

de l'hypersécrétion n'est pas inflammatoire; elle est d'origine nerveuse ou vasculaire. La névrose hypersécrétoire (Donders) reste douteuse. Stellwag, Panas pensent à l'artério-sclérose rétinienne, donnant de la stase veineuse (W. Jones) et aboutissant à une transsudation expliquant l'hypertonie et de la congestion.

L'adhérence iridienne, et par suite l'*hypoeocrétion*, sont primitives dans les cas d'enclavements iriens, de staphylomes cornéens, d'occlusion pupillaire. On ne saurait cependant refuser une influence hypersécrétoire aux tiraillements ciliaires dus à des enclavements capsulaires, à des subluxations du cristallin. Le cristallin luxé peut oblitérer l'angle de filtration, mais il peut aussi agir par le mécanisme précédent comme le pensait de Graefe; d'autre part, l'adhérence irido-cornéenne peut se développer dans ces cas, aussi bien du côté dont le cristallin luxé est absolument éloigné.

L'erreur serait de vouloir expliquer le glaucome primitif par une seule théorie, alors que les deux se complètent et sont nécessaires pour pouvoir se faire une idée, même ébauchée, du glaucome en général. Si l'on utilise les si nombreuses recherches sur l'anatomie pathologique du glaucome primitif ou secondaire [H. Müller, Knies (1), Panas (2); etc.], on arrive à concevoir que le glaucome primitif relève surtout d'une hypersécrétion due à une influence nerveuse s'exerçant sur des vaisseaux malades, incapable de déterminer le glaucome si les vaisseaux sont intacts, enfin rapidement compliquée d'une hypoeocrétion qui fixe la maladie. Dans le glaucome secondaire, l'hypoeocrétion joue plus souvent un rôle pathogénique, mais il faut se garder d'exclure le rôle souvent important de l'hypersécrétion.

Le rétrécissement et l'inextensibilité (Cusco) de la sclérotique des sujets âgés intervient pour rendre plus marquées les lésions, de même que la conformation de l'œil hypermétrope. Chez les myopes, chez les jeunes sujets, le glaucome est plus rare à cause de la différence même du terrain anatomique. On devrait aussi mesurer systématiquement la tension artérielle des glaucomateux.

Le rôle hypertonisant des *mydriatiques* et le rôle *hypotonisant* des myotiques semblent devoir faire attribuer encore plus d'importance à l'accolement complet ou relatif de l'iris au triangle trabéculaire.

L'étude du glaucome hémorragique, la fréquence du glaucome après l'embolie de l'artère centrale (Fischer), la constance de l'artério-sclérose chez les glaucomateux, tendent à faire admettre que la sclérose des artères rétiniennes est souvent primitive, et non secondaire, fait *impossible à discerner*, si l'on se borne à l'examen histologique des glaucomes absolus (endartérite et sclérose compensatrices). Dans le glaucome aigu, l'influence manifeste du système nerveux et la présence d'une hypersécrétion intra-oculaire extrême

(1) KNIES, *Centralbl. für allgem. Path.*, 1890.

(2) PANAS, *Traité des maladies des yeux*, t. I.

sont indéniables. Il y a là par un spasme artériel, donnant lieu à une turgescence des veines de la couronne ciliaire, une énorme hypersécrétion projetant violemment la base de l'iris vers les voies excrétoires scléro-cornéennes.

L'étude anatomo-pathologique du glaucome secondaire est bien supérieure pour la compréhension pathogénique aux quelques expériences tentées sur les animaux, dont les yeux, si différents, constituent un mauvais terrain d'expérience.

Diagnostic. — Si le diagnostic du glaucome est généralement facile pour un spécialiste, il offre quelques difficultés pour le praticien et l'expose à des erreurs dangereuses pour l'avenir de l'œil.

