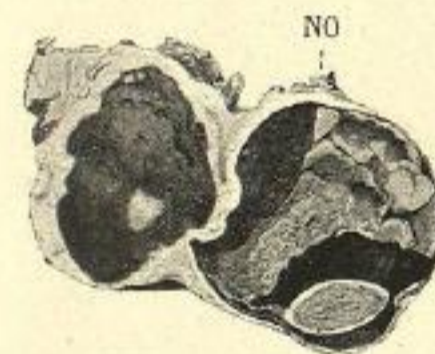


Fig. 7.

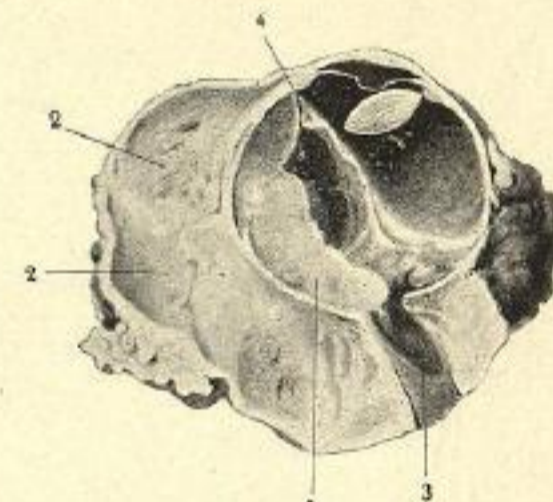


Fig. 8.

Tumeurs malignes de la choroïde (sarcomes mélaniques et carcinome métastatique).

G. Steinheil, Éditeur.

l'épithèle rétinien et que, par conséquent, dans une grande mesure elle est un épithélioma.

En ce qui concerne l'origine du pigment, après avoir essayé les réactifs classiques de Perls et de Quincke nous avons dû admettre que pour presque toutes les tumeurs, sauf pour celle de l'obs. VI, le pigment venait des cellules normales pigmentées de la choroïde; mais il est très difficile de faire la part exacte des transformations hématisées dans la formation du pigment, pour cette raison majeure que lorsque le pigment hématisé est ancien il ne donne plus la réaction du fer. Nous croyons volontiers que le sang joue un grand rôle dans la pigmentation des tumeurs mélaniques en général, des sarcomes de la choroïde en particulier; mais ce rôle ne pourra être déterminé que lorsque l'histochemie aura fait la part exacte de ce processus de pigmentation en dotant nos laboratoires d'un procédé permettant de reconnaître l'origine hématisée ou non hématisée de la mélanose. Ce procédé est encore à trouver et il faut jusqu'à nouvel ordre nous contenter des caractères particuliers que nous avons signalés plus haut. Sur quelques-unes de nos tumeurs nous avons, sur certains points, obtenu la réaction du fer; mais l'immense majorité des grains pigmentaires sont restés insensibles à l'action du ferrocyanure de potassium, et pour la raison indiquée plus haut nous ne pouvons dire si la réaction du fer n'a pas été obtenue parce que le pigment était d'origine choroïdienne ou simplement parce qu'il était ancien.

En général, cependant, nous croyons que Fuchs est dans le vrai quand il défend l'origine *autochtone* du pigment. Dans presque tous les cas les cellules pigmentées les plus nombreuses sont dans la région pré-scléroticale, correspondant à la lamina fusca; là on voit sur place les cellules pigmentées normales en voie de prolifération (obs. II, VII).

A propos de cette pigmentation, nous croyons devoir faire remarquer, après beaucoup d'autres auteurs, les rapports étroits qui unissent les cellules mélaniques et les vaisseaux (fig. 94, 95, 96, 97). Les figures qui montrent ces rapports peuvent s'expliquer: 1° par l'origine hématisée de ces cellules, formées ainsi autour des vaisseaux aux dépens du sang lui-même; 2° par l'appétit que les chromoblastes ont pour l'oxygène que les cellules normales pigmentées mobiles vont chercher dans leurs vais-

seaux. La première explication est probablement la meilleure, mais il n'y a que le réactif que nous attendons encore de l'histo-chimie qui pourra nous dire quelle est la véritable interprétation de ces dispositions anatomiques décrites par beaucoup d'auteurs et notamment par Schieck¹ dans un travail récent très intéressant.

