

Terson père a recommandée pour le traitement du décollement de la rétine; on pourrait obtenir ainsi la mort du cysticerque, dont le cadavre enkysté dans sa poche resterait compatible avec la conservation de l'œil et d'une certaine quantité de vision.

Les cysticerques ne sont pas les seuls entozoaires qu'on puisse rencontrer dans l'œil; mais ce sont les seuls qui soient capables de former un kyste et, par conséquent, dont la place soit bien marquée dans un Traité des tumeurs de l'œil.

## CHAPITRE II

### TUMEURS MALIGNES

#### § 1. — Néoplasmes de la rétine proprement dite. Gliomes.

On désigne sous le nom générique de gliome de la rétine une tumeur primitive de cette membrane, de consistance molle, médullaire, analogue au gliome de la substance cérébrale. Des néoplasmes de structure différente ont été décrits sous le nom de gliome; le moment ne paraît pas encore venu de les séparer et de les décrire isolément, mais nous aurons soin, dans le paragraphe de l'anatomie pathologique, d'indiquer les variétés actuellement connues des divers gliomes rétiens.

#### A. — HISTORIQUE

Wardrop<sup>1</sup> a donné en 1809 la première description clinique précise du gliome de la rétine sous le nom de *fungus hematodes oculi*. Son travail est basé sur 17 cas, dont la plupart sont personnels, et l'on y trouve de minutieux détails d'anatomie pathologique macroscopique. On y trouve également les principales particularités cliniques de l'affection, la cécité rapide, le reflet jaune du fond de l'œil, la prolifération fongueuse et sanglante, les tumeurs secondaires de l'orbite et du crâne. Wardrop a encore insisté sur l'origine rétinienne de l'affection et mis en relief l'importance d'une préparation d'Astley Cooper qui montrait, de la façon la plus nette, le point de départ de l'affection dans la rétine. L'origine réti-

<sup>1</sup> WARDROP. *Observations on fungus hematodes or soft cancer*. Edinburgh 1809.

nienne de l'affection fut ensuite confirmée par Panizza<sup>1</sup>, Mackenzie<sup>2</sup>, Lincke<sup>3</sup> et autres.

Un peu plus tard, Maunoir<sup>4</sup> substitua au mot de fungus hématode celui de fungus médullaire, et Laënnec celui d'encéphaloïde qui n'a jamais mieux été approprié que dans les cas de gliome, car l'aspect du néoplasme ferait croire à une hyperplasie simple de la substance nerveuse si l'on n'en connaissait l'extrême malignité.

Tous les auteurs n'admettaient pas à cette époque primitive de l'histoire du gliome que la tumeur avait une origine exclusivement rétinienne. Un assez grand nombre (Travers<sup>5</sup>, Schön<sup>6</sup>, Chelius<sup>7</sup>), confondant toutes les tumeurs malignes de l'œil, considéraient le gliome comme pouvant avoir son point de départ dans toutes les parties du globe.

Après Langenbeck<sup>8</sup>, qui, à la suite d'examen que les connaissances histologiques de l'époque (1836) ne lui permirent pas de faire complets, considéra à tort le gliome comme une simple hypertrophie maligne de la rétine, Robin<sup>9</sup> fit les premières recherches précises sur la structure du gliome; il chercha à établir qu'il s'agissait d'une prolifération des myélocytes ou des éléments des couches granuleuses de la rétine et montra avec raison qu'il n'existait pas de vraies tumeurs carcinomateuses de cette membrane. Les données histologiques établies par Robin ont été, d'une façon générale, consacrées par les recherches ultérieures, mais il eut le tort grave de ne pas insister sur la malignité des tumeurs ainsi formées et de les croire bénignes, parce qu'elles étaient homoplastiques. De nouveaux faits publiés par de Græfe, Virchow et Recklinghausen furent reconnus comme de vrais sarcomes médullaires mous, tout en étant de simples hyperplasies des couches granuleuses.

<sup>1</sup> PANIZZA. *Anotazioni anatomico chirurgicale sul fungo medull. dell' occhio*. Pavie, 1821.

<sup>2</sup> MACKENZIE (WILLIAM). *Traité des maladies des yeux*. Londres, 1830.

<sup>3</sup> LINCKE. *Dissertation inaugurale*. Leipzig, 1833.

<sup>4</sup> MAUNOIR. *Mémoire sur le fungus médullaire hématode*. Genève, 1820.

