

empêchées. Je l'ai vu plusieurs fois avec M. Cazenave qui l'a admis pendant quelque temps à son service à l'hôpital Saint-Louis. Il présente une iritis du côté droit ; mais de plus, en bas et en dehors, sur le même œil, existe un tubercule situé entre la sclérotique, l'iris et la cornée ; des vaisseaux nombreux, d'un rouge brun, rampent dans le tissu sous-muqueux. La vue est encore assez bien conservée, mais bientôt elle s'affaiblit graduellement, et au mois d'avril 1853, je constate qu'elle est tout à fait perdue.

Je revois le malade le 6 juillet 1853 ; l'œil ressemble à une tumeur graisseuse, composée de petits lobules saillants entre les paupières. Le pourtour est injecté de vaisseaux choroidiens qui rampent sur le corps ciliaire hypertrophié et saillant. La portion supérieure interne de la cornée se reconnaît encore un peu. L'œil n'est le siège d'aucune douleur ; le malade perçoit encore faiblement la lumière.

En janvier 1854, l'œil gauche se perd à son tour ; un tubercule se forme en haut et en dehors et s'avance peu à peu dans la chambre antérieure. Une iritis se déclare, des adhérences s'établissent sur la capsule. La pupille se rétrécit et se déforme. La vue se perd de cet œil, et le malade peut à peine se conduire ; il nous paraît certain que dans peu de temps la cécité sera complète. La cornée, au moment où je vois le malade pour la dernière fois, est opaque en haut circulairement.

Le jeune homme devait, au bout de huit à dix jours, retourner au Mexique ; je ne l'ai pas revu.

J'ai vu un fait exactement semblable au précédent à l'établissement des frères Saint-Jean-de-Dieu de la rue Oudinot.

C'était encore un jeune homme atteint d'éléphantiasis, et chez lequel une tumeur très volumineuse existait dans l'œil droit. Elle avait envahi à peu près complètement la chambre antérieure, et aminci la sclérotique à son côté externe. Plus tard, elle avait déchiré cette membrane et passé sous la conjonctive. En même temps, une choroidite très grave s'était développée, et des vaisseaux très volumineux, variqueux, sillonnaient de toutes parts le tissu cellulaire sous-conjonctival. La vue était complètement perdue. J'ai appris depuis que ce jeune homme était mort à la suite de l'affection générale dont il était atteint.

Les tubercules que l'on voyait de toutes parts sur la peau étaient des plus nombreux et se touchaient presque sur toute la surface

du corps. Les paupières étaient déformées de même que les traits du visage.

Ces deux pauvres jeunes gens avaient une figure monstrueuse.

Il y a aussi des tubercules iridiens d'origine syphilitique ; de même que les tubercules dont nous venons de parler, ils s'accompagnent d'accidents généraux qui permettent de les classer immédiatement. J'en ai observé qui, d'abord du volume des condylomes ordinaires de l'iris, prennent tout à coup un développement aussi rapide que considérable, remplissent la chambre antérieure, amincissent et traversent la sclérotique, et détruisent l'œil à jamais. Le plus souvent alors, d'autres tubercules se remarquent sur toute la surface du corps du malade, comme chez le vieillard dont j'ai rapporté plus haut l'histoire (voy. p. 217). Il perdit ainsi l'œil gauche, et faillit périr des suites d'une affection syphilitique d'abord méconnue. Une seule fois j'ai vu dans ma pratique les tubercules iridiens syphilitiques détruire les deux yeux sur le même individu.

V. TUMEUR ENCORE INCONNUE DE LA CORNÉE SIÉGEANT DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE ET ATTRIBUÉE A L'IRIS. — J'ai vu, dans quelques cas, une tumeur que j'ai crue développée sur l'iris remplir peu à peu la chambre antérieure, et s'en échapper en rompant les fibres de la sclérotique. Mais je ne sais, en vérité, où la classer, ni de quelle nature elle peut être. Cette tumeur est d'un jaune orangé, se développe avec une certaine lenteur, s'accompagne d'une inflammation quelquefois très peu intense, d'autres fois assez vive de l'œil tout entier. La cornée est atteinte plus particulièrement dès le début du mal, et présente tous les caractères de la kératite disséminée ; des bosselures se développent à la circonférence de la cornée du côté où la tumeur fait hernie, et l'on ne tarde pas à reconnaître qu'elle est venue se placer immédiatement sous la conjonctive. Les enfants m'ont paru plus spécialement sujets à cette affection.