2° En ce qui concerne *la réaction des tumeurs sur le globe oculaire*, nous devons mettre en relief les particularités suivantes :

a) *État des membranes profondes. Du décollement de la rétine.* — Les membranes profondes, choroïde et rétine, ont toujours été l'objet d'un examen anatomique suffisant pour juger du degré de retentissement du néoplasme sur ces membranes.

La choroïde n'a été trouvée malade que dans le point plus ou moins étendu où le néoplasme s'est formé. Nous n'avons jamais constaté de noyaux secondaires dans le tractus uvéal; le sarcome de la choroïde ne se propage que par continuité et la plupart du temps, ainsi que nos figures en témoignent, la tumeur fait une forte saillie dans l'intérieur de l'œil. Nous avons observé une fois cependant le sarcome en nappe.

Le plus souvent on trouve dans l'œil une saillie unique; l'observation III seule fait exception; il y avait dans l'œil plusieurs saillies séparées par de profonds étranglements, mais, comme dans tous les autres cas, une tumeur intra-oculaire unique (fig. 5, pl. VIII).

Dans tous les cas la rétine était décollée, sauf dans l'observation de sarcome pigmenté de la région ciliaire. Faut-il voir dans la participation de l'épithèle pigmenté la cause de cette absence de décollement? Il est difficile d'être affirmatif sur ce point; toutefois il est remarquable de constater qu'il n'y avait pas de glaucome dans cette observation; le glaucome est, en effet, toujours précédé par le décollement. Nous n'avons d'ailleurs rien à dire de la pathogénie du décollement qui diffère de ce que nous avons déjà dit à ce sujet.

b) *L'angle irien* a été examiné presque toujours avec grand soin; dans la première observation on trouvait une légère soudure de Knies; dans l'observation III une soudure typique extrêmement complète dont nous

¹ SCHIECK. *Arch. f. Ophthaln.*, 1898, t. XLV.

donnons une figure très évidente (fig. 102, page 346); outre la soudure de Knies, ainsi que la figure le représente, il existe une abondante poussière dans les voies de filtration; dans l'observation II l'angle irien a complètement disparu; l'iris, aplati contre la cornée, est complètement atrophié. Dans le cas VIII l'œil était tellement désorganisé que l'angle irien n'existait plus. Deux fois examiné avec soin, il a été trouvé indemne (obs. V et VI).

La soudure de Knies n'est pas du tout nécessaire pour que le glaucome se développe; dans l'observation V, où le D^r Guibert, qui nous a fourni la relation clinique, signale un glaucome atrocement douloureux, l'angle irien était absolument libre; il n'y avait même pas de poussière dans les voies de filtration. C'est un fait constant, d'ailleurs, que dans le glaucome la soudure de Knies est secondaire et que l'affection, constituée avant la soudure, survient pour d'autres causes. Pour expliquer ce qui s'est passé dans nos faits personnels, nous n'avons rien à dire ici que nous n'ayons dit plus haut (voir page 343).

c) *État de la sclérotique. Mode de perforation et de propagation à l'orbite.* — Quatre de nos observations sont très intéressantes à ce sujet; dans l'une d'elles, la deuxième, la sclérotique a pu lutter contre la présence du néoplasme peu malin que l'œil contenait; elle s'est épaissie (voir figure 4, pl. VIII) et a littéralement empêché le sarcome de sortir de l'œil, si bien que le sujet a pu garder longtemps son néoplasme sans qu'il en soit résulté d'inconvénients sérieux.

Dans trois autres faits il en a été tout autrement. La sclérotique s'est perforée: une fois dans la région équatoriale, une autre fois un peu en arrière de cette région. Les figures 5, 7, pl. VIII, montrent le siège de ces perforations; il est probable que c'est en suivant les vaisseaux trans-sclérotiques que le mal s'est propagé à l'orbite.

Dans deux cas la sclérotique s'est perforée et la tumeur intra-oculaire s'est continuée ainsi avec la tumeur extra-oculaire à travers une étroite ouverture. Dans la huitième observation la coque oculaire, avant de se rompre, s'est d'abord énormément distendue au point que le globe désorganisé et rempli par la tumeur atteignait plus du triple du volume normal de l'œil (fig. 6, pl. VIII).

