

à un larmolement abondant. La vision est plus ou moins troublée, parfois réduite à distinguer la lumière des ténèbres.

Marche. Terminaisons. Abandonnée à elle-même, la hernie de l'iris se comporte différemment, suivant les cas. Tantôt elle se couvre d'une exsudation plastique, qui s'organise et s'épaissit; la tumeur s'affaisse peu à peu et finit par se mettre de niveau avec la surface de la cornée. Ce mode de terminaison est commun après les hernies traumatiques, lorsqu'il ne survient pas d'inflammation. D'autres fois, la tumeur augmente de volume et se convertit en un champignon plus ou moins fongueux, qui peut se couvrir d'une exsudation plastique. On a noté quelquefois la réduction spontanée de la hernie iridienne. Lorsque celle-ci succède à un ulcère perforant de la cornée, et que la phlegmasie n'est pas arrêtée dans sa marche, la cornée se ramollit au voisinage de la portion d'iris engagée dans la perforation, et les deux membranes accolées l'une à l'autre donnent lieu à la formation d'une tumeur désignée sous le nom de *staphylôme opaque de la cornée, staphylôme cornéo-iridien* (voy. p. 33). Si la brèche de la cornée est très-grande, que la presque totalité de l'iris se soit engagée dans l'ouverture, il se forme une tumeur bleuâtre, bosselée, plus ou moins saillante, que l'on appelle *staphylôme en grappe, staphyloma racemosum, staphylôme de l'iris, hernie ancienne et complète de l'iris à travers la cornée détruite*.

Diagnostic. Il est facile: il suffit d'avoir égard à la coloration que présente la tumeur, au changement survenu dans la situation normale du diaphragme oculaire, qui, au lieu d'être placé de champ, présente une inclinaison en avant dans une partie de son étendue, circonstance qu'on apprécie bien en examinant l'œil de profil.

Traitement. Il est préventif et curatif. Toutes les fois qu'un ulcère de la cornée menace d'entraîner une perforation de cette membrane, on se comporte comme nous l'avons dit précédemment (p. 28). Dans les plaies pratiquées *chirurgicalement* sur la cornée, on prévient la hernie de l'iris, en ne se rapprochant pas trop de la circonférence de cette membrane.

La hernie effectuée, il faut s'occuper d'en obtenir la réduction. On recommande généralement, pour arriver à ce but, les instillations d'atropine pour dilater la pupille, diminuer l'étendue de l'iris et réduire ce dernier à un limbe étroit, ce qui entraîne mécaniquement en dedans la partie herniée. Mais si la hernie se fait par une portion de la cornée rapprochée de la circonférence de cette membrane, les mydriatiques, en refoulant le tissu de l'iris du centre à la périphérie, loin d'attirer en dedans la portion prolabée, la porteront en dehors. Il y a une distinction fondamentale à établir pour le traitement, suivant le siège de la hernie iridienne. Celle-ci se rapproche-t-elle du centre de la cornée, on emploie les *mydriatiques*; avoisine-t-elle, au contraire, la périphérie de cette membrane, il est indiqué d'avoir recours aux instillations d'*extrait de fève de Calabar*. Dans tous les cas, un traitement antiphlogistique sévère, le décubitus dorsal, la tête élevée, des fomentations glacées sur les paupières, une compression méthodique de la face antérieure du globe, par l'occlusion des voiles à l'aide du taffetas, favorisent la réduction. On peut, dans le même but,

anesthésier le malade; ce qui le met dans l'impossibilité de contracter les muscles périoculaires pendant qu'on tente la réduction. On a préconisé aussi l'emploi de la curette ou de la sonde pour repousser l'iris en arrière; ce moyen n'est applicable qu'aux hernies avec large plaie de la cornée; il augmente, d'ailleurs, la vulnération et expose à une phlegmasie de la chambre antérieure. La *ponction* de la tumeur avec une aiguille, pour évacuer l'humeur aqueuse, a été conseillée par Janin, dans les hernies de l'iris consécutives à la kératectomie. Si ces diverses manœuvres échouent, et que la tumeur soit *très-volumineuse*, on peut en pratiquer l'*excision* avec des ciseaux; si elle n'a qu'un *petit volume*, il est préférable de l'abandonner à elle-même, sauf à se comporter ultérieurement comme dans les hernies déjà plus anciennes de l'iris.