L'œil, après avoir souffert pendant deux mois entiers, finit par s'atrophier. J'ai prié une fois M. Robin d'examiner une tumeur semblable qui avait, par suite de ses progrès, nécessité une opération. J'en ai déjà parlé plus haut en m'occupant des tumeurs fibro-plastiques. (V. p. 376 et 377.)

Au moment où je revois ce qui précède, un autre cas exactement semblable se présente à mon observation, et, bien que les recher-

ches de M. Ch. Robin le classent naturellement parmi les tumeurs de la cornée, je le rapporterai ici (1), tout ce qui se rapporte à cette membrane étant déjà imprimé.

*Note sur une espèce particulière de tumeur de la chambre antérieure qui a pour origine l'hypergénèse de quelques-uns des éléments de la cornée, par MM. les docteurs Desmarres et Ch. Robin.*

*Remarques préliminaires.* — La production morbide qui fait le sujet de ce travail n'est pas commune; pourtant elle n'est pas tellement rare qu'elle n'ait dû être vue et probablement même décrite. Mais l'étude de ses caractères est devenue méconnaissable dans les auteurs, parce que, en raison de son aspect extérieur, elle aura été sans doute rapprochée des tumeurs cancéreuses ou autres, d'où il résulte qu'une description unique embrasse ainsi plusieurs choses différentes.

Provenant du tissu de la cornée dont elle conserve, en partie, la transparence, souvent volumineuse par rapport à l'organe qui en est le point de départ, cette espèce de tumeur commence, en général, par faire saillie dans la chambre antérieure au point de jonction de la cornée avec la sclérotique. Elle est remarquable, en outre, par sa consistance plus molle que celle de la cornée, bien qu'elle soit assez élastique. Elle est médiocrement vasculaire, et tire ses vaisseaux de la sclérotique. Les éléments anatomiques qui la composent, bien qu'étant en partie ceux de la cornée, s'y trouvent en d'autres proportions, et l'on y rencontre quelques éléments anatomiques homœomorphes qui n'existent pas normalement dans la cornée. La nature de ce tissu, bien différente de celle du cœur, est assez complexe pour ne pouvoir encore, à l'époque actuelle, être formulée par un seul mot; elle exige encore une description qu'on trouvera à la fin de ce travail; mais avant d'entrer dans ces détails, une observation d'un cas qui a été suivi complètement donnera une idée suffisante de la marche, des symptômes et du traitement de cette lésion.

*Observation.* — Le 3 janvier 1855 (n° 9768), on amène à la clinique de M. Desmarres, Mathilde Petit, âgée de six ans, demeurant chez son père, Grande rue à Bercy, n° 58.

Cette petite fille est d'une bonne constitution; ses parents sont

(1) Ce travail sera inséré dans les *Archives d'ophtalmologie* de M. Jamin. (Voy. les mois de mars ou d'avril 1855.)

forts et bien portants, et à peine âgés de trente ans. Elle a commencé à souffrir de l'œil droit au mois de mai 1854; elle se plaignait de douleurs dans le front, la rougeur était légère. Au même moment, l'enfant ressentait aussi de vives douleurs au-dessous du sein gauche, et M. le docteur Belloli, de Bercy, consulté, conseilla d'appliquer en cet endroit quelques sangsues qui amenèrent une prompte guérison.

La rougeur de l'œil disparut, mais les douleurs du front revenaient, disparaissaient sous la forme d'élançements rapides, et réveillaient quelquefois l'enfant pendant la nuit, sans s'accompagner de la moindre rougeur.

Les choses allèrent ainsi jusqu'en décembre 1854; mais vers le commencement de ce mois, l'angle interne du globe devint rouge, et M. Belloli fut consulté de nouveau. L'enfant se portant fort bien d'ailleurs, on crut que ce mal tenait à la dentition et à la croissance, et l'on se borna à prescrire des bains de pieds et quelques légers purgatifs.