On pourrait confondre un *glaucome aigu* avec une *iritis*: mais l'iritis ne débute guère avec la rapidité, l'explosion douloureuse du glaucome aigu. Les *synéchies* et l'atréisie de la pupille sont la règle dans l'iritis: enfin l'œil est *mou*. C'est l'inverse pour le glaucome où l'œil est *dur* et la pupille plus ou moins dilatée. Il faut cependant savoir que, chez les sujets ayant dépassé cinquante ans, l'iritis se complique souvent d'hypertonie: il y a donc une pupille étroite, des *synéchies* et un *œil dur*. Mais, dans l'immense majorité des cas, il s'agit seulement d'une iritis. On ne se servira jamais d'atropine pour éclairer le diagnostic, car elle a l'influence la plus néfaste sur le glaucome, dont elle aggrave immédiatement l'hypertonie et les souffrances. Une simple paracentèse de la chambre antérieure a au contraire un effet des meilleurs, et modifie rapidement la scène.

On n'attribuera pas une hémorragie rétinienne d'étiologie diverse à un *glaucome hémorragique*: mais, en l'absence d'une étiologie franche (brightisme, diabète, cardiopathie, etc.), on réservera le diagnostic, une attaque de glaucome pouvant survenir après plusieurs semaines.

On ne prendra pas un glaucome aigu pour un glaucome *secondaire* à des luxations cristalliniennes ou à une *tumeur intra-oculaire*. L'étude soignée des antécédents et un examen consciencieux éviteront l'erreur.

Le glaucome *chronique simple* est souvent d'un diagnostic délicat avec une *atrophie* du nerf optique. Fréquemment l'œil ne donne pas une sensation de dureté bien appréciable. L'examen rigoureux de l'excavation, avec les coudes vasculaires et la réplétion veineuse, l'aspect différent des excavations physiologiques et atrophiques, le rétrécissement nasal du champ visuel, les signes subjectifs particuliers (vision d'auréoles, d'arc-en-ciel, etc.), l'amélioration rapide par les myotiques, permettront le diagnostic, en l'absence d'une *hypertonie* marquée. On ne saurait trop insister sur l'examen *minutieux* du champ visuel des deux yeux.

Traitement. — Le traitement repose sur un ensemble de moyens destinés à abaisser la *tension intra-oculaire*.

Il faut d'abord *éviter* les mydriatiques (W. Jones, de Graefe). La cocaïne a cependant un rôle encore à l'étude. Les *myotiques*, dépliant l'iris et dégageant l'angle iridien, seront systématiquement usités (ésérine, pilocarpine).

Nous allons maintenant étudier les indications et la technique des opérations dans les diverses formes du glaucome.

1° **Glaucome aigu.** — Seule, une opération hâtive peut guérir le glaucome aigu. Tous les autres moyens, quelque amélioration qu'ils entraînent, ne doivent servir qu'à permettre de l'exécuter dans de bonnes conditions, car elle est d'une exécution délicate.

On tâchera de détendre l'œil pendant un jour environ par des instillations d'ésérine, toutes les deux heures; le chloral, la morphine, sont également indiqués. Une paracentèse scléro-cornéenne peut être aussi très utile, mais elle est douloureuse et difficilement acceptée par le malade, comme opération préparatoire.

La *sclérotomie* ne jouerait ici qu'un rôle très momentané, et on doit lui préférer l'iridectomie.

Certains chirurgiens, pour faciliter l'iridectomie, ont fait une paracentèse du corps vitré, quelques jours auparavant: on n'aurait recours à cette pratique que si l'iridectomie était manifestement impossible, malgré l'emploi des moyens précédents, la chambre antérieure étant totalement disparue.

L'iridectomie nécessitera quelquefois le chloroforme, la cocaïne ne pénétrant pas bien dans l'œil hypertendu et l'indocilité du malade exposant à une mauvaise exécution de l'iridectomie et à la perte ultérieure de l'œil par récurrence du glaucome.

Comme le conseillait de Graefe, l'incision en haut devra porter à 1 millimètre 1/2 du limbe, dans la scléro-cornée. Elle sera faite à la lance qui permet d'assurer cet emplacement exact, tandis qu'avec le couteau de Graefe, on ne sait pas toujours si l'on pourra ressortir exactement à l'endroit voulu. On n'emploiera le couteau de Graefe que si l'état de la chambre antérieure ne permet absolument pas l'usage de la lance. L'iridectomie sera en tous cas aussi périphérique que possible (iridectomie sclérale), et on l'a même exécutée par une plaie de sclérotomie (scléro-iridectomie de Terson père).

