

1900

KALT. — Tumeurs épithéliales de la cornée. *Arch. d'opht.*, p. 126.

DE WECCKER (L.). — Papillome de la cornée et pansement au bleu de méthylène. *Clin. ophthalm.*, 23, p. 268.

WICHERKIEWICZ. — Mélano-sarcome de la cornée. *Congrès des médecins et naturalistes polonais*, Cracovie, juillet.

LIVRE III

TUMEURS DU TRACTUS UVÉAL

Le tractus uvéal, dont nous n'avons pas ici à décrire la structure, se compose essentiellement d'une tunique vasculaire (musculaire et connective) et d'un épithélium de revêtement, comme la peau se compose du derme et de l'épiderme; de même qu'on décrit dans un chapitre d'ensemble et sous le titre « Tumeurs de la peau » les néoplasmes qui se produisent dans l'une et l'autre couche, bien que l'origine embryologique de chacune d'elles soit très différente, de même dans ce chapitre consacré aux néoplasmes du tractus uvéal, il serait permis de décrire toutes les tumeurs qui se développent dans la tunique conjonctivo-vasculaire et dans l'épithélium de revêtement, quoique cet épithélium de revêtement ou épithélium pigmenté soit évidemment une couche rétinienne puisqu'il provient du feuillet proximal de la vésicule optique secondaire.

Nous pourrions donc faire successivement l'histoire de toutes les tumeurs bénignes ou malignes qui se développent : 1° dans le *tractus uvéal*; 2° dans l'*épithélium qui le recouvre*; mais nous croyons qu'il est plus méthodique de baser la classification des néoplasmes sur la nature même et l'embryogénie des tissus dont ils dérivent. Nous avons tout un livre à consacrer aux tumeurs du feuillet distal de la vésicule secondaire; il paraît rationnel de parler, dans la même partie de notre ouvrage, des tumeurs du feuillet proximal, en consacrant aux néoplasmes développés à ce niveau un chapitre spécial, encore très court, mais susceptible de s'agrandir beaucoup dans l'avenir.

Par conséquent nous ne parlerons, dans ce livre, que des tumeurs qui se développent exclusivement dans l'iris, le corps ciliaire et la choroïde.

Ces tumeurs sont les suivantes :

- 1° les kystes ;
- 2° les angiomes ;
- 3° les myomes ;
- 4° les sarcomes ;
- 5° les tumeurs métastatiques (sarcomes et carcinomes).

L'étude des néoplasmes du tractus uvéal va donc comprendre cinq chapitres dans lesquels le lecteur trouvera tout ce qui concerne ces tumeurs. Les trois premiers concernent des affections généralement bénignes, les deux derniers des affections presque toujours très malignes; ces deux derniers chapitres devront être chacun divisés en deux articles différents; le quatrième comprendra l'étude : 1° du sarcome mélanique, 2° du leuco-sarcome; le cinquième la description : 1° du sarcome métastatique, 2° du carcinome métastatique.

On remarquera qu'il ne saurait être question de carcinome primitif, dans la pathologie de l'iris, du corps ciliaire et de la choroïde, parce que ces membranes ne renferment aucun élément épithélial normal; l'épithèle pigmenté est, ainsi que nous l'avons dit, une membrane dont les néoplasmes seront étudiés avec les néoplasmes rétinien.

CHAPITRE PREMIER

KYSTES DU TRACTUS UVÉAL. KYSTES DE L'IRIS

Il existe dans la choroïde des kystes à entozoaires et dans le corps ciliaire des kystes divers qui auraient leur place naturelle dans ce chapitre 1^{er}, mais nous les en éloignerons; le lecteur trouvera tout ce qui les concerne dans le chapitre consacré aux cysticerques sous-rétiniens et aux lésions épithéliales du *pars ciliaris retinae*; ce chapitre 1^{er} sera exclusivement consacré à la très importante question des kystes de l'iris. Ces kystes sont d'ailleurs de quatre espèces différentes que nous décrirons successivement: kystes perlés, séreux, dermoïdes, à entozoaires.

§ 1^{er}. — Historique.

Le premier fait de kyste de l'iris a été rapporté par Mackensie¹ et cet éminent chirurgien ne manque pas d'en faire remarquer l'origine traumatique. En 1860, Guépin² (de Bordeaux) releva dans sa thèse inaugurale tous les faits connus; Hulke³, en 1869, en rapporta 19 observations. En 1871, nous trouvons une nouvelle statistique de Rothmund⁴ dans laquelle cet auteur signale 36 cas, parmi lesquels 28 reconnaissent nettement une cause traumatique consistant dans une plaie perforante de la cornée, dans 3 cas il y avait des cils dans la chambre antérieure, deux fois les kystes étaient consécutifs à l'opération de la cataracte.

¹ MACKENSIE. *Traité des maladies de l'œil*, t. II, p. 259.

