

- FUCHS (Vienne). — Démonstration d'un sarcome de la choroïde au début. *Soc. d'opt. de Heidelberg*, sept. et *Ann. d'ocul.*, t. CXXIV, p. 401.
- GRIFFITH. — Sarcome périthélial de la choroïde. *Trans. opt. Society*, vol. XIX, p. 108.
- KAMOCKI. — Un cas de sarcome uvéal disséminé. *Zeitschrift für Augenheilkunde*, janv. p. 32.
- JUNG. — Sarcome de la choroïde. *Münch. med. Woch.*, n° 16, p. 557.
- ROLLET. — Coexistence de deux cancers primitifs. Épithélioma pavimenteux de la paupière droite et sarcome mélanique de l'œil gauche. *Société de chirurgie de Lyon*, février.

LIVRE IV

TUMEURS DE LA RÉTINE

On sait que la rétine est embryologiquement constituée par les deux feuillets de la vésicule optique secondaire, *le feuillet distal et le feuillet proximal*. En décrivant les tumeurs de cette membrane il faut s'occuper de tous les néoplasmes qui peuvent se développer dans l'un comme dans l'autre feuillet.

Le feuillet distal constitue dans la rétine adulte la partie de beaucoup la plus vivante, la plus importante pour le fonctionnement de la vision; c'est en ce point que naissent le plus grand nombre de néoplasmes, mais aux dépens du feuillet proximal il s'en forme aussi qui devront être mentionnés afin que le cadre naturel des tumeurs intra-oculaires soit sinon bien rempli, au moins bien divisé.

Parmi les tumeurs que forment les deux feuillets rétinien nous distinguerons :

1° Celles qui prennent leur origine *dans la rétine proprement dite*, de l'ora serrata à la papille ;

2° Celles qui naissent *aux dépens du pars ciliaris retinae*, c'est-à-dire des cellules cylindriques qui représentent le feuillet distal au niveau des procès ciliaires, ou bien encore des cellules épithéliales qui forment la glande de l'humeur aqueuse. Il naît là des tumeurs aux allures de carcinome qui sont au propre des néoplasmes de la rétine.

3° Nous signalerons enfin les tumeurs épithéliales qui se forment *aux dépens du feuillet proximal ou de l'épithèle pigmenté*. La ligne de démarcation de ces tumeurs épithéliales avec les sarcomes de la choroïde est encore mal définie. En attendant que des études nouvelles viennent

faire la lumière sur ce sujet, une place encore étroite, qui sans doute s'agrandira, doit être faite ici aux épithéliomas nés dans l'épithèle pigmenté.

Voilà donc tout d'abord trois articles distincts dans le chapitre des tumeurs rétinienne :

- 1° Les néoplasmes de la rétine proprement dite ;
- 2° Les néoplasmes du *pars ciliaris retinae* ;
- 3° Les néoplasmes de l'épithèle pigmenté.

Mais ce n'est pas tout ; il convient de pousser plus loin ce travail d'analyse en ce qui concerne les tumeurs de la rétine proprement dite, celles qui naissent du feuillet distal, de l'ora serrata à la papille. Ces néoplasmes sont ceux auxquels on a donné et on donne encore le nom générique, confus et insuffisant, de gliome.

L'embryologie nous apprend que dans cette partie de la rétine se trouvent non seulement les éléments ectodermiques du feuillet distal, mais encore les éléments mésodermiques apportés par l'artère et la veine centrale de la rétine. Or les éléments mésodermiques comme les ectodermiques sont éminemment propres à former des néoplasmes, et en présence d'un gliome rétinien il convient de se poser la question de savoir si son origine est mésodermique ou ectodermique.

L'analyse histologique, qui est actuellement pour ce point sur la voie de grands progrès, permet d'établir une classification déjà ferme et précise et nous pouvons, sans aller trop vite, indiquer ici que les néoplasmes décrits sous le nom de gliome rétinien peuvent être histologiquement et embryologiquement divisés comme il suit :

- 1° Néoplasmes faits de tissu nerveux ; neurogliome ganglionnaire ;
- 2° Neuro-épithéliomes ;
- 3° Angio-sarcomes tubuleux ;
- 4° Sarcomes à petites cellules rondes.

Nous aurons dans l'étude anatomique qui va suivre à donner les raisons de cette classification et à faire la part de chacune des variétés en tenant compte des progrès récents qui ont été réalisés à ce sujet ; dans ces quelques lignes d'introduction contentons-nous de placer sous les yeux du lecteur les divisions qu'il rencontrera dans ce chapitre des tumeurs rétinienne.

Ce que nous venons de dire ne concerne que les tumeurs malignes, les cancers de la rétine, mais pour être complet il faut aussi ouvrir un chapitre pour les tumeurs bénignes, kystes, dégénérescences kystiques, fibreuses, etc.

Par conséquent la classification des tumeurs rétinienne sera ainsi établie :

I. — TUMEURS BÉNIGNES

- 1° Kystes et dégénérescences kystiques ;
- 2° Kystes à entozoaires de la rétine et du corps vitré.

II. — TUMEURS MALIGNES

- | | | |
|--|---|--|
| A. — Néoplasmes de la rétine proprement dite, gliomes (feuillet distal). | { | 1° Néoplasme fait de tissu nerveux (neurogliome ganglionnaire) ;
2° Neuro-épithéliome ;
3° Angio-sarcome tubuleux ;
4° Sarcome à petites cellules rondes. |
| B. — Néoplasmes du <i>pars ciliaris retinae</i> (feuillet distal). | { | 1° Épithélioma cylindrique ;
2° Carcinome alvéolaire ou diffus. |
| C. — Néoplasmes de l'épithèle pigmenté (feuillet proximal). | { | Épithélioma pigmenté. |

Nous allons passer successivement en revue, en autant de chapitres et de paragraphes séparés, ces diverses variétés de néoplasmes.

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS BÉNIGNES DE LA RÉTINE

Nous avons vu que ces tumeurs comprennent deux groupes : 1° les kystes et les dégénérescences kystiques de la rétine ; 2° les kystes à entozoaires. Nous allons décrire successivement ces deux variétés de néoplasmes.

§ 1. — Kystes et dégénérescences kystiques de la rétine.