On fera une large iridectomie en U (fig. 56, p. 186), en arrachant (Bowman) même l'iris et en le coupant en deux ou trois coups de ciseaux, puis on réduira avec soin les bords de l'iris coupé et on instillera des myotiques.

On ignore l'action exacte de l'iridectomie; cependant l'efficacité plus grande de la section sclérale, attribuée d'abord à l'ouverture du canal de Schlemm (Sichel père) permet (de Wecker) de penser qu'une part de son effet revient à la *filtration de la plaie sclérale* (cicatrice à filtration, souvent démontrée par un léger œdème sous-conjonctival existant à ce niveau pendant très longtemps), mais nous croyons

aussi que le dégagement de l'angle irien à son niveau explique la plus grande partie de son action (Weber). On a souvent remarqué que sur les yeux énucléés au *glaucome absolu ayant résisté à l'iridectomie, la base de l'iris était restée en place, bouchant l'angle de filtration*; c'est pour cette raison que ces glaucomes avaient résisté à l'iridectomie, et l'iridectomie a agi, dans les glaucomes *guéris* par elle, précisément en dégageant cet angle irien, laissé obstrué dans les glaucomes non *guéris* et amenés, par son insuccès, à l'énucléation. J'ai en effet, remarqué l'insuccès de l'iridectomie dans les cas où l'angle irien était resté libre. Weber, de Vincentiis pensent que la traction de l'iris pendant l'iridectomie, déplisse et dégage le *reste* de l'angle iridien.

S'il y a récurrence ultérieure du glaucome, on fera la réouverture (à la lance) de la cicatrice (ouléctomie de Panas et de Wecker) et s'il y a insuccès, une iridectomie périphérique en sens opposé. (De Graefe.)

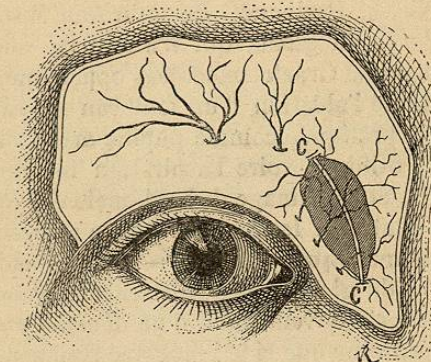


Fig. 67. — Arrachement du nerf nasal. — CC', incision (Badal).

Les accidents de l'iridectomie peuvent être des hémorragies intra-oculaires, immédiate ou à répétition qui, si elles sont peu abondantes et s'il n'y a pas luxation du cristallin, peuvent se résorber. La cicatrisation *cystoïde*, avec possibilité d'infection ultérieure, existe quelquefois: sa fréquence sera diminuée par l'usage systématique du bandeau compressif et de la lance. On a pu voir aussi le cristallin s'opacifier, sans blessure démontrée de la cristalloïde, probablement par ébranlement.

Les résultats de l'iridectomie *dans le glaucome aigu* ont été l'objet de diverses statistiques, peu comparables entre elles: les cas opérés dans la première quinzaine permettent seuls d'espérer la restriction intégrale. A condition de la faire de bonne heure et sclérale, l'iridectomie est une opération d'une efficacité démontrée et définitive dans le glaucome aigu, dans plus de la moitié des cas: il n'en est pas de même dans les autres variétés de glaucome.

2° **Glaucome hémorragique** (1). — On évitera ici systématiquement l'*iridectomie*, dont l'inefficacité et les dangers sont des plus réels comme dans tous les glaucomes *postérieurs*. On pratiquera la *sclérotomie* antérieure, et, s'il y a insuccès on la répétera en divers sens, tant qu'un certain degré de vision persistera. Si la vision est perdue, on fera de temps à autre des ponctions *équatoriales* plus logiques, et si elles ne procurent qu'une amélioration par trop passagère, l'ablation totale ou partielle du globe reste indiquée.