Lorsqu'une hernie de l'iris est plus ancienne, qu'il s'est formé des adhérences solides entre la base de la tumeur et la solution de continuité de la cornée, il n'y a plus à compter sur la réduction. Il faut chercher à obtenir l'affaissement de la tumeur. Si celle-ci est d'un petit volume, on peut se contenter de faire des atouchements avec un pinceau imbibé de *ludanum de Sydenham*. En cas contraire, on cautérise la tumeur pour en obtenir la destruction graduelle. Le *crayon de nitrate d'argent* taillé en pointe est préférable au *beurre d'antimoine*. Deval se loue des *scarifications* de la tumeur suivies immédiatement d'une *cautérisation* au nitrate d'argent. L'*excision* ou *résection* de la tumeur est applicable aux hernies anciennes de l'iris qui se sont pédiculisées à la base. D'autres ophthalmologues pensent que cette opération est applicable à toutes les hernies volumineuses irréductibles. Si la hernie de l'iris se convertit en véritable *staphylôme iridien*, ou si elle donne lieu à un *staphylôme cornéo-iridien*, on se comporte comme nous l'avons dit précédemment (p. 35 et suiv.).

ARTICLE II.

Kystes de l'iris.

Les kystes de l'iris ont été mentionnés et décrits par Mackenzie, A. Richard, Steeber, J. Dixon, Bowman et A.-V. Guépin.

Ces productions morbides semblent, dans le plus grand nombre des cas, reconnaître pour point de départ une lésion traumatique de l'œil. Cette blessure est suivie, parfois pendant plusieurs années, de phénomènes inflammatoires qui offrent des périodes de rémission, et il s'écoule quelquefois aussi un intervalle assez long, entre le moment de la vulnération et celui où la tumeur se montre. Quel rapport existe-t-il entre la lésion traumatique de l'œil et la production d'une tumeur enkystée dans l'épaisseur de l'iris? D'après Bowman, il se fait une sécrétion morbide d'un fluide entre l'iris et l'uvée. Au début, le liquide repousse l'uvée en arrière vers le cristallin: celui-ci arrête, par sa résistance, la marche de la tuméfaction. Le liquide continue à s'accumuler et pousse en avant le tissu propre de l'iris, qui cède lentement. Quand on songe qu'on rencontre, dans quel-

ques-uns de ces kystes, un liquide coloré, brun, parfois gélatineux, on est porté à mettre leur développement sur le compte d'une transformation d'un foyer sanguin de l'iris.

Le kyste est de forme variable : lenticulaire, pyriforme ; bilobé, lorsqu'il est tendu en avant par une bride médiane de l'iris. Parfois il existe plusieurs poches indépendantes les unes des autres. Dans d'autres cas, il n'existe qu'un seul kyste ; mais celui-ci est multiloculaire. Les parois du kyste sont quelquefois blanches et translucides ; ou bien blanches, opaques, dures, d'apparence fibreuse. D'après les recherches de Bowman et Ch. Robin, il n'existe pas de membrane propre ; la cavité du kyste est formée par un simple dédoublement du tissu cellulaire de l'iris. Elle est recouverte, en avant et en arrière, par les éléments de l'iris ; de plus, on trouve, en avant, l'épithélium de la face antérieure, et quelquefois des faisceaux de fibres radiées ; en arrière, l'uvée et l'épithélium pigmentaire. Le contenu de la poche peut être fluide et transparent, ou légèrement coloré en brun ; une masse gélatineuse et molle, infiltrée d'un suc glutineux (Richard) ; une matière grisâtre composée de fines granulations de même couleur, de granulations grasses et de granulations pigmentaires (Robin).

Symptômes. Les kystes de l'iris se présentent sous des apparences diverses, ce qui tient à leur nature. Quelquefois c'est une petite vésicule, faisant saillie dans la chambre antérieure, et naissant de dessous le bord ciliaire de l'iris ; d'autres fois, c'est une tumeur de couleur bleuâtre, occupant une partie de la chambre antérieure, refoulant l'une contre l'autre les lèvres de la pupille, qui est déformée et même oblitérée ; c'est une simple tache noirâtre, arrondie, s'étendant du bord ciliaire jusque vers le milieu de la chambre antérieure, dont l'apparence trompeuse simule une pupille surnuméraire ou une mélanose, ce que Stœber explique par la transparence du kyste, qui permet d'apercevoir le fond noir de l'œil.