² GUÉPIN. *Kystes de l'iris*. Th. Paris, 1860.

³ HULKE. *Ophthalmic Hospital Report*, t. IV, 1^{re} partie, et *Annales d'oculistique*, 1869.

⁴ ROTHMUND. Pathogénie des kystes de l'iris. *Société ophthalmologique d'Heidelberg*, 1871, et in *Annales d'oculistique*, 1872, p. 280.

En 1872, Monoyer¹ établit une distinction très nette entre les tumeurs liquides de l'iris et les tumeurs solides ; le premier il distingua les kystes des tumeurs épithéliales de l'iris, mais il eut le tort de mettre en doute l'origine traumatique des épithéliomes perlés.

En 1873, de Wecker², dans son Mémoire sur les dégénérescences cystoïdes de l'iris, publia des observations de kystes survenus consécutivement à des traumatismes sans plaies pénétrantes. En pareil cas, d'après de Wecker, le traumatisme était la cause du plissement de l'iris, des synéchies en fer à cheval et de l'enclavement d'une certaine quantité d'humeur aqueuse dans le vase clos ainsi constitué. Il en conclut que les contusions entraînent la formation des kystes, et les plaies pénétrantes celle de tumeurs perlées.

L'opinion de Mackensie, de Guépin, de de Wecker, de Rothmund a été reprise et mise en évidence avec un rare bonheur par le professeur Masse³ (de Bordeaux), dont le travail très documenté et très original marque une étape importante dans l'histoire de la question. Nous aurons à mettre en relief les expériences et les opinions défendues à ce sujet par le professeur de Bordeaux.

Citons encore, pour limiter ici cet historique, les travaux de Stolting⁴, de Gayet⁵ et de Benson⁶, qui n'ont rien ajouté d'essentiel au sujet, mais en ont précisé quelques détails.

§ 2. — Anatomie pathologique.

Nous étudierons successivement les kystes simples, les kystes perlés, les kystes dermoïdes, les kystes à entozoaires.

1° **Kystes simples.** — Ce sont de petites tumeurs translucides, à parois

¹ MONOYER. *Gazette médicale de Strasbourg*, 32^e année, n° 1, juin 1872.

² DE WECKER. De la dégénérescence cystoïde de l'iris. *Annales d'oculistique*, t. LXX, 1873, p. 31.

³ MASSE. *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs*. Paris, Masson, éd., 1885. — *Société de chirurgie*, 1881. — *Congrès de chirurgie*, 1885. — *Gazette hebdomadaire de Paris*, juin 1885.

⁴ STOLTING. *Archiv f. Ophthalm.*, XXXI, 3, p. 62, 1885.

⁵ GAYET. *Société française d'ophtal.*, janvier 1888.

⁶ BENSON. *Transactions of the ophthalm. Society U. K.*, IX, p. 105, 1889.

très minces, quelquefois assez volumineuses pour remplir toute la chambre antérieure. Elles siègent le plus souvent en avant de l'iris, exceptionnellement en arrière. (Fig. 70.)

Par transparence on peut voir, sur la paroi postérieure du kyste, des taches pigmentaires appartenant à l'uvée, de même qu'on constate assez souvent quelques fibres musculaires sur la face antérieure.

L'étude histologique du kyste, faite par un grand nombre d'auteurs, a démontré une structure assez différente.

Dans une observation recueillie par Feuer¹ à la clinique de Klausembourg, l'iris, normal à la périphérie, se divisait vers un point plus rapproché du centre en deux feuillets, formant l'un la paroi antérieure, l'autre la paroi postérieure du kyste. Un épithélium à cellules hexagonales en tapisait la surface interne.



FIG. 70. — Kyste séreux de l'iris. (MACKENSIE.)

Dans une observation de Hulke, la paroi du kyste était formée par l'iris lui-même, recouvert d'un revêtement de cellules épithéliales. Dans ces derniers cas les kystes n'avaient pas, à vrai dire, de parois propres ; il en était de même dans le cas que Gayet a présenté en 1887 à la Société française d'ophtalmologie. Il s'agissait d'un kyste remplissant presque complètement la chambre antérieure et repoussant en arrière les procès ciliaires. La paroi du kyste était venue s'appliquer contre la face postérieure de la cornée, de façon à s'identifier avec la membrane de Descemet ; de telle sorte que la dissection de la tumeur permit de détacher une paroi dans laquelle on trouvait de dehors en dedans : 1° l'endothélium de Descemet ; 2° l'endothélium de la face antérieure de l'iris ; 3° une couche d'éléments étoilés et pigmentés propres à l'iris. Il s'agissait, par conséquent, d'un kyste parenchymateux typique.

Tous les kystes séreux ne sont point cependant privés de membrane propre et indépendante.

¹ FEUER. *Klinische Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1873, p. 110 à 123, et *Annales d'ocul.*, 1874, t. LXXII, p. 236.