Si nous ne voulions décrire ici que les tumeurs kystiques ou les kystes purs de la rétine, ce chapitre serait très court, mais il est impossible de séparer l'étude de la dégénérescence cystoïde de celle des kystes rétinien, et c'est par cette dégénérescence que nous devons commencer.

C'est à Iwanoff¹ que nous sommes redevables de nos meilleures connaissances sur ce point. Cet auteur a démontré que la rétine des sujets âgés présentait quelquefois une sorte d'œdème se compliquant d'une certaine irritation inflammatoire offrant le double caractère de siéger dans la région équatoriale et dans la couche des grains internes de la rétine. Les sujets jeunes peuvent être atteints de la même affection, mais très rarement ; l'âge joue un rôle si prépondérant que Henle a considéré la dégénérescence cystoïde comme un état physiologique se rattachant aux phénomènes de la transformation régressive de la rétine.

Dès le début de la maladie il se forme dans l'épaisseur de la membrane les petites cavités qui sont représentées dans la figure 129.

¹ IWANOFF. *Arch. f. Ophthal.*, XV, 2, p. 88.

Ces petites cavités en s'agrandissant repoussent les grains et finissent par n'être plus limitées que par des fibres radiées groupées en faisceaux ; les faisceaux de séparation finissent par se rompre sous la pression

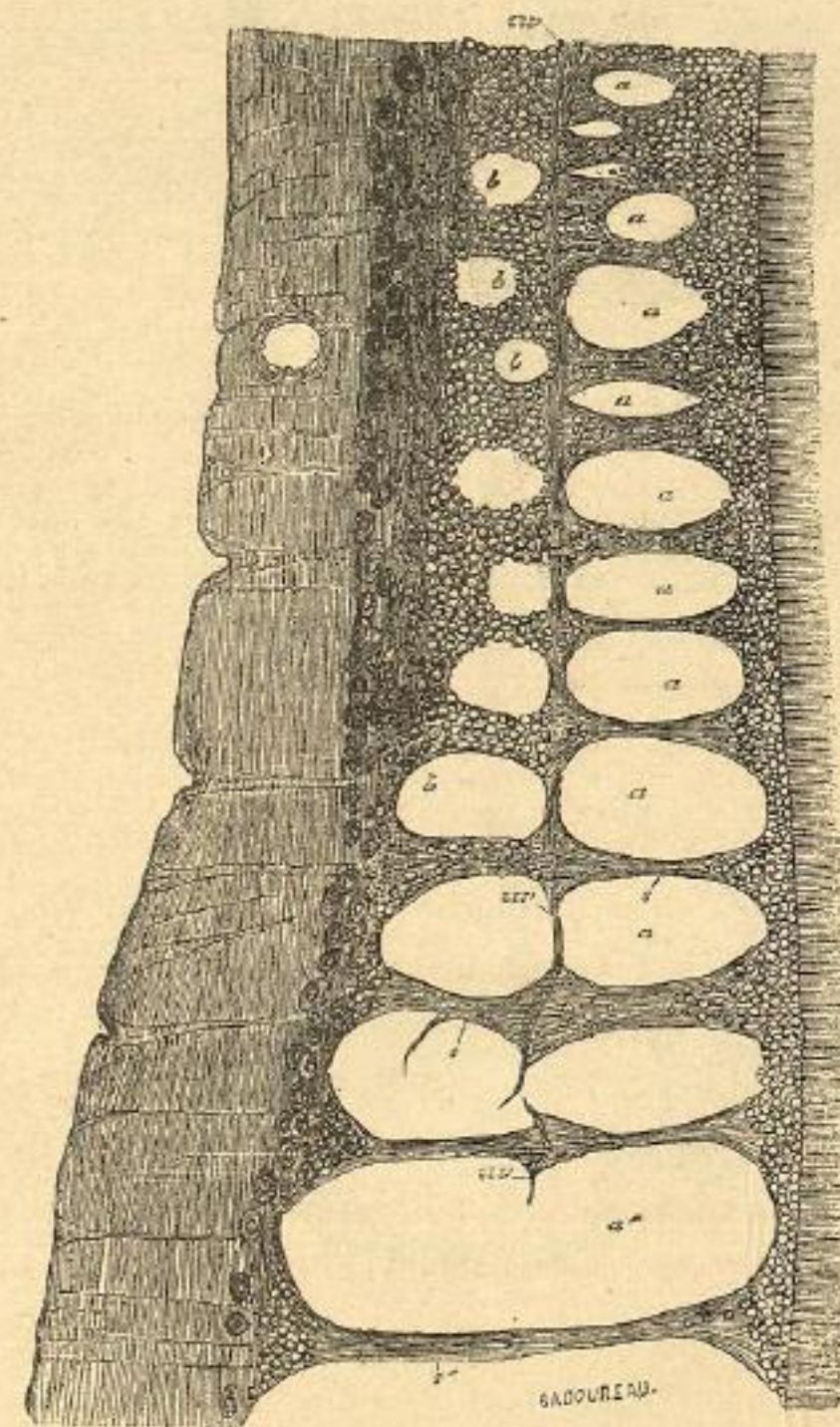


FIG. 129. — Œdème rétinien. (IWANOFF)

a. Cavités dans la couche granuleuse externe. — b. Cavités dans la couche granuleuse interne. — a'. Cavité commune résultant de la rupture de la paroi interposée. — zu. Couche intergranuleuse. — s, s. Faisceaux de fibres radiées allongées.

croissante du liquide et la cavité s'agrandit ainsi en se fusionnant avec les cavités voisines ; pendant cette évolution la couche des cônes, des

bâtonnets, et celle des cellules ganglionnaires s'altèrent et des symptômes fonctionnels correspondants se développent. L'affection peut être