Mais, comme la rougeur augmenta, l'inquiétude vint aux parents, et, le 3 janvier, l'enfant présentait les symptômes suivants :

La conjonctive scléroticale est fortement injectée, surtout du côté interne; il y a une injection périkératique très vive, beaucoup de photophobie.

La cornée présente à son centre une multitude de petits points opaques, disséminés dans ses lamelles; quelques endroits de la membrane, surtout du côté interne, sont le siège de petites plaques jaunâtres, non saillantes, très rapprochées les unes des autres, et entre lesquelles la cornée a conservé sa transparence, bien que dans ces endroits elle soit le siège d'un ramollissement évident.

Il y a un hypopyon dans la chambre antérieure.

Au côté interne de cette cavité, il y a une tumeur jaunâtre, oblongue, placée juste à la circonférence de l'iris et de la cornée, en tout point semblable à du pus recouvert de fausses membranes, mais qui est évidemment un produit en voie de progrès, et qui occasionne tout le mal. Je n'en puis connaître la nature, et plusieurs médecins consultés demeurent, comme moi, dans une grande incertitude.

Je porte le diagnostic suivant : *kérato-iritis droit — hypopyon — tumeur puriforme de nature inconnue dans la chambre antérieure.*

Des sangsues, du calomel, des onctions belladonnées sont prescrits.

Je revois l'enfant tous les deux jours, et chaque fois je constate une aggravation considérable des symptômes. La rougeur augmente, la tumeur s'avance vers la pupille. Le 15 janvier, le globe oculaire est déformé, bosselé, plus saillant à la partie interne. Là, on reconnaît que la tumeur tend à envahir la sclérotique. La cornée présente l'aspect d'une glace légèrement dépolie. Du côté interne surtout, il y a de nombreux épanchements jaunâtres isolés. La pupille est un peu déformée, l'iris vert; la vue à peu près nulle, la photophobie très intense. A la marge de l'iris, près de la tumeur principale, on en voit quatre ou cinq autres, fort petites, de couleur blanc jaunâtre, et qui semblent sortir de l'iris, et de là gagner la face postérieure de la cornée. Dans le point correspondant, là où la sclérotique se bosselle, on voit, tout près de la cornée, quelques élévations d'aspect graisseux qui présagent un amincissement prochain de la fibreuse.

26 janvier. Toutes ces petites tumeurs se sont rapprochées les unes des autres et en forment une seule maintenant. Celle-ci grossit rapidement, et en moins d'un mois, elle vient faire saillie en forme d'un petit champignon, au côté externe de l'œil, à travers la cornée et le bord de la sclérotique. Ce champignon, gros comme un noyau de cerise, est d'un blanc rosé sale et piqueté çà et là de petites plaques rougeâtres.

25 février. — L'œil est évidemment perdu; M. Robin présent, j'enlève d'un coup de ciseaux la surface du champignon pour en connaître la nature. Le résultat de son examen est exposé en détail au commencement de la description qui fait suite à cette observation.

28 février. Le mal étant au-dessus de tout remède, j'enlève l'hémisphère antérieur de l'œil avec un staphylotome et en suivant le procédé indiqué pour l'ablation du staphylome opaque de la cornée. L'œil étant fixé au moyen d'un fil, et entraîné en dehors, l'instrument tranchant a été conduit en arrière de la tumeur en plein dans la sclérotique, et de manière à enlever du même coup toutes les parties atteintes par le mal. L'iris, la cornée, le corps ciliaire furent emportés ainsi en même temps que le cristallin et une partie du corps vitré. J'ai préféré cette opération à l'extraction du globe, pour laisser à la pauvre petite la possibilité de cacher la difformité sous un œil artificiel.

La pièce remise aussitôt à M. Robin, a été dessinée et examinée

par lui dans la journée; les résultats de ce travail seront exposés avec les détails nécessaires dans les remarques qui suivent cette observation.

