

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.

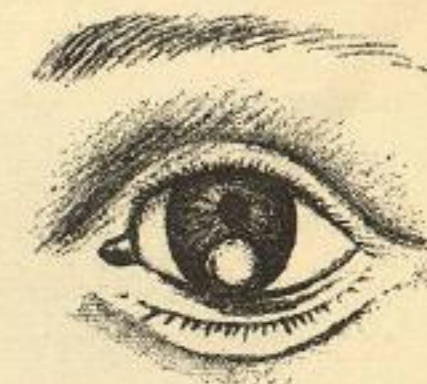


FIG. 70. — Kyste séreux de l'iris. (MACKENSIE.)

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.

Sattler ¹ a observé à la clinique de Arlt trois kystes dont la paroi excisée put être examinée au microscope. Elle était formée de tissu fibrillaire recouvert de plusieurs couches de cellules épithéliales aplaties ; dans l'une de ces tumeurs, il y avait des capillaires dans la paroi kystique. De même Becker a constaté l'existence d'une membrane propre, compacte, en grande partie formée de fibres élastiques, recouverte à la surface interne par un épithélium à cellules aplaties. Knapp

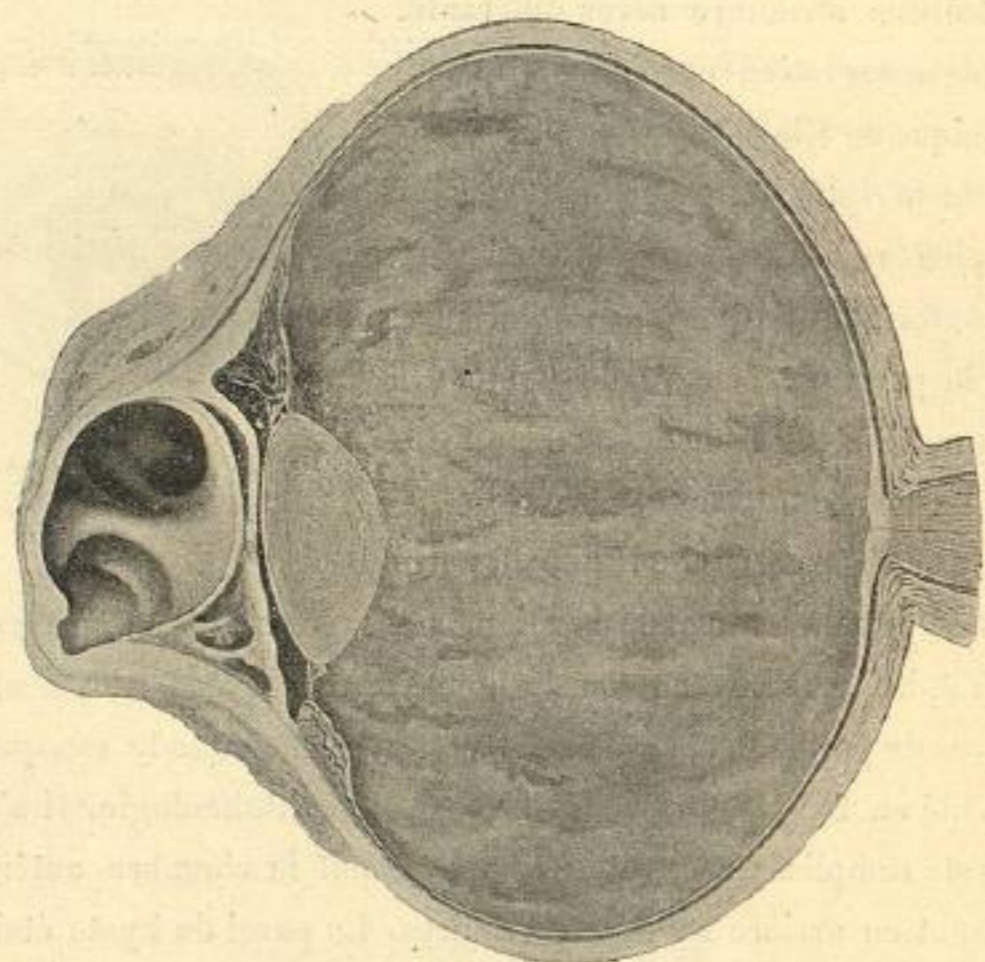


FIG. 71. — Staphylome congénital de la cornée ; kyste de l'iris revêtu d'un épithélium à cils vibratiles. (O. BECKER.)

a décrit un kyste à parois amorphes très épaisses, revêtues à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux.