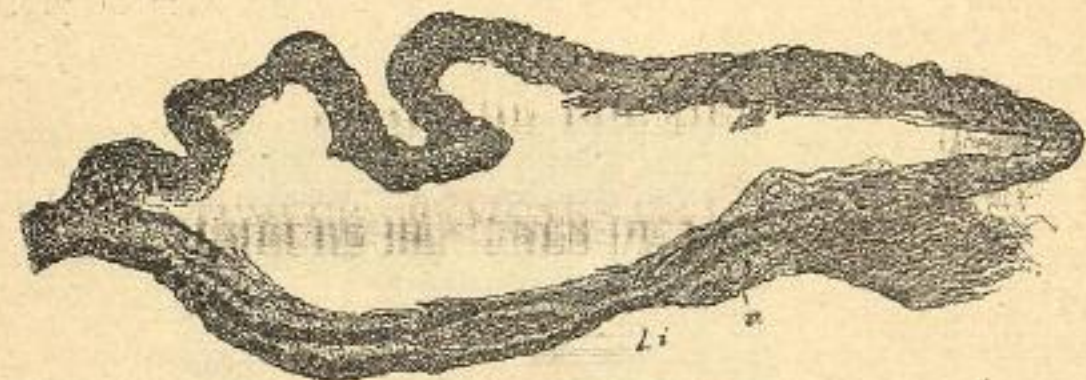


FIG. 130. — Kyste rétinien. (HAASE.)

hi. Membrane limitante externe (hyaloïde). — v. Vaisseaux rétinien.

généralisée à une grande étendue de la rétine, mais elle peut être aussi localisée et il se forme de véritables tumeurs kystiques bien isolées, bien saillantes comme celles que nous représentons d'après Haase (fig. 130).

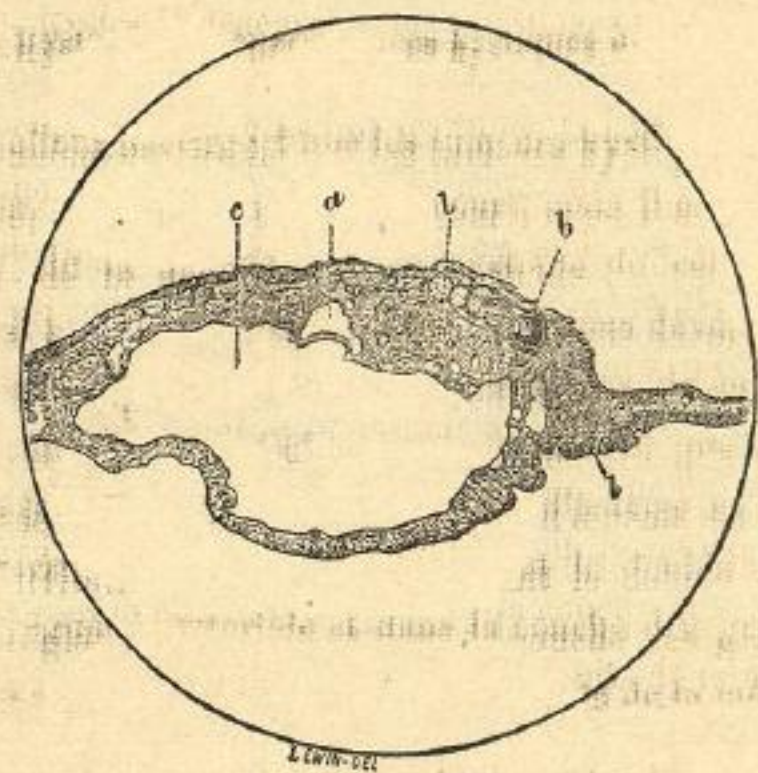


FIG. 131. — Coupe d'un kyste de la rétine. (TREACHER COLLINS.)

d. Lymphatiques dilatés. — a. Espace évidemment formé par l'union de lymphatiques dilatés.
— c. Kyste. — b. Vaisseaux sanguins.

Le contenu de ces cavités est généralement colloïde, un peu gélatineux. Depuis qu'Iwanoff a appelé l'attention sur ce point, de pareilles alté-

rations on été assez souvent trouvées dans la rétine. A Moorfield Hospital, Treacher Collins¹, dans l'espace de deux ans, en a rencontré neuf cas dont nous donnons ici le résumé en reproduisant le tableau qu'il a établi avec ces neuf observations.

¹ TREACHER COLLINS. On the pathology of intraocular cysts. *Royal London ophthalmic hospital Reports*, t. XIII, part I.