28 février. M. le docteur Belloli m'écrit le billet suivant: « Votre opérée est dans un état satisfaisant. L'inflammation traumatique est légère et n'a pas provoqué de fièvre. »

1<sup>er</sup> mars. L'enfant a eu des douleurs assez vives dans l'œil et dans le front. Elles ont duré trois ou quatre heures et se sont accompagnées de maux de cœur.

2 mars. On m'amène l'enfant; elle est gaie, mange bien et paraît bien portante. La cicatrice marche avec trop de rapidité, et convaincu que les douleurs d'hier qui se sont reproduites ce matin, tiennent à ce que du sang est renfermé dans le globe, je traverse la cicatrice avec un stylet mousse. En effet, je donne issue ainsi à une petite cuillerée à café environ de sang noirâtre.

A partir de ce moment jusqu'au commencement d'avril, les choses sont restées dans l'état le plus satisfaisant; la suppuration de l'œil après avoir marché avec énergie s'est peu à peu ralentie et l'organe est en voie d'atrophie complète. L'enfant se porte à merveille.

Ce mal se reproduira-t-il? l'avenir seul pourra le dire. Attendez.

*Description de la structure de la portion de tumeur de la cornée enlevée le 25 février 1855.* — Le fragment enlevé est du volume d'une grosse lentille. Le tissu est remarquable par sa couleur grisâtre, demi-transparente, presque gélatiniforme. Sa consistance est celle du tissu cellulaire infiltré; mais il est un peu plus élastique, et glisse sous les doigts lorsqu'on le presse.

La structure de ce produit morbide ne peut réellement être comparée à celle d'aucun autre, bien qu'il ne renferme aucun élément hétéromorphe. Toutefois, s'il devait être rapproché, par son aspect extérieur, de quelque tissu pathologique, on pourrait le placer près du tissu gélatiniforme grisâtre, demi-transparent qui entoure fréquemment les parties lésées, dans les articulations atteintes de tumeur blanche, et qui se présente quelquefois sous forme de végétations ou de fongosités.

Ce tissu offre la constitution suivante:

Il renferme une trame de fibres du tissu cellulaire peu nombreuses, rarement disposées en faisceaux. Mais alors elles offrent l'aspect des faisceaux du tissu de la cornée. Cette trame ne représente guère que la dixième partie de la totalité des éléments qui entrent dans la composition de ce tissu morbide. Dans les in-

terstices de la trame se trouve une très grande quantité de matière amorphe finement et uniformément granuleuse. Elle représente à elle seule les cinq dixièmes environ de la masse. Cette matière amorphe est demi transparente, légèrement grisâtre sous le microscope. Ses granulations offrent toutes le même volume, et ont au plus un demi-millième de millimètre de diamètre. Toutes sont uniformément distribuées, et c'est à elles que la substance amorphe doit sa teinte générale grisâtre.

La matière amorphe présente une certaine fermeté. L'acide acétique la gonfle un peu et la rend plus transparente qu'elle n'était d'abord. Il pâlit beaucoup les granulations qu'elle renferme et en fait disparaître une partie.

Après la matière amorphe finement granuleuse qui est l'élément le plus abondant, celui qu'il faut signaler est le fibro-plastique. Il entre dans la composition du tissu pour les trois dixièmes environ.

Les trois variétés de cet élément s'observent dans ce produit morbide. La plus abondante est la variété noyau. Ceux-ci, pour la plupart, sont très allongés, ovoïdes, très transparents, pâles, comme gonflés, turgescents dans leur partie centrale, qui est dépourvue de granulation. Ils offrent, en un mot, les caractères qui leur sont habituels dans les tissus récemment formés, et qui se développent rapidement. Leurs bords sont nets, bien limités. La plupart renferment un petit nucléole central, sphérique dans les noyaux régulièrement ovoïdes, peu allongés. Le nucléole est, au contraire, un peu allongé dans ceux des noyaux qui sont très longs et étroits, presque sous forme de bâtonnets. Parmi ces derniers, on trouve quelques-uns dont une des extrémités est plus étroite que l'autre, soit droite, soit recourbée. Les plus longs sont quelquefois coudés, lors même que leurs deux extrémités sont régulièrement conformées.