3° **Glaucome absolu**. — On suivra, en cas de glaucome absolu, la pratique des ponctions équatoriales, en piqûre de sangsue (Parinaud), faites avec le couteau de Graefe et fréquemment au même point (Terson père), avant d'en venir, s'il y a lieu, à l'ablation. L'*arrachement du nasal* (fig. 67) (Badal) a été recommandé, au moins comme atténuation des douleurs. Il ne faut pas rejeter d'emblée les ponctions sclérales qui ont donné de nombreux succès aux chirurgiens du XVIII^e siècle et à de nombreux opérateurs contemporains (de Luca, Nicati, Parinaud). Ce qu'il faut absolument éviter, c'est la section *large* du globe, qui n'a rien de commun avec les *ponctions* au couteau de Graefe, exécutées opportunément.

On a aussi pratiqué l'ablation d'un lambeau scléral (sclérectomie de Parinaud), déjà pratiquée comme pupille artificielle sclérale par Autenrieth, Rieke, Stilling, voire l'aspiration intra-oculaire renouvelée de Woolhouse et le drainage de l'œil, mais ces opérations n'ont pas donné de résultats sur lesquels on puisse compter.

4° **Glaucome chronique simple**. — Ici, probablement à cause de la faible tension du globe et des différences profondes de pathogénie, l'*iridectomie* est souvent suivie d'un *abaissement définitif de la vision*. On ne la fera donc que si le glaucome résiste aux moyens suivants.

Les *myotiques*, en collyres ou en pommade, seront ici employés systématiquement *plusieurs fois* par jour (Cohn, Panas). On préférera la pilocarpine à 1/100 à l'ésérine, dont l'usage constant est douloureux et irritant. On peut y joindre le bromure de potassium et la quinine (Abadie). On continuera ces remèdes pendant plusieurs mois, si la situation s'améliore. Si la tension augmente peu à peu, en même temps que le champ visuel se rétrécit, on pratiquera une *sclérotomie antérieure* de la façon suivante.

La *sclérotomie*, proposée d'abord par de Wecker (1867), exécutée à la lance par Stellwag et Quaglino, se fait avec un couteau de Graefe de moyenne dimension ou avec un couteau légèrement *courbe* qui m'a paru faciliter encore la section, et se compose d'une ponction et d'une contre-ponction pratiquées au niveau du quart supérieur de la cornée, à un millimètre en dehors du limbe (fig. 68). Si l'on fait

(1) Consulter DE BOURGON, thèse de Paris, 1893.

l'opération plus bas, on s'expose à des enclavements iriens. On laisse un *pont scléral médian* que l'on érode légèrement dans sa partie profonde, avec le tranchant du couteau, en abaissant son manche, lorsqu'on retire la lame. On applique la compression pendant deux ou trois jours, puis on continue les *myotiques*. Il est préférable de faire les deux petites plaies à pont médian avec le couteau de Graefe (procédé de Wecker) qu'une seule plaie avec la lance, plaie plus large exposant aux enclavements. M. Parenteau a imaginé une pique bifide pour obvier à l'inconvénient de la lance ordinaire ; mais l'usage de cet instrument ne s'est pas répandu.

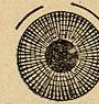


Fig. 68. — Sclérotomie antérieure (de Wecker).

Il ne faut pas hésiter à répéter *plus tard en divers sens* la *sclérotomie*, si la tension remonte.

L'incision de l'angle iridien (Tailor et de Vincentiis) a été récemment préconisée, et est encore à étudier.

La *sclérotomie combinée* (de Wecker) et diverses autres opérations (section du muscle ciliaire, ablation du cristallin) présentent peut-être plus de dangers que d'avantages.

On ne ferait l'*iridectomie* dans le glaucome simple qu'après insuccès des *myotiques*, *sclérotomies répétées*, et *hypertension* progressive.