N ^o	NOM ET ÂGE	DURÉE ET NATURE DE L'AFFECTION	ASPECT EXTÉRIEUR	ASPECT MICROSCOPIQUE			
				À LA COUPE	RÉTINE	CHOROÏDE	NERF OPTIQUE
1	N..., Joseph, 29 ans.	Il y a vingt ans, œil gauche blessé par une fourchette, fut opéré à ce moment-là, mais depuis ne distingue pas le clair de l'obscur. Inflammation récente depuis deux mois.	T. = —. A. = 0. — Deux cicatrices, une dans le centre de la cornée et l'autre à sa jonction avec la sclérotique en haut. Pupille fermée par une membrane opaque. Une synéchie antérieure et d'autres postérieures.	Rétine complètement décollée depuis la pupille jusqu'à l'ora serrata et plissée derrière le cristallin. Un grand kyste part de sa surface externe, du côté postérieur.	Le kyste est situé entre les deux couches des noyaux. Dans toute la rétine, les fibres de Müller sont allongées.	Atrophiee.
2	S..., Daniel, 50 ans.	Accident à son œil gauche il y a vingt-six ans par explosion de poudre; il pouvait bien voir avec, après l'accident. Vue commença à faiblir en 1872. L'œil a été douloureux les quinze derniers jours.	T. = + 2. A. = 0. — Iris légèrement décoloré. Synéchies postérieures. Pupille excentrique. Cristallin cataracté.	Rétine décollée depuis la papille jusqu'à l'ora serrata. Un petit kyste part de sa face externe. L'angle de la chambre antérieure est diminué. Cristallin ratatiné.	Les espaces kystiques, dans la rétine, semblent commencer dans la couche intranucléaire. Partout les fibres de Müller sont allongées et hypertrophiées.	Quelques excroissances colloïdes partant de la lame élastique.
3	D..., Salomon, 38 ans.	Dit avoir eu des cataractes congénitales. Œil gauche opéré à Varsovie il y a vingt ans. On a fait ici, en 1876, une opération avec les ciseaux et il s'est échappé une grande quantité de corps vitré. Depuis trois mois, l'œil est douloureux.	T. = n. A. = 0. — Vaisseaux épiscléraux injectés. Chambre antérieure profonde. Colobome supérieur fermé par une membrane opaque. Synéchies postérieures.	Rétine décollée dans la moitié inférieure, depuis la papille jusqu'à l'ora serrata; en haut, position normale. Il y a un petit prolongement de la rétine, allant de la partie décollée jusqu'à la chorôïde à laquelle il adhère. Il y a un petit kyste derrière cette dernière. Forte pigmentation de la rétine à la partie supérieure.	La rétine a subi partout des changements très marqués. Dans sa majeure partie, elle est formée d'un réseau irrégulier de fibres et de corps nucléaires disséminés. Il y a de nombreux espaces de grandeur différente entre les fibres. Dans quelques parties, ils se sont réunis et ont formé des kystes. Dans l'intérieur de ces derniers, on voit une substance homogène coagulée.	Nombreuses saillies colloïdes venant de la lame élastique; quelques-unes d'entre elles sont bosselées et pénètrent dans la rétine, provoquant ainsi un grand trouble dans la distribution du pigment uvéal. Par places, il y a un grand excédent de pigment, mais pas d'infiltration inflammatoire.	Le tissu fibreux du nerf est augmenté et les fibres nerveuses sont diminuées. Il y a de nombreuses petites lacunes arrondies le long du trajet des fibres nerveuses, sur la surface interne de la lamina cribrosa.
4	H..., Mary-Anne, 41 ans.	Œil gauche frappé d'un coup de poing il y a quatorze ans; il devint aveugle sur-le-champ. L'œil a été douloureux pendant les cinq derniers mois.	T. = — 1. A. = 0. — Opacité générale de la cornée; opacité brunâtre et irrégulière aux parties inférieure et interne. Pupille largement dilatée.	Décollement en « parapluie » de la rétine. Deux saillies kystiques à la partie postérieure, du volume d'une grosseille; elles sont pleines d'une substance gélatineuse coagulée semblable à celle que l'on trouve entre la chorôïde et la rétine.
5	D..., Joseph, 30 ans.	Œil droit devenu aveugle il y a sept ans par inflammation; pas de traumatisme à ce moment. Il y a huit jours, il heurta son œil avec un doigt.	T. = +. A. = 0. Opacité totale de la cornée. Humeur aqueuse trouble; hémorrhagie à la surface de l'iris. Cristallin opaque.	Le cristallin est blanc et est partout d'une dureté pierreuse. Il y a quelques dépôts calcaires dans la rétine, laquelle est décollée depuis l'ora serrata jusqu'à la papille. Il y a 7 petites saillies kystiques à la surface externe de la rétine, l'une d'elles est très pigmentée. Et dans la chorôïde, au-dessous, il y a une plaque atrophique à bord très pigmenté.	Modifications dégénératives étendues des éléments nerveux et augmentation considérable du tissu fibreux: partout, lacunes nombreuses de dimensions variables. Les plus larges espaces kystiques contiennent une substance homogène.	Très atrophiee; quelques nodules colloïdes faisant saillie sur la lame élastique.	Augmentation considérable du nombre des cellules dans le nerf optique, près de la sclérotique. Augmentation de la tumeur en tissu fibreux.
6	H..., Josias, 32 ans.	Œil gauche frappé il y a treize ans par un morceau de capsule d'arme à feu; la vue devint trouble. Il y a cinq ans, « refroidissement » de l'œil et disparition totale de la vue. Durant le dernier mois, l'œil fut douloureux.	T. = + 1. A. = 8. — Tache jaune dans le centre de la moitié inférieure de la cornée. On ne peut voir l'iris. La cornée tout entière donne un reflet sombre.	Chambre antérieure profonde et pleine de caillots sanguins. Synéchies antérieures. Cristallin absent. Corps vitré ratatiné. Rétine décollée de l'ora serrata à la papille; il y a un grand kyste dans le milieu de la substance, à la partie inférieure, ne faisant pas en dedans une saillie plus grande qu'en dehors. Caillots sanguins entre la rétine et la chorôïde.	Tissu très désorganisé, formé d'un réseau de fibres et de corps nucléaires. Dans l'intérieur de quelques kystes, on peut voir un fin réseau.	Très atrophiee.	Excavation profonde, fibres nerveuses très atrophiees.

N°	NOM ET AGE	DURÉE ET NATURE DE L'AFFECTION	ASPECT EXTÉRIEUR	ASPECT MICROSCOPIQUE			
				ASPECT MACROSCOPIQUE À LA COUPE	RÉTINE	CHOROÏDE	XRRF OPTIQUE
7	G., Ellen, 56 ans.	Oeil droit devenu subitement aveugle il y a six ans, sans douleur ni inflammation. Coup sur le même œil il y a quatre mois.	T. = n. A. = 0. — La cornée a une tache centrale circulaire, colorée de sang. Caillots sanguins dans la chambre antérieure.	Rétine totalement décollée de l'ora serrata à la papille. Dans le segment externe, deux kystes transparents font saillie à la face externe. Cristallin opaque et calcare.	Par places on distingue bien les couches nucléaires. Les autres couches ne se peuvent pas distinguer. Lacunes de dimensions différentes se trouvant entre les trabécules du réseau de tissu fibreux qui compose la rétine en grande partie.		
8	H., Alfred, 46 ans.	Traumatisme à l'œil droit il y a quatre ou cinq ans; depuis, éciété. Douleur durant les dernières semaines.	T. = + 2. A. = 0. — Nuages de la cornée. Chambre antérieure pleine de sang noir.	Rétine totalement décollée de l'ora serrata à la papille. À la partie postérieure, près de la papille, deux petites saillies kystiques à la surface externe. Membrane de cyclite derrière le cristallin. Cristallin luxé en arrière par hémorragie dans la chambre antérieure. Angle irien très rétréci.	Fortes augmentations des éléments du tissu fibreux. Cellules ganglionnaires, cônes et bâtonnets ont disparu presque entièrement. Les parois externes des kystes sont très minces par places. Nombreuses petites lacunes, partout, de dimensions variables.	Atrophie.	Très excavé. Forte augmentation du nombre des cellules à noyaux. Fibres nerveuses diminuées.
9	T., James, 27 ans.	Oeil droit perdu par inflammation dans la première enfance. Aurait été brûlé par un caustique.	T. = A. = 0. — Cornée aplatie, vascularisée, opaque.	Rétine décollée de l'ora serrata à la papille. De sa face externe font saillie quelques kystes de différentes dimensions. Un est très grand et présente un peu de pigmentation. Cristallin ratatiné et avec une plaque calcaire.			Augmentation considérable du tissu fibreux du nerf et augmentation du nombre des cellules à noyaux.