Beaucoup de noyaux ont les dimensions ordinaires, mais la plupart pourtant offrent une longueur de 15 à 17 millièmes de millimètre, sur une largeur de 5 à 8 millièmes. Les nucléoles ont une circonférence nette, peu foncée, un centre clair, et ils ne dépassent pas un millième de millimètre.

De cet ensemble de particularité, il résulte pour les noyaux un aspect très remarquable et en même temps très caractéristique, que les éléments fibro-plastiques présentent quelquefois lorsqu'ils sont encore récemment formés dans des tissus rapidement développés.

Après la variété noyau, celle des fibro-plastiques que l'on

rencontre en plus grande quantité est la variété cellule. Elles ne sont pas uniformément distribuées dans toute la tumeur, comme les noyaux. On les trouve par place en plus grande quantité qu'ailleurs. Toutes, ou presque toutes, sont remarquables par leur forme sphérique ou ovoïde, leur aspect de turgescence, lors même qu'on les examine sans addition d'eau. Celle-ci augmente un peu cet aspect, mais non d'une manière tellement sensible qu'il soit nécessaire d'insister sur ce fait. Elles ont un diamètre qui varie de 15 à 22 millièmes de millimètre. Leur périphérie est ordinairement régulière; elles renferment un et quelquefois, mais rarement, deux noyaux. Ces derniers sont semblables aux noyaux libres. Entre eux et la périphérie de la cellule se voit une grande quantité de granulations moléculaires grisâtres, toutes de même volume, uniformément distribuées, au milieu desquelles le noyau se détache en clair. L'acide acétique les pâlit beaucoup sans les dissoudre entièrement.

La variété fusiforme des éléments fibro plastiques existe aussi dans ce tissu, mais elle est beaucoup plus rare que les précédentes. En général, les éléments de cette variété sont courts, à bords un peu irréguliers et dentelés; leur noyau est un peu plus court et un peu plus étroit que les noyaux libres, et que les noyaux contenus dans les cellules sphériques ou ovoïdes, mais il est également transparent, non granuleux.

On trouve, enfin, dans ce tissu des *cytoblastions* et de rares vaisseaux capillaires représentant un dixième environ de sa masse. Les capillaires n'offrent rien de particulier à noter, si ce n'est qu'ils offrent de fines granulations dans leur épaisseur, et sont comme empâtés dans la matière amorphe, difficiles à isoler de celle-ci, dont il reste toujours des lambeaux adhérents à leur surface.

Les *cytoblastions* sont nombreux par place sans jamais être nulle part continus; ailleurs on n'en trouve que fort peu. Ils sont comme à l'ordinaire sphériques, quelques-uns, mais en petit nombre, sont fort peu ovoïdes, leur diamètre est de 3 à 5 millièmes de millimètre; leurs contours sont nets, leur intérieur est finement granuleux, sans nucléole. Ils se séparent et s'isolent de la matière amorphe, plus parfaitement que les éléments fibro-plastiques. Partout où ils abondent, leur mélange à ces derniers donne au tissu, sous le microscope, un aspect tout particulier.

Il est à noter, en outre, qu'à la surface de la partie du tissu

morbide, saillante au dehors du globe de l'œil, on trouve des globules de pus, mélangés aux éléments précédents, plongés aussi dans la substance amorphe décrite en premier lieu. Ils diminuent beaucoup ou disparaissent lorsqu'on arrive à une profondeur de 1 ou 2 millimètres au sein de la tumeur. La portion de celle-ci, qui touche à l'iris, offre aussi à sa surface et un peu dans son épaisseur des éléments pigmentaires, soit à l'état de cellules polyédriques plus ou moins régulières, soit partout à l'état de granulations pigmentaires libres.

*Description et figure de la tumeur et de son tissu, après l'ablation de la totalité de ce produit morbide (28 février 1855).*

La tumeur remplit la chambre antérieure; elle est un peu aplatie, allongée, repliée sur elle-même. Elle adhère au tissu de la cornée avec lequel elle est en continuité de substance, et dans une étendue de 2 millimètres, elle adhère aussi à la sclérotique.

Fig. 41.