Treacher Collins ² a fait l'examen de petits kystes iriens développés à la surface postérieure de l'iris entre les deux couches normales de pigment ; il a notamment cité le cas d'une petite tumeur de ce genre

¹ SATTLER (HUBERT). *Klinische Monatsblätt. f. Augenheilk.*, 1875 ; *Annales d'ocul.*, 1876, p. 77, t. LXXVII.

² TREACHER COLLINS. On the pathology of intra-ocular cysts. *Royal London. ophth. Hospit. Reports*, vol. XIII, part. I.

développée dans un sarcome du corps ciliaire ; la présence de cette tumeur expliquait bien l'œdème du stroma irien et l'accumulation du liquide entre les deux couches de pigment. A titre exceptionnel, citons ici le kyste congénital de l'iris, tapissé par un épithélium à cils vibratiles, représenté par O. Becker dans son atlas.

L'étude *du contenant et du contenu*, de la poche kystique et du liquide, gagnerait à être poursuivie avec de nouvelles observations ; malheureusement, les pièces anatomiques sont rares ; on n'énuclée l'œil que très exceptionnellement en pareil cas, et les fragments excisés à travers l'incision de la cornée sont toujours plus ou moins malaxés et déchirés par les mors de la pince. Le contenu séreux n'a jamais été recueilli et on ne peut sur sa composition que raisonner par analogie.

2° Kystes perlés. — Ces kystes, communément désignés sous le nom de tumeurs perlées, se distinguent des kystes séreux par leur aspect blanc nacré ; ils sont souvent arrondis comme des perles fines, quelquefois bosselés ; ils font saillie sur la face antérieure de l'iris à laquelle les relie ordinairement un vaisseau et du tissu conjonctif ; il n'est pas rare de rencontrer à leur intérieur un cil autour duquel la tumeur s'est développée.

Le fait typique de Monoyer ¹ mérite d'être rapporté en détail, car il est l'un des plus complets et des plus dignes d'être connu.

Le malade portait dans l'œil deux tumeurs perlées. L'une de ces tumeurs avait le volume d'un gros grain de millet ; elle ressemblait à une perle de nacre et était traversée de part en part par un cil qui ne présentait pas de renflement bulbeux ; il avait été, au moment du traumatisme, coupé et non arraché. La cornée portait d'ailleurs la trace évidente du traumatisme pénétrant. Autour de la tumeur n'existait aucune apparence de membrane kystique.

L'examen histologique montra que la tumeur était uniquement composée de lamelles solides, disposées en couches concentriques, emboîtées les unes dans les autres comme les squames d'un bulbe d'oignon, sans membrane d'enveloppe ni contenu distinct.

¹ MONOYER. *Gazette méd. de Strasbourg*, 1^{er} juin 1872.

Il convient d'ailleurs de remarquer que la portion de tumeur qui servit à l'examen histologique fut enlevée avec beaucoup de difficultés; la membrane kystique s'était peut-être détachée de la tumeur pendant les manœuvres d'extraction, et l'histologiste a pu n'avoir pour son examen qu'un lambeau insuffisant.

Dans le cas qui lui est personnel, Stœber¹, outre la présence d'un cil, constata que la tumeur était constituée par une membrane kystique et par un contenu blanchâtre, granuleux, formé de cellules graisseuses et de cristaux de cholestérine. Dans un autre fait, Rothmund fut assez heureux pour enlever en entier