N°	NOM ET AGE	DURÉE ET NATURE DE L'AFFECTION	ASPECT EXTÉRIEUR	ASPECT MICROSCOPIQUE			
				ASPECT MACROSCOPIQUE À LA COUPE	RÉTINE	CHOROÏDE	XRRF OPTIQUE
7	G., Ellen, 56 ans.	Oeil droit devenu subitement aveugle il y a six ans, sans douleur ni inflammation. Coup sur le même œil il y a quatre mois.	T. = n. A. = 0. — La cornée a une tache centrale circulaire, colorée de sang. Caillots sanguins dans la chambre antérieure.	Rétine totalement décollée de l'ora serrata à la papille. Dans le segment externe, deux kystes transparents font saillie à la face externe. Cristallin opaque et calcare.	Par places on distingue bien les couches nucléaires. Les autres couches ne se peuvent pas distinguer. Lacunes de dimensions différentes se trouvant entre les trabécules du réseau de tissu fibreux qui compose la rétine en grande partie.		
8	H., Alfred, 46 ans.	Traumatisme à l'œil droit il y a quatre ou cinq ans; depuis, éciété. Douleur durant les dernières semaines.	T. = + 2. A. = 0. — Nuages de la cornée. Chambre antérieure pleine de sang noir.	Rétine totalement décollée de l'ora serrata à la papille. À la partie postérieure, près de la papille, deux petites saillies kystiques à la surface externe. Membrane de cyclite derrière le cristallin. Cristallin luxé en arrière par hémorragie dans la chambre antérieure. Angle irien très rétréci.	Fortes augmentations des éléments du tissu fibreux. Cellules ganglionnaires, cônes et bâtonnets ont disparu presque entièrement. Les parois externes des kystes sont très minces par places. Nombreuses petites lacunes, partout, de dimensions variables.	Atrophie.	Très excavé. Forte augmentation du nombre des cellules à noyaux. Fibres nerveuses diminuées.
9	T., James, 27 ans.	Oeil droit perdu par inflammation dans la première enfance. Aurait été brûlé par un caustique.	T. = A. = 0. — Cornée aplatie, vascularisée, opaque.	Rétine décollée de l'ora serrata à la papille. De sa face externe font saillie quelques kystes de différentes dimensions. Un est très grand et présente un peu de pigmentation. Cristallin ratatiné et avec une plaque calcaire.			Augmentation considérable du tissu fibreux du nerf et augmentation du nombre des cellules à noyaux.

Dans tous ces cas et dans des faits analogues qui ont été rapportés par Nettleship¹ et par Lawford² les yeux avaient perdu la vision longtemps avant l'énucléation; la rétine aussi était plus ou moins détachée, et Treacher Collins fait de ce décollement la condition nécessaire de la formation kystique (fig. 131).

La rétine décollée est, en effet, en voie de dégénérescence et il est assez naturel que cette désorganisation puisse aboutir à des produc-



FIG. 132. — Deux kystes situés dans la rétine décollée avec cataracte traumatique. (LEBER.)



FIG. 133. — Décollement kystique de la rétine. L'intérieur de l'œil est rempli par une masse kystique, lobulée à la surface avec un pointillé d'aspect crayeux. (PANAS et RÉMY.)

tions kystiques. Leber en a cité une très belle observation (fig. 132), dont la figure ci-dessus résume l'intérêt principal.

Ce décollement est donc certainement une condition favorable; mais la dégénérescence cystoïde peut aussi s'observer sans que la membrane soit détachée de la choroïde. Nous devons à ce sujet faire une place toute particulière au cas si remarquable qui a été observé successivement sur l'un et l'autre œil de la même malade par Panas³ et Darier⁴. Ce fait mérite d'être ici reproduit.

Résumons d'abord l'observation clinique du premier auteur, en nous reportant à son *Anatomie pathologique de l'œil*, écrite en collaboration avec Rémy :

Il s'agissait d'un malade de 23 ans, qui présentait dans le champ pupil-

¹ NETTLESHIP. *Opht. Hospit. Rep.*, t. VIII, 1872, p. 143.

² LAWFORD. *Opht. Hospit. Rep.*, t. IX, p. 108.

³ PANAS et RÉMY. *Anatomie pathologique de l'œil*. Paris, 1879, p. 88 à 93.

⁴ DARIER. *Arch. d'ophtalm.*, t. X, p. 203, 1890.

laire, en arrière du cristallin, une masse jaunâtre, globuleuse, absolument fixe, visible en partie par l'éclairage direct; à sa surface se trouvent des points plus brillants et quelques vaisseaux rétinien. L'œil est énucléé avec le diagnostic de sarcome de la choroïde.

Citons *in extenso* l'examen macroscopique et microscopique.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — On enlève, à l'aide d'une section circulaire passant en arrière de l'iris et du cristallin, la calotte antérieure de l'œil, comprenant toute la cornée et une petite portion de la sclérotique. La pièce, examinée de face (fig. 133, grandeur naturelle), fit voir que l'intérieur de l'œil se trouvait rempli par une masse kystique, lobulée à la surface, plus transparente sur l'une des moitiés, opalescente et comme lactescente sur l'autre, et offrant çà et là un pointillé d'un blanc crayeux. Il y avait des vaisseaux rectilignes partant d'un centre et rappelant tout à fait ceux de la rétine. De plus, il y avait des plaques d'un rose tendre formées par des touffes de tout petits vaisseaux. L'ensemble de cette production représentait à l'œil nu l'apparence d'une poche hydatique, si bien que nous nous sommes demandé un instant si nous n'avions pas affaire à une semblable production morbide. Il est à noter que la poche en question était si fortement distendue par le liquide qu'elle ne jouissait d'aucun mouvement de fluctuation, ce qui explique comment, pendant l'examen ophtalmoscopique on n'avait aperçu qu'une masse en apparence solide.