Fig. 42.



aplatie, allongée, repliée sur elle-même, de manière à remplir à peu près la chambre antérieure et à représenter ainsi deux moitiés (Y et X) rapprochées par leurs bords. A, est le champignon extérieur retiré du dehors et renversé avec le reste de la tumeur. Dans une étendue de 2 millimètres derrière B, D (fig. 42), la tumeur adhère à la sclérotique intimement à la manière de la cornée même.

On remarque en cet endroit, un faisceau de capillaires à peine visibles à l'œil nu, qui, de la sclérotique, passent dans le tissu de la tumeur seulement et se distribuent dans toute son étendue en se ramifiant et s'anastomosant un grand nombre de fois.

Elle a perforé la cornée, circulairement dans une étendue de 4 millimètres; c'est au bord de cet orifice, le plus rapproché de la sclérotique, du côté de la chambre antérieure, qu'a lieu la continuité de substance entre la tumeur et la cornée, par une sorte de pédicule aplati, épais de 1 millimètre et demi, large de 4 millimètres. Au niveau même de cette adhérence, un prolongement de la tumeur fait saillie au dehors par l'orifice précédent et s'étale en champignon arrondi, à la surface extérieure de l'œil, dans une étendue de 7 millimètres (fig. 1 et 2).

Le tissu de la tumeur est grisâtre, demi-transparent; il ne contient que des capillaires, mais en petit nombre. Il adhère à l'iris par sa partie postérieure, mais sans être en continuité de substance avec elle.

Ce n'est que dans le pédicule de la tumeur, continu avec la cornée et avec la sclérotique, et dans son voisinage, qu'on trouve encore dans le tissu morbide des faisceaux de fibres du tissu cellulaire, semblables à ceux de la cornée.

Dans le corps même de la tumeur, le tissu a la même composition anatomique que dans la portion saillante, enlevée à la surface externe de l'œil. Il est remarquable par sa demi-solidité, sa friabilité et une élasticité particulière qui le fait glisser entre les doigts lorsqu'on le presse. La matière amorphe finement et uniformément granuleuse, déjà signalée, en forme la base, la trame, si l'on peut ainsi dire. Elle est partout uniformément parsemée de nombreux cytoblastions qui lui donnent un aspect remarquable, en raison de leur nombre et de l'égalité de leur écartement que la transparence de la matière amorphe laisse apercevoir dans son épaisseur même.

On y trouve aussi les noyaux fibro-plastiques libres, et les cellules de cette espèce, mais en quantité moindre que les éléments précédents; on y rencontre également les globules de pus, qui, bien que moins abondants qu'à la surface saillante hors de l'œil, existent pourtant partout en quantité notable. On trouve enfin dans ce tissu, un élément qui, normal dans la moelle des os, se rencontre assez fréquemment dans les produits morbides de nature fibreuse, cartilagineuse et fibro-cartilagineuse, fibro-plastique provenant des tissus osseux, fibreux, périostique, ligamenteux même, du tissu sclérotical et, comme on le voit ici pour la première fois, de la cornée aussi. Ce sont les éléments appelés *plaques à noyaux multiples ou myéloplaxes*.

Ils sont peu abondants au sein de cette tumeur, mais se rencontrent dans toute son étendue, sauf dans la portion saillante par la perforation de la cornée. La plupart de ces myéoplaxes sont sphériques, ou ovoïdes, rarement à contours onduleux ou dentés, comme dans les os. Elles sont finement granuleuses, renferment des noyaux nombreux, surtout près de leur circonférence. Ceux-ci sont ovoïdes, généralement un peu allongés, plus clairs que la masse de l'élément, et la plupart ont un nucléole. Le diamètre des myéoplaxes varie de 5 à 9 centièmes de millimètre, celui de leurs noyaux est de 12 millièmes de millimètre pour la longueur sur 5 à 7 millièmes de large.

Enfin il faut noter, en terminant la description de cette espèce particulière de tumeur, que la membrane de Descemet avait été soulevée et repoussée par le produit morbide, mais non envahie ni détruite.