Malgré tout, la marche du glaucome chronique est souvent maligne, et le champ visuel se rétrécit peu à peu, encore que la tension paraisse revenue à un état normal.

On fera suivre au glaucomateux une hygiène qui lui interdise toute émotion, tout effort pouvant provoquer des crises. On énucléera tout moignon (Abadie) pouvant par ses douleurs aider à la formation d'un glaucome sur l'œil opposé, toujours prédisposé ; on ne se pressera pas de pratiquer l'*iridectomie préventive* (Sichel fils, Fieuzal) sur l'œil resté sain, vu que rien ne prouve qu'elle ait, *dans ces conditions*, une action sûre, mais on instillera de l'ésérine ou de la pilocarpine pendant une quinzaine de jours, *dans l'œil non opéré*, avant et après l'*iridectomie* de l'œil opposé.

5° **Glaucome secondaire**. — Dans le glaucome secondaire aux leucomes adhérents, de larges *iridectomies sclérales* sont indiquées : en cas d'impossibilité, on pratiquera la *sclérotomie rétro-iridienne* (*irido-sclérotomie* de Panas). L'*iridectomie* sera de règle dans toute occlusion pupillaire avec hypertension, de même que les *sclérotomies* et au besoin l'extraction du cristallin pour le glaucome qui accompagne la luxation cristallinienne.

La thérapeutique du glaucome secondaire est décevante et les *ponctions sclérales* précèdent ordinairement de bien près les amputations partielles ou totales du globe oculaire.

HYDROPTHALMIE

L'hydrophthalmie, désignée à cause de l'énorme accroissement de l'œil sous le nom de *buphtalmie*, ne se développe guère que chez les enfants (laxité du tissu scléral).

Symptomatologie. — L'énorme dilatation des cornées, généralement bilatérale, frappe tout d'abord; la cornée n'est pas toujours transparente: si elle l'est, on voit l'iris quelquefois tremblotant et la pupille élargie. Le limbe cornéen est bleuâtre et sa dimension est de plusieurs fois celle de la normale. D'autres fois, la cornée est grisâtre, comme dans la kératite parenchymateuse. Enfin, l'œil est *dur*, sans avoir la consistance pierreuse. Le champ visuel est réduit: on voit aussi le nystagmus coexister avec l'extrême myopie de l'œil. Une excavation papillaire glaucomateuse peut cependant se produire. Cependant il est des cas exceptionnels (1) où une bonne acuité visuelle persistait chez un sujet âgé. Mais on se demandera s'il ne s'agit pas plutôt de cas de kératoglobé, ou d'une sorte d'anomalie congénitale *sans glaucome*. Quelques cas sont stationnaires ou ne s'acheminent que lentement vers l'amaurose définitive.

Étiologie. — Il est très possible qu'il y ait un défaut dans le développement dans la cornée, mais rien ne démontre ni sa réalité, ni sa nature: il en est de même d'une origine pathologique quelconque, et jusqu'ici rien ne prouve que la syphilis héréditaire, le rachitisme et d'autres lésions de la mère ou du fœtus puissent être sûrement incriminés. De même que la kératite interstitielle, on peut rencontrer chez les animaux cette curieuse affection. Divers auteurs ont signalé l'existence de plusieurs cas dans la même famille.

Anatomie pathologique. — La cornée est presque toujours infiltrée en partie. Le globe tout entier est considérablement *agrandi*. Il en résulte que le cristallin est suspendu à une zonule rompue ou très distendue, à une grande distance de la paroi oculaire. L'angle irido-cornéen peut être soudé, mais il peut être absolument *intact*. (Kalt.)

Bien que cet état doive être rattaché au glaucome, il faut reconnaître qu'on ignore le point de départ véritable et la pathogénie de l'affection.

Diagnostic. — Le diagnostic de la buphtalmie s'impose, en présence de la déformation et du tonus. Mais, quand une déformation analogue existe seule, sans tonus, on la rangera dans le kératoglobé, quelquefois avec distension myopique du segment postérieur, et *hypotonie*. Dans ces cas, les myotiques et tout traitement antiglaucomateux sont absolument contre-indiqués.