Une piqûre faite à la poche fit sortir de son intérieur un liquide transparent légèrement citrin, qui, étant examiné immédiatement au microscope, permit de constater la présence d'une grande quantité de cholestérine et de globes arrondis granuleux, de nature phosphatique, analogues à ceux qui ont été décrits par M. Poncet, dans le synchisis étincelant.

La poche était constituée en avant par la rétine décollée en totalité et fortement épaissie, et en arrière par la choroïde restée en place.

La membrane kystique, après macération dans la liqueur de Müller, et solidification dans la gomme et l'alcool, nous permit de faire des coupes d'ensemble sur lesquelles nous pûmes constater ce qui suit : l'ensemble de la rétine se trouve considérablement augmenté de volume et d'épaisseur, ainsi qu'on peut s'en convaincre en comparant la pièce avec une coupe de rétine normale.

La coupe, en effet, présente-trois couches qu'on distingue fort bien l'une de l'autre, la pièce étant colorée par le carmin. La couche postérieure, d'un aspect granuleux, est évidemment constituée par la rétine profondément altérée et dont le volume augmente d'un point à un autre, ainsi qu'on peut le vérifier en procédant de bas en haut. La rétine semble exclusivement constituée par du tissu fibreux qui prédomine dans les endroits minces de la préparation, tandis que dans les parties les plus épaisses on observe un amas de grains, rappelant ceux de la rétine, fortement hypertrophiés. Ils ont en effet le même aspect, et comme eux se colorent très fortement par le carmin. Çà et là on y observe de *grands espaces vides*, sorte de vacuoles sans parois propres ainsi que la coupe de gros vaisseaux dont les parois semblent épaissies. Nulle part on ne retrouve de membrane limitante, et seul l'aspect régulièrement ondulé permet de délimiter en avant le tissu rétinien altéré d'avec le tissu de nouvelle for-

mation. Ce dernier tissu est intimement appliqué et comme confondu avec la rétine, sauf sur certains points de la préparation.

Cette séparation se voyait d'ailleurs beaucoup plus nettement sur d'autres préparations. Les éléments qui constituent ce tissu sont 1° des éléments embryoplastiques en grand nombre et en voie de transformation conjonctive pour la plupart; 2° du tissu conjonctif fasciculé disposé en couches. Le long de sa face antérieure, ce tissu se colore très fortement en rouge par le picro-carmin, ainsi qu'à sa face postérieure, mais seulement dans les endroits où il y a une séparation entre ce tissu et le tissu rétinien; 3° des vaisseaux en très grand nombre, situés principalement dans l'inter-

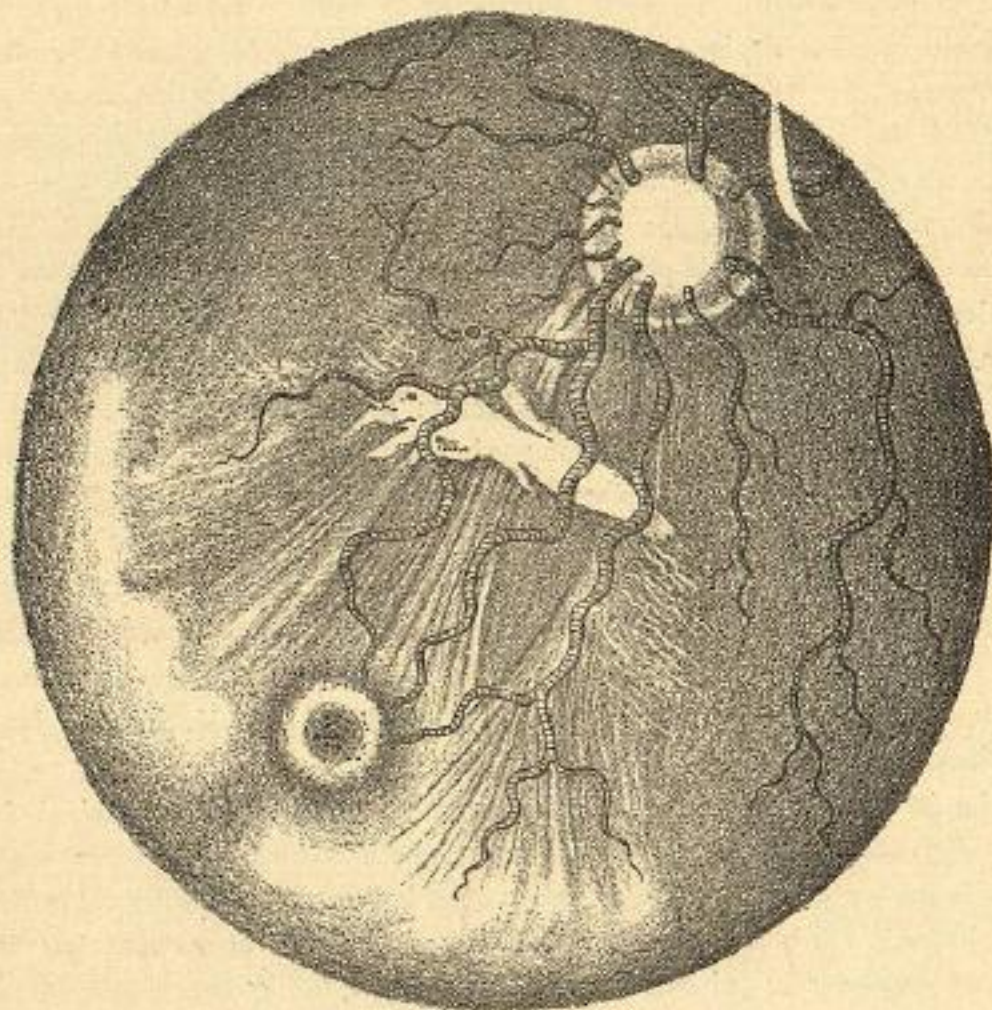


FIG. 134. — Dégénérescence kystique de la rétine. (DARIER.)

valle des deux couches fibroïdes antérieure et postérieure: on en voit deux représentés sur la figure, *pp*; 4° des granulations pigmentaires disséminées aussi bien dans ce tissu que dans le tissu altéré de la rétine. Le long de la surface antérieure de la préparation on aperçoit une série de grains pigmentaires très fins, qui proviennent sans doute de la couche uvéale de l'iris. (V. fig. in PANAS et RÉMY.)