En somme, la sclérotique se comporte d'une façon très inégale et il est

très difficile de poser des lois générales ; ici elle résiste en s'épaississant, là elle cède uniformément sur toutes ses parois, agrandissant les diamètres de l'œil, ainsi qu'il arrive dans la myopie ; ailleurs elle se laisse perforer en un ou plusieurs endroits comme à l'emporte-pièce, et la perforation ne paraît elle-même avoir, d'après nos cas, aucun siège d'élection.

§ 2. — Leuco-sarcome.

Les leuco-sarcomes du tractus uvéal sont à la fois assez rares pour que chaque cas particulier intéressé au plus haut degré l'anatomopathologiste, et assez fréquents pour que le clinicien doive s'attacher à bien les connaître.

Leur apparition, au milieu d'un tissu pigmenté qui ne prend pas part à leur évolution, constitue une particularité dont l'explication n'a pas été donnée ; leur diagnostic différentiel avec les autres néoplasmes de l'œil présente encore bien des points obscurs et la thérapeutique ne peut que gagner à une étude approfondie de l'étiologie et de la symptomatologie de ces productions morbides.

Sans doute le leuco-sarcome et le mélanosarcome ont une infinité de points communs qui les rendent presque inséparables et tout peut être aisément dit à leur sujet dans un même chapitre, mais nous avons pensé qu'il y aurait profit pour le lecteur à trouver réunies dans un travail d'ensemble toutes les observations publiées et toutes les opinions émises au sujet du sarcome blanc. Nous aurons soin d'ailleurs d'éviter les répétitions et de renvoyer au chapitre précédent pour tout ce qui ne sera pas spécial à cette dernière variété de néoplasme.

Avant d'entrer dans le cœur même du sujet, voyons quels sont les principaux travaux qui lui ont été consacrés.

A. — HISTORIQUE

Les anciens observateurs, dont l'opinion ne pouvait reposer sur une étude histologique, confondaient sous le nom générique de fungus médullaire le sarcome blanc de la choroïde, le gliome de la rétine et le carci-

nome métastatique des membranes de l'œil. Knapp¹ s'appliqua à différencier ces lésions ; il leur assigna à chacune une origine particulière et chercha notamment à démontrer que le leuco-sarcome de la choroïde était dépourvu de pigment parce qu'il partait de la couche chorio-capillaire peu riche en substance pigmentaire.

Virchow, qui étudia le leuco-sarcome, fut beaucoup moins affirmatif à l'égard de son origine : « Il y a, dit-il, des sarcomes incolores qui ont paru primitivement dans la choroïde. J'ai examiné moi-même un cas analogue qui ne pouvait être douteux puisqu'on y voyait essentiellement des cellules fusiformes. Hulke décrit un cas analogue comme cancer médullaire. Il est possible que dans ces cas la partie interne moins pigmentée de la choroïde soit le point de départ de la tumeur. En attendant, il y a aussi des sarcomes incolores, notamment des sarcomes à cellules multinucléaires, qui se trouvent en des endroits où n'existe normalement que du tissu pigmenté. J'ai vu un sarcome de ce genre sur l'iris. Je ne doute pas que ce phénomène n'ait une cause locale, quoique je ne sois pas dans le cas de l'indiquer ici². »

Brière³, qui cite cette opinion de Virchow adopte l'explication de Knapp et pense qu'on peut reconnaître, d'après la façon dont un sarcome est pigmenté, le point de la choroïde qui lui a donné naissance. Ce dernier auteur rapporte plusieurs observations de leuco-sarcome dues à Knapp, de Graefe, Hirschberg, Hasket-Derby ; il décrit à part le fibrosarcome qui cependant, lorsqu'il ne contient pas de pigment, est un leuco-sarcome et rien de plus, celui-ci pouvant renfermer des cellules conjonctives à diverses périodes de leur évolution.

Poncet, dans son atlas, donne deux exemples de sarcome blanc dont l'un à petites cellules, de consistance assez ferme, aux allures bénignes, avait fini par amener au bout de plusieurs années l'atrophie du globe. Cet auteur fait remarquer que les sarcomes absolument blancs, sans une tache mélanique, sont extrêmement rares ; son cas de sarcome à petites cellules présentait lui-même quelques taches mélaniques, débris évidents,

¹ KNAPP. *Die intra-ocularen Geschwülste*, p. 168 et suiv.

² VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 278.

³ BRIÈRE. *Du sarcome de la choroïde*, Th. Paris, décembre 1873.