(1) WARLONMONT, *Soc. franç. d'opht.*, 1891.

Traitement. — Les myotiques sont recommandables, mais insuffisants. L'*iridectomie* sera *systématiquement rejetée* d'emblée, vu les hémorragies profuses, la déchirure presque fatale de la zonule distendue et l'atrophie du globe, qu'elle a maintes fois entraînées. On fera d'abord, non pas des paracentèses cornéennes, mais des *sclérotomies* qui ont aussi un bon effet sur les opacités cornéennes (de Wecker). Quand trois ou quatre de ces opérations auront échoué, on pourra être autorisé à tenter une petite iridectomie. Si l'œil devenu staphylomateux ne gêne que par son volume, les sclérotomies équatoriales sont recommandables, avant d'en venir aux résections partielles ou totales; on s'abstiendra des injections iodées que l'on a recommandées pour atrophier le globe (Nimier et Despagnet). En somme, l'iridectomie et la sclérotomie comptent des revers désastreux, bientôt suivis d'atrophie du globe (Panas). On s'en tiendra donc, le plus longtemps possible, à la seconde opération, moins offensante, combinée à l'emploi des myotiques.

OPHTALMOMALACIE

L'ophtalmomalacie est l'état opposé au glaucome. Il s'agit d'une hypotonie telle que l'œil est absolument fluctuant. Cette hypotonie n'est pas permanente: elle survient par crises spontanées ou sous l'influence de diverses causes portant directement sur le globe oculaire. On ne la confondra pas avec l'atrophie du globe où l'hypotonie est accompagnée de décollement rétinien.

L'ophtalmomalacie s'observe à tout âge, plus souvent chez les femmes et les sujets nerveux. Elle reconnaît, tantôt des causes générales (maladies infectieuses, typhus), tantôt des causes nerveuses (paralysie du grand sympathique cervical), d'autres fois des causes traumatiques ou opératoires. Dans quelques cas, toute étiologie reste ignorée.

L'ophtalmomalacie s'accompagne d'une diminution de l'acuité visuelle, de douleurs assez vives, de larmolement et de photophobie. Un cas que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, peut servir de type. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de chorio-rétinite pigmentaire avec large cataracte centrale, le tout manifestement dû à la syphilis héréditaire. Nous fîmes, du côté de l'acuité visuelle la plus défectueuse, une petite iridectomie inféro-interne sans incident. La plaie était refermée et tout allait bien, quand, une semaine plus tard, la malade fut prise de vives douleurs, de photophobie et de larmolement. Nous constatâmes une hypotonie extrême de l'œil qui avait un peu rougi, mais sans très vive réaction. Il s'agissait d'une véritable *attaque* d'ophtalmomalacie qui dura plusieurs jours: le tonus rede-

vint normal, lorsqu'on employa les compresses chaudes d'une façon systématique, sur le conseil de M. Panas. L'œil est depuis un an revenu à un état de tension normale.

On ignore la *pathogénie* de cette affection si spéciale : il est évident cependant que l'humeur aqueuse n'est pas sécrétée d'une façon suffisante. C'est une sorte d'*anurie* de l'œil et le globe devient douloureux, à la suite de la décompression à laquelle il est soumis, probablement par un trouble vaso-moteur d'origine nerveuse, chez des sujets prédisposés.

Le pronostic n'est donc pas toujours mauvais, puisque le tonus et la vision reviennent à leur état antérieur. D'autres fois, l'atrophie de l'œil s'accroît après plusieurs récurrences. Dans le cas de Schmidt-Rimpler, l'autopsie de l'œil, plus petit, mais sain, ne permit de constater aucune lésion spéciale.

Le traitement consistera dans l'atropinisation, l'usage fréquent des compresses chaudes, l'électrisation.

X

TUMEURS INTRA-OCULAIRES

Nous examinerons successivement les *tumeurs de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde et de la rétine*. Nous terminerons par le diagnostic d'ensemble et le traitement de ces diverses néoplasies.