Quelques années après, Darier put suivre, à la clinique d'Abadie, pendant près de quatre ans, l'évolution de l'affection sur le second œil de la même malade.

Au premier examen (1886), cette malade présentait à la partie inféro-

externe de la rétine une masse arrondie, légèrement saillante, d'un diamètre égal à celui de la papille, d'un blanc grisâtre avec une tache rouge au centre (fig. 134). La malade se plaint de mouches volantes, d'un trouble dans la partie supérieure du champ visuel; elle voit autour des objets des cercles colorés avec production presque continue d'étincelles et de fusées.

L'affection progressa peu à peu et la masse néoplasique s'entoura



FIG. 135. — Dégénérescence kystique de la rétine, même affection que sur la précédente figure, à une période plus avancée. (DARIER.)

d'un réseau de fibrilles nacrées; en avril 1890 le fond de l'œil présentait à peu près l'aspect décrit par Panas pour l'autre œil. A travers la pupille dilatée on aperçoit une masse grisâtre, occupant presque tout le fond de l'œil, présentant à sa surface de gros vaisseaux et des taches rouges dues à des éclaboussures hémorragiques. La papille n'est plus visible, on ne devine plus son emplacement primitif qu'à l'émergence de trois gros vaisseaux au milieu de la masse grisâtre bosselée (fig. 135). Un traite-

ment spécifique énergiquement administré ne donna aucun résultat, et Darier reste incertain, comme Panas, sur la cause de cette altération rétinienne. L'examen histologique de ce second œil ne fut d'ailleurs pas pratiqué, l'ablation de l'organe n'ayant pas été faite.

En cherchant attentivement dans la littérature ophthalmologique, on ne trouve pas d'exemple aussi complet que l'observation de Panas et Darier que nous venons de rapporter, mais il existe, outre les travaux dont nous avons parlé, un certain nombre de publications se rapportant à ce sujet. Déjà avant Iwanoff, Blessig¹ et Schultze avaient indiqué la dégénérescence kystique comme très fréquente dans la portion équatoriale de la rétine; depuis, Kuhnt² et Alt³ ont étudié les kystes séreux du corps ciliaire sur des yeux atteints d'altération sénile. Ces kystes siègent au voisinage de l'*ora serrata* et se forment, par le décollement des deux feuillets rétiens, entre la couche des cellules cylindriques du *pars ciliaris* et la lame pigmentée. Le processus atrophique dans les territoires vasculaires de la région est la cause de l'exsudation et de la formation kystique qui n'est, en somme, qu'un décollement partiel de la rétine.

Peut-être aussi pourrait-on, dans le corps ciliaire, expliquer la présence de certains kystes par l'oblitération inflammatoire de l'une ou plusieurs des cryptes des procès ciliaires et l'accumulation dans la cavité ainsi formée de la véritable sécrétion glandulaire que fournit la glande de l'humeur aqueuse (Nicati). Le kyste serait alors un kyste par rétention. Rien ne permet d'admettre l'existence de kystes de ce genre dans l'œil, mais on est autorisé à en considérer la pathogénie comme vraisemblable.

Une curieuse observation de kystes de la rétine a été publiée par R. Greeff⁴ sous le titre de *Grands kystes multiples de la rétine décollée en forme d'entonnoir*.

Il s'agit d'une malade très myope qui perdit la vue et dut être

¹ BLESSIG. Dissertation inaugurale. Dorpat, 1853.

² KUHN. Atrophie des Uvealtractus. *Zehender's klin. Monatsbl.*, 1881.

³ ALT. Adenoma of a ciliary process. *Americ. Journ. of ophthalmol.*, vol. XV, 1898.

⁴ R. GREEFF. Zur Kenntniss der intraoculären Cysten. *Archiv f. Augenheilk.*, t. XXV, p. 395, 1892.

admise dans un établissement d'aveugles; son œil droit s'enflamma subitement, devint inéclairable; une masse brune, à forme de cristallin, remplit la chambre antérieure. L'œil est énucléé; on y trouve, à l'intérieur, la rétine décollée en entonnoir depuis la papille jusqu'à l'*ora serrata*; sur la partie externe de cette rétine, par places très épaissie, se trouvent cinq nodules variant du volume d'un pois à celui d'un noyau

