

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous diviserons cette partie complexe de la question en quatre titres bien distincts; A. — Description macroscopique; B. — Description microscopique; C. — Diagnostic histologique; D. — Autres tumeurs de la rétine, combinaison du gliome avec d'autres néoplasmes.

La description microscopique nécessite elle-même plusieurs subdivisions, si bien que les divers paragraphes que le lecteur va rencontrer dans l'anatomie pathologique se dérouleront dans l'ordre suivant :

A. — Description macroscopique.

B. — Description microscopique.

- 1° Tissu gliomateux, ses variétés.
 - a) Genèse du gliome;
 - b) Nature du gliome.
- 2° Extension du gliome dans le corps vitré, gliome endophyte.
- 3° Extension du gliome à la choroïde et au nerf optique, gliome exophyte.
- 4° Exophtalmie fongueuse, métastases, tumeurs récidivantes.
- 5° Phtisie du bulbe. Régression temporaire du gliome.

C. — Diagnostic histologique du gliome.

- a) Gliome intra-oculaire;
- b) Gliome extra-oculaire.

D. — Autres tumeurs de la rétine. Combinaison du gliome avec d'autres néoplasmes.

L'énumération de ces divers paragraphes servira à rendre plus facile la lecture de la longue description que nous allons commencer.

A. — Description macroscopique. — Au point de vue macroscopique le gliome rétinien se présente sous la forme d'une tumeur molle, blan-

châtre, quelquefois légèrement translucide, souvent piquetée par de petites hémorragies qui, lorsqu'elles sont anciennes, font sur la coupe une trainée rougeâtre.

Le néoplasme se développe en général du côté de la choroïde; dans ce cas sa face externe choroïdienne est bosselée, lobulée; la face interne fait corps avec la rétine primitivement malade. La partie de la rétine non comprise dans la tumeur est plus ou moins complètement décollée, même alors que le néoplasme est au début de son développement. Knapp a remarqué que la rétine décollée peut venir s'appliquer sur la face externe de la tumeur comme pour lui servir d'enveloppe.

Quelquefois la tumeur au début prolifère exclusivement du côté du corps vitré (*variété endophyte*) : dans ce cas il n'y a pas de décollement de la rétine; le vitré est tout entier envahi par le néoplasme qui devient ensuite *exophyte*; après avoir détruit toute la rétine il attaque la choroïde et se répand en dehors de l'œil. La forme du décollement rétinien, au début du processus gliomateux exophytique, est d'ailleurs analogue à celle du décollement simple: il est en entonnoir; la rétine n'adhère plus qu'au nerf optique et à l'ora serrata. Becker et Pinto ont donné de cette disposition des figures bien connues, et le cas personnel que nous représentons (obs. IV, gliome) est tout à fait analogue; on y distingue macroscopiquement les limites qui séparent la partie externe de la tumeur, du liquide épanché sous la rétine décollée. Il est visible aussi, à la seule inspection, que le néoplasme s'est développé aux dépens de la partie externe de la rétine.

Avant que la tumeur rétinienne ait atteint un volume bien considérable, il s'y produit des *métamorphoses régressives* qui sont un des caractères les plus frappants du gliome. Certaines parties tombent en dégénérescence grasseuse, se ramollissent et se transforment en une bouillie amorphe et, parallèlement, d'autres parties se calcifient, prennent la forme de petites granulations arrondies qui, dans certains cas, s'accumulent en masses volumineuses, grosses comme un haricot (Leber) et faisant croire, à tort, à une véritable ossification.

Outre ces parties grasseuses et calcifiées sur lesquelles Ch. Robin a le premier appelé l'attention, on voit des zones jaunâtres, présentant de

vieux foyers de pigmentation hématique, et quelquefois des îlots d'aspect caséux.

Ces diverses couleurs du tissu gliomateux normal et dégénéré donnent à la coupe du gliome rétinien un aspect spécial et les difficultés mêmes que le rasoir, rencontrant les parties calcifiées, éprouve à faire cette coupe, assignent une physionomie tout à fait particulière à l'anatomie macroscopique du fungus médullaire de la rétine.