<sup>5</sup> TRAVERS. *Synopsis of the diseases of the Eye and their treatment*. II<sup>e</sup> ed., London, 1821.

<sup>6</sup> SCHÖN. *Handbuch der pathol. Anat. des menschlichen Auges*. Hamburg, 1828.

<sup>7</sup> CHELIUS. *Chirurgische Kupfertafeln*. Weimar, 1824, Heft XXII, Tafel CIX, CXI et *Handbuch f. Augenheilk.*, 1839.

<sup>8</sup> LANGENBECK. *De retina observ. anat. path.* Göttingen, 1836, p. 168.

<sup>9</sup> ROBIN. *Gazette méd. de Paris*, 1854, et *Dict. de médecine de Nysten*, art. Myélocytes, 1855.

En 1864<sup>1</sup> Virchow décrit, après les gliomes du cerveau, les gliomes rétiens; il admet, avec beaucoup de justesse, que dans la rétine peuvent se trouver deux sortes de néoplasmes: les sarcomes et les gliomes; nous aurons l'occasion d'insister sur cette distinction capitale, encore mal établie malgré les nombreux travaux faits sur la question, mais il convient ici de faire remarquer d'une façon toute particulière qu'elle n'avait pas échappé à l'admirable sagacité de Virchow.

Hirschberg<sup>2</sup> s'appliqua ensuite à démontrer, à l'aide des riches matériaux de la clinique de de Græfe, que le fungus médullaire et le gliome rétinien étaient des tumeurs *identiques* et de Græfe donna de ces néoplasmes ainsi que des sarcomes de la choroïde une description clinique magistrale. Nous aurons à analyser les travaux très remarquables d'Hirschberg qui a décrit, sous la même rubrique de *gliome*, toutes les tumeurs malignes de la rétine.

Après les travaux d'Hirschberg il convient de citer ceux de Knapp<sup>3</sup>, de Schweigger<sup>4</sup>, de Manfredi<sup>5</sup>, d'Iwanoff<sup>6</sup> qui ont tout particulièrement recherché le point de départ de la tumeur gliomateuse dans les diverses couches de la rétine. Une place à part doit être faite à l'importante monographie de Gama Pinto<sup>7</sup> qui, après Iwanoff, a insisté d'une façon toute spéciale sur la structure tubuleuse et angio-sarcomateuse du gliome. Citons encore les travaux de Thieme<sup>8</sup>, d'Eisenlohr<sup>9</sup> et surtout de Wintersteiner<sup>10</sup> qui précisent beaucoup de points intéressants sur la forme, l'origine et la disposition des cellules morbides.

Dans ces derniers temps l'étude anatomique du gliome de la rétine a été attentivement fouillée, mais nous n'avons pas encore de données déli-

<sup>1</sup> VIRCHOW. *Onkologie*, II, 123, 1864.

<sup>2</sup> HIRSCHBERG. *Anatomische Untersuchungen über Glioma Retinae*. *Arch. f. Ophth.*, XIV, 2, p. 30, 1868.

<sup>3</sup> KNAPP. *Die intraoculären Geschwülste*. Karlsruhe, 1868.

<sup>4</sup> SCHWEIGGER. *Vorlesungen über den Gebrauch des Augenspiegel*. Berlin, 1864, p. 122.

<sup>5</sup> MANFREDI. Un caso di glioma della retina. *Revista clinica*, mai, 1863, p. 1.

<sup>6</sup> IWANOFF. *Arch. f. Ophth.*, XV, 2, p. 1, 1869, et *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie* (trad. Abadie), 1870.

<sup>7</sup> GAMA PINTO. *Untersuchungen über intraoculären Tumoren*. Wiesbaden, 1886.

<sup>8</sup> THIEME. Ueber Gliome der Retina. *Arch. f. Ophthalm.*, XXXIX, p. 175, 1893.

<sup>9</sup> EISENLOHR. Beitrag zur Kenntnis des Glioms der Netzhaut. *Virchow's Arch.*, CXXIII, 3, p. 429, 1891.