Le diagnostic peut offrir des difficultés ; par l'éclairage latéral de l'œil à la lampe, on apprécie bien les conditions morbides de l'iris.

Traitement. Les kystes iridiens ne peuvent être guéris que par une opération. La ponction simple du kyste, à travers la cornée, au moyen d'un couteau lancéolaire, est le plus souvent insuffisante. Le broiement du kyste, au moyen de pinces courbes introduites à travers une plaie de la cornée, faite avec le couteau lancéolaire, n'a donné que des résultats incomplets à A. Richard. La déchirure de la paroi antérieure du kyste, au moyen de deux aiguilles introduites dans la poche, par deux points opposés de la cornée, en laissant flotter les lambeaux minces et déliés ainsi obtenus, n'a pas empêché la récurrence de la tumeur, chez le sujet de Dixon. L'excision de la paroi antérieure du kyste est recommandée par Mackenzie, d'après le procédé suivant : on ouvre la cornée dans une grande étendue, on saisit la partie antérieure de la tumeur avec un crochet ou une pince à canule (*serre-tele*), on l'attire à travers la plaie de la cornée et on la retranche d'un coup de ciseaux. Un procédé plus certain encore consiste à exciser toute la portion d'iris qui renferme le kyste. On établit ainsi, à la

vérité, une pupille artificielle, ce qui, suivant certains auteurs, est avantageux pour prévenir une phlegmasie consécutive grave de l'iris.

ARTICLE III.

Tumeurs bénignes de l'iris.

Il est une classe de tumeurs de l'iris dont les symptômes ont la plus grande ressemblance avec ceux des tumeurs *cancéreuses*, mais qui diffèrent de celles-ci, en ce que l'affection, après un certain temps, se termine par la disparition ou l'affaissement de la production morbide et l'atrophie de l'œil ; tandis que les tumeurs *cancéreuses* sont essentiellement envahissantes et finissent par détruire complètement l'organe de la vision. Ces tumeurs ont été décrites par Delarue sous le nom d'*excroissances charnues* de l'iris. Mackenzie les considère comme formées de *tubercules scrofuleux*.

Elles atteignent de préférence des *enfants* des deux sexes, et naissent soit de l'iris même, soit du ligament ciliaire.

Quelques praticiens ont cru devoir intervenir par une opération chirurgicale qui a enlevé les parties malades, en respectant le reste du globe. L'affection ne s'est pas reproduite, ce qui prouve bien la bénignité de ce genre de tumeurs.

C'est aux tumeurs de ce genre, dont nous avons relaté plusieurs observations (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 194 et 195), qu'il faut probablement rapporter l'espèce décrite récemment sous le nom de *kératome*, et dont il a été question à la page 40 de ce volume.

ARTICLE IV.

Cancer de l'iris et du ligament ciliaire.

Les considérations émises dans l'article précédent sont suffisantes pour distinguer les tumeurs *bénignes* des tumeurs *malignes* de l'iris. Ce qui caractérise les dernières, c'est leur marche envahissante, la promptitude de la récurrence. Dans la première période de leur développement, elles présentent des symptômes insidieux, parce qu'elles donnent lieu à des phénomènes inflammatoires qui en imposent pour une iritis simple, un hypopion, une kératite ponctuée. Dans la seconde période, la tumeur se montre au dehors et prend bientôt l'apparence d'une production fongueuse qui s'étale au-devant de la cornée ou de la sclérotique. Dans la troisième période, l'affection fait de nouveaux progrès, c'est-à-dire que la production morbide envahit les parties de l'œil restées saines jusque-là. Les deux observations recueillies à ma clinique, dans le cours de l'année 1864, et publiées, la première dans les *Annales d'oculistique* (t. LII, p. 157), l'autre dans l'*Union médicale* (année 1865, n° 59), reproduites dans mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 196 et suiv., donneront une idée de ce genre de lésions.