I. — TUMEURS IRIENNES.

Néoplasies bénignes. — Les *néoplasies bénignes* sont des angiomes, des *nævi pigmentés*, des kystes.

Les **ANGIOMES** de l'iris constituent de petites tumeurs mûriformes à vaisseaux variqueux (Wolfe, de Wecker), entraînant de temps à autre un hypohéma.

Pour les **NÆVI PIGMENTÉS**, comme dans toutes les productions congénitales pigmentées, on redoutera la dégénérescence maligne.

Les **KYSTES** iriens se divisent en kystes *séreux* et *perlés*.

Les **KYSTES PERLÉS** (Monoyer, Rothmund) constituent de petites tumeurs rondes grisâtres (fig. 69), implantées dans l'iris à la suite d'un traumatisme. (Mackensie.)

Les expériences d'un grand nombre d'observateurs, unies à d'autres nouvelles, sont réunies dans le travail de Masse qui démontre qu'il s'agit de greffes épithéliales traumatiques ou opératoires.

Quant aux **KYSTES SÉREUX**, ils reconnaissent aussi très probablement pour origine une inclusion traumatique, opératoire ou même em-

bryonnaire (Cunier, de Graefe), constituant le dermoïde de l'iris, avec poils. Quelques auteurs (de Wecker, Knapp) pensent qu'un repli irien provoque un simple diverticule pseudo-kystique.

Tumeurs malignes. — Les *tumeurs malignes* de l'iris sont constituées par des sarcomes et des lymphomes. Même si on démontrait un jour péremptoirement leur origine infectieuse, on doit, à cause de leur évolution si différente, en distinguer avec soin les gommés et les granulomes tuberculeux, lépreux, et d'origine inconnue.

Le **SARCOME** de l'iris est en général secondaire à un sarcome du corps ciliaire qui perforé l'iris. Néanmoins il existe des cas indiscutables de sarcomes iriens primitifs (Lebrun, Hirschberg, Panas, Knapp). La structure est identique à celle du sarcome choroïdien, les leuco-sarcomes étant exceptionnels. La tumeur apparaît sur la face antérieure de l'iris et son volume est variable : par ses progrès, elle peut léser le cristallin. La tumeur survient à tout âge. Alt en aurait observé une chez un enfant de deux ans. L'évolution de la tumeur reste silencieuse jusqu'au moment où un glaucome s'établit.

On extirpera par iridectomie les petites tumeurs et on énucléera l'œil, lorsqu'un traitement antisyphilitique (c'est-à-dire antiseptique), intensif et soigneusement conduit, n'aura entraîné aucune modification appréciable.

Les **LYMPHOMES** se développent en avant ou en arrière de l'iris. La leucémie ou les productions lymphomateuses disséminées coexistent avec eux. Développée en général chez des sujets jeunes, cette affection a pu précéder les autres localisations leucocythémiques. (Horner.)

On essayera de modifier par l'arsenic, par les toniques, voire par un traitement sérothérapique, l'état local et général, avant d'en venir à une intervention, car il s'agit d'une lésion avant tout concomitante.

II. — TUMEURS DU CORPS CILIAIRE ET DE LA CHOROÏDE.

On peut observer dans le corps ciliaire et la choroïde, l'évolution de *sarcomes*, de *cancers métastatiques*, d'*angiomes*. On a également parlé de *myomes*, et même de *carcinomes* du corps ciliaire.

SARCOMES. — Les sarcomes sont de beaucoup les plus fréquents des néoplasmes choroïdiens. Ils peuvent survenir à tout âge, mais

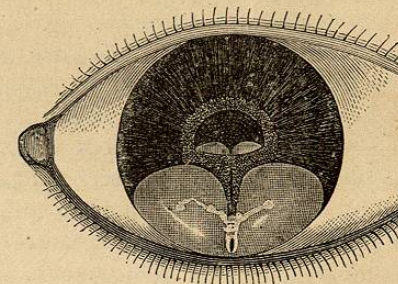


Fig. 69. — Kyste de l'iris (Guépin fils).