C'est d'ailleurs surtout dans les parties de la tumeur qu'emprisonne la sclérotique que se produisent toutes ces métamorphoses grasses et crétaées, probablement parce que l'enveloppe fibreuse de l'œil, gênant son extension, empêche la nutrition des cellules qui sont loin des vaisseaux; lorsque le néoplasme a dépassé l'œil, il prolifère aisément, remplit la cavité orbitaire, envahit la boîte crânienne, attaque le squelette, revêtant partout la forme, l'aspect et les allures de l'encéphaloïde ramolli, fongueux, sanglant, tel que Laënnec l'a décrit.

B. — Description microscopique. — Le tissu qui compose le gliome rétinien mérite une analyse histologique très attentive; nous lui consacrerons tout d'abord un paragraphe spécial; nous étudierons ensuite la variété endophyte, puis la propagation à la choroïde, au nerf optique et à la sclérotique (variété exophyte); ensuite l'extension extra-oculaire de la tumeur et les métastases, de telle sorte que notre description histologique comprendra les paragraphes suivants :

- 1° Étude du tissu dit gliomateux, ses variétés, sa genèse, sa nature;
- 2° Du gliome endophyte;
- 3° Du gliome exophyte;
- 4° Exophtalmie fongueuse, envahissement de l'orbite et métastases;
- 5° Phtisie du bulbe, régression temporaire du gliome.

1° TISSU GLIOMATEUX, SES VARIÉTÉS, SA GENÈSE, SA NATURE. — Le tissu gliomateux est essentiellement composé de cellules rondes, d'un petit volume, possédant un gros noyau et très peu de protoplasma; elles sont contenues dans une faible quantité de substance intercellulaire, tassées les unes contre les autres et souvent, sur les coupes, polyédriques par pression réciproque. Du reste, ces cellules ne rappellent pas tou-

jours celles des couches granuleuses de la rétine, elles ressemblent souvent aux cellules des sarcomes embryonnaires globo-cellulaires dont les sépare seulement en général leur petitesse relative et leur extrême régularité. L'examen des figures 3 et 4 de notre planche IX est à ce point de vue très démonstratif.

Ces notions générales étant bien posées sur la forme des cellules gliomateuses, il importe de faire immédiatement remarquer que les règles ainsi établies sont loin d'être sans exception.

Un certain nombre d'auteurs ont décrit des cellules ovales, allongées, presque *fusiformes*; et presque tous font remarquer que les cellules dispersées dans les foyers de dégénérescence ont une physionomie spéciale; les unes sont rondes ou ovales, d'autres nettement coniques avec large base et extrémité en pointe; la plupart sont plus petites que les cellules gliomateuses ordinaires, quelques-unes ont trois ou quatre fois la grosseur des cellules voisines et ressemblent aux cellules épithélioïdes des tubercules (Eisenlohr¹, Thieme², etc.).

Les lobules gliomateux développés dans la choroïde présentent un grand nombre de cellules fusiformes, notamment au voisinage des capillaires sanguins. Beaucoup d'observateurs ont été frappés du caractère sarcomateux des nodules gliomateux choroïdiens. D'après Berthold, la choroïde produirait naturellement des éléments sarcomateux sous l'influence de l'excitation que lui apporte le gliome rétinien. D'ailleurs, Virchow n'a-t-il pas expressément dit qu'il y avait des gliomes dans lesquels on pouvait noter le passage direct du gliome au sarcome (*glio-sarcome*). Pinto cite cette opinion de Virchow et croit avec lui qu'il s'agit d'une transformation néoplasique « amenée par un changement de condition vitale et diverses particularités de terrain ». Cette opinion s'accorde avec les faits constatés par Bochert³; cet auteur a étudié un gliome devenu sarcomateux dans la choroïde et qui a repris dans le corps vitré son caractère gliomateux en l'envahissant à travers une perforation de la lamelle vitrée. Il

¹ EISENLOHR. Beitrag zur Kenntnis der Glioms der Netzhaut. *Virchow's Archiv*, 3, p. 429, 1891.

² THIEME. Ueber Gliome der Retina. *Arch. f. Ophth.*, XXXIX, 2, p. 175, 1893.

³ BOCHERT. *Untersuchungen über das Netzhautgliom*. Dissertation inaugurale. Königsberg, 1888.