<sup>10</sup> WINTERSTEINER. *Das Neuroepithelioma Retinae*, 1897.

nitives et irréfutables sur la nature des cellules du gliome. La plupart des auteurs s'en tiennent à l'opinion, d'ailleurs vague, de Virchow et estiment que les cellules sont spéciales au gliome; d'autres disent que cette opinion n'est pas justifiée et que les tumeurs de la rétine sont de nature sarcomateuse. Rindfleisch et surtout Ziegler ont défendu cette opinion. Si nous ajoutons à cette théorie celle de Wintersteiner qui considère les gliomes comme des neuro-épithéliomes, on nous accordera que la question d'origine et de nature est encore aujourd'hui presque aussi obscure qu'à l'époque primitive où Wardrop publia le travail par lequel cet historique a commencé.

Dans ces derniers temps, cependant, la question a fait un pas considérable avec les travaux de Richard Greeff qui le premier a montré dans le gliome la présence de cellules névrogliales hyperplasiées et hypertrophiées, d'un fouillis fibrillaire formé par leurs prolongements, de cellules ganglionnaires et de fibres nerveuses. C'est en appliquant aux gliomes rétinienens la méthode de Golgi-Cajal que Greeff a obtenu ces résultats entre tous remarquables.

La question qui se pose maintenant est la suivante : Tous les gliomes rétinienens ont-ils la structure mise en évidence par ce dernier auteur ? N'y a-t-il pas, dans la masse des tumeurs qui méritent le nom d'encéphaloïde, de fungus médullaire ou de gliome de la rétine, expressions jusqu'ici synonymes, des néoplasmes qui sont des sarcomes et d'autres qui, seuls, sont des tumeurs nerveuses, de vrais gliomes répondant à la description de Greeff ?

Il est au moins probable qu'il en est ainsi et qu'il faudrait en revenir à la conception de Virchow, c'est-à-dire admettre : 1° des *sarcomes de la rétine*; 2° des *gliomes de la rétine*. Mais la démonstration de cette proposition ne peut encore être faite avec une parfaite évidence, car les recherches de Greeff n'ont pas été suffisamment vérifiées et répétées.

Ce qui nous porte cependant à admettre cette division anatomique dans le groupe indistinct et confus des gliomes rétinienens, c'est que la clinique nous a montré que la malignité des néoplasmes rétinienens était loin d'être toujours la même; il y a des tumeurs rétinienens qui sont relativement bénignes, d'autres, plus nombreuses, dont la malignité est extrême. Les

premières seraient des gliomes, comparables par leurs allures relativement peu graves, aux gliomes du cerveau, les autres seraient des sarcomes médullaires, mous, très graves, comme le sont d'habitude les sarcomes embryonnaires, surtout chez les enfants.

Les études statistiques faites par Lawford et Tr. Collins<sup>1</sup>, Wintersteiner<sup>2</sup> et nous-même<sup>3</sup> ont jeté un nouveau jour sur le pronostic du gliome; elles ont montré qu'assez souvent le gliome est curable, ce qui s'accorde très bien avec la division anatomique qui résulte des récentes recherches histologiques. Mais nous devons reconnaître ici que nous sommes encore sur le terrain glissant des hypothèses, et que, dans l'avenir seulement, nous saurons jusqu'à quel point elles sont fondées.

Nous résumerons avec clarté cet historique nécessaire, car il sert ici d'introduction à l'étude d'ensemble des gliomes rétinienens, en le divisant en quatre périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE. — La période ancienne, préhistologique, va de Wardrop à Langenbeck, qui le premier vit au microscope les cellules rondes du néoplasme.

DEUXIÈME PÉRIODE. — La période histologique, qui va de Langenbeck à Virchow et comprend les travaux de Robin, Sichel, Rindfleisch, dans laquelle l'origine rétinienne du fungus médullaire a été définitivement établie.

TROISIÈME PÉRIODE. — La période dans laquelle les auteurs se sont appliqués à montrer l'origine et l'évolution du néoplasme dans des couches distinctes de la rétine, ainsi que les diverses variétés de la structure. Elle va de Hirschberg à Wintersteiner.

QUATRIÈME PÉRIODE. — La quatrième période, ouverte avec le travail de Richard Greeff, est celle dans laquelle s'établira la fréquence relative du gliome vrai, néoplasme du tissu nerveux, et du sarcome rétinien.

<sup>1</sup> LAWFORD AND TREACHER COLLINS. Notes on glioma retinae. *Royal London Ophth. Hospital Reports*, XIII, 1, p. 12, 1890.

<sup>2</sup> WINTERSTEINER. *Das Neuroepithelioma Retinae*. Leipzig und Wien, 1897, p. 168 et suiv.

<sup>3</sup> LAGRANGE. *Archives d'ophtalmol.*, 1890.