Elle avait été repoussée et plissée du côté de la cornée opposé à celui de l'adhérence de la tumeur. Son état de parfaite homogénéité et sa transparence n'étaient nullement changées; seulement, son épithélium pavimenteux, si délicat et si régulier à l'état normal, manquait complètement dans la portion détachée et plissée par la tumeur. Il existait encore des cellules juxtaposées dans la portion non plissée de la membrane, adhérente à la portion saine de la cornée; mais elles étaient plus irrégulières qu'à l'état normal, quelques-unes étaient étroites, allongées, tout à fait prismatiques; elles ne formaient plus une couche régulièrement continue, non interrompue comme à l'état normal, mais des groupes de cellules avec des intervalles dépourvus d'épithélium presque aussi grands que ceux qui en possédaient.

VI. TUMEURS VASCULAIRES. — On trouve sur l'iris une tumeur vasculaire qui a reçu le nom d'*hématique*; tantôt elle se forme dans la chambre antérieure, la cornée étant saine, tantôt, et c'est le cas le plus souvent remarqué, elle se développe sur la cornée, lorsqu'à la suite d'une ulcération l'iris a fait hernie au dehors.

Maître-Jan (1) rapporte un cas curieux de cette dernière variété de tumeur qu'il décrit ainsi: « La plus grande excroissance de chair que j'aie vue suivre un ulcère qui était, partie dans la cornée opaque, et partie dans la cornée transparente, en la

(1) Maître-Jan *loc. cit.*, p. 441.

» partie inférieure de l'iris, fut en un nommé Nicolas Noël, dit la  
 » Seine, qui servait dans les troupes en qualité de cavalier, il y  
 » a 18 ou 20 ans. Elle était si considérable qu'elle s'avancait  
 » hors les paupières, comme un champignon qui couvrait tout  
 » l'œil, et était horrible à voir. On l'avait déjà extirpée plusieurs  
 » fois par ligature et avec des ciseaux sans aucun résultat. Mais  
 » trois semaines ou un mois après, elle repullulait si fort, qu'elle  
 » était dans le même état. Je me déterminai à la consommer avec  
 » les cathérétiques; je fis une poudre avec une partie de sublimé  
 » corrosif et quatre parties de croûtes de pain bien desséchées. J'en  
 » saupoudrais un peu, avec les doigts, toute la superficie de l'ex-  
 » croissance; et sitôt que je voyais les chairs blanchir, je lui lavais  
 » l'œil avec des eaux ophthalmiques un peu tièdes pour empêcher  
 » le sublimé, dissous dans les humidités de l'excroissance, d'agir  
 » sur les parties voisines, et ensuite j'y appliquais des compresses  
 » trempées dans le collyre fait avec le blanc d'œuf et l'eau de  
 » rose, etc. » Après sept applications, la tumeur fut détruite jus-  
 » qu'au niveau de la cornée, le cristallin et le corps vitré sortirent  
 » par l'ouverture, et le malade guérit.

Les végétations de l'iris à travers la cornée ne sont pas toujours aussi actives; plusieurs prennent une teinte blafarde et croissent très lentement. Dans le service d'Auguste Bérard, à la Pitié, j'en ai vu un exemple très curieux, sur une petite fille autrefois atteinte d'ophthalmie purulente; Wenzel (1) en cite un cas remarquable.

Lorsque la tumeur vasculaire est renfermée dans la chambre antérieure, elle ressemble à une petite framboise mobile. Stationnaires souvent pendant un temps considérable, ces végétations prennent quelquefois un volume assez grand. Middlemore (2), qui paraît les avoir observées, en donne une description. De temps en temps elles provoquent des douleurs assez vives, et deviennent la cause d'un épanchement de sang dans l'humeur aqueuse.

VII. KYSTES. — La science ne possède qu'un très petit nombre de faits relatifs à des kystes de l'iris. Mackenzie dit en avoir vu un se former dans l'iris à la suite d'une plaie; il était demi-transparent et paraissait rempli d'un liquide clair. Comme il n'augmentait pas de volume et ne causait pas de douleur, on n'y fit rien.

(1) Wenzel, *Manuel de l'oculiste*, 1808, t. II, p. 137.

(2) Middlemore, t. I, p. 721.