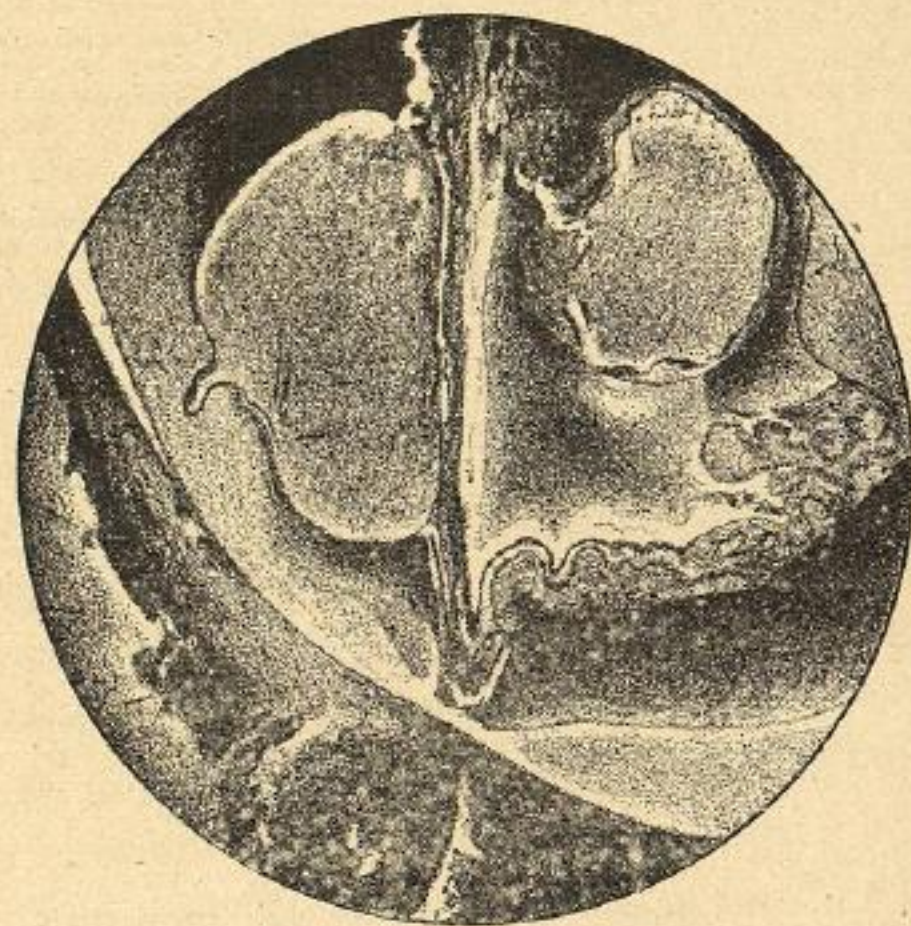


FIG. 136. — Kystes multiples de la rétine. (R. GREEFF.)

de cerise, semblables à des groscilles blanches. Greeff reconnut que ces nodules étaient des kystes à parois délicates avec un contenu transparent, clair, coagulé par l'alcool. Ces kystes ont une large base sur la rétine et font saillie dans l'espace sous-rétinien (fig. 136).

Au microscope, Greeff trouva une rétine dégénérée, en partie atrophique, en partie hypertrophique; il y constata, surtout dans la couche externe des grains, de nombreuses petites lacunes arrondies, séparées par des fibres radiales; ce sont ces cavités qui, en s'unissant, arrivent à former de grands kystes.

Berger¹ a également décrit dans la rétine, des kystes dont il distingue deux formes :

1° Des *cavités kystoïdes* situées dans la partie postérieure et dans les couches externes de la rétine qui ne sont que des voies lymphatiques élargies et remplies d'un liquide albumineux contenant quelques leucocytes ;

2° Des kystes produits par une *dégénérescence muqueuse*.

Ces kystes rétiens par dégénérescence muqueuse sont analogues à ceux que Berger a décrits dans le corps vitré ; le processus est le même de part et d'autre.

Telles sont les publications les plus importantes sur ce sujet, et les notions dignes d'être retenues qui ont été introduites dans la science par ces travaux.

Ces lésions de la rétine n'ont pas la marche et les allures des vrais néoplasmes ; ce sont des désordres de dégénérescence entraînant plutôt la formation de pseudo-tumeurs que de tumeurs à proprement parler. Leur place était cependant indiquée dans notre ouvrage, tant au point de vue du diagnostic différentiel avec les tumeurs de la rétine, qu'à cause des rapports qu'ont ces dégénérescences kystiques de la rétine avec les autres kystes intra-oculaires.

§ 2. — Kystes à entozoaires de la rétine et du corps vitré.

Les kystes à entozoaires intra-oculaires sont presque toujours dus à des cysticerques ; on les rencontre quelquefois dans la rétine, et beaucoup plus souvent dans le vitré ; il arrive environ dans un tiers des cas que le cysticerque du vitré a été primitivement sous-rétinien ; dans les autres cas il se montre tout d'abord dans le corps vitré lui-même. Nous décrivons dans le même article tous ces cysticerques pour deux raisons : la première, c'est que vraiment le cysticerque est une seule et même affection, qu'il soit placé dans le vitré ou dans la rétine ; la seconde, c'est que le corps vitré n'est le siège d'aucune autre tumeur et qu'il y a

¹ BERGER. *Anatomie normale et pathologique de l'œil*, 1893, p. 372.

intérêt à ne pas ouvrir un autre chapitre pour le consacrer exclusivement aux kystes à entozoaires.

A. — HISTORIQUE

Les cysticerques qui nous occupent sont beaucoup plus fréquents en Allemagne que dans les autres pays, notamment en France et en Autriche. Sur 80,000 malades, de Graefe¹ a observé 80 cas de cysticerques, et sur 100,000, de Wecker, à Paris, n'en a vu que 2 cas. En Autriche, Mauthner² n'en a jamais vu. Mitvalsky³ rapporte, cependant, qu'à Vienne, Arlt en a observé 3 cas, et, à la suite des recherches qu'il a faites en Bohême, il en a trouvé à Prague 3 cas de Hasner, 3 de Satler, 1 de Scholb, 5 de Bayer à Reichenberg et 3 qu'il a étudiés lui-même.

Dans un travail sur la fréquence, en Suisse, des entozoaires chez l'homme, Th. Zaeslein⁴ établit que le cysticerque de l'œil se rencontre une fois sur 15,000 malades (Dufour, 1 cas ; Schoch, 1 cas ; Horner, 4 cas).

En Italie, le cysticerque serait plus fréquent ; de Berardinis, dans un travail excellent que nous aurons à mettre largement à contribution, rapporte que son maître de Vincentiis, à lui seul, en a observé 28 cas. La littérature italienne est d'ailleurs riche à ce sujet et nous aurions à citer, si nous avions, en cette matière, le désir et la possibilité d'être complet, des observations de Gradenigo, Marini, Francaviglia, Lainati, de Vincentiis, Perroncito, Rampoldi, Reymond, Peschel, Sperino, Manfredi, Saltini, Tornatola, Albertotti, Denti, Musillami, Gallenga, Gonella, Mazza, Quaglino, Sgrasso, Piccoli, Scimeni.

Dans la plupart de ces cas, d'ailleurs, il s'agit d'une simple constatation clinique ; les examens anatomiques sont rares et nous devons être reconnaissants à de Berardinis⁵ d'en avoir rapporté cinq observations bien étudiées.

¹ DE GRAEFE. *Arch. f. Ophth.*, XXII, p. 174, 1876.

² MAUTHNER. *Lehrb. d. Ophthalmoscopie*, p. 461.

³ MITVALSKY. Du cysticerque oculaire en Bohême. *Cent. f. Augenh.*, juillet et août 1893, p. 198 et suiv.

⁴ ZAESLEIN. Sur la distribution géographique et la fréquence, en Suisse, des entozoaires chez l'homme. *Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1^{er} nov. 1881.

⁵ DE BERARDINIS. Contributo anatomo-patologico e clinico su' cisticerchi endoculari. *Annali di oftalmologia*, t. XXXVIII, 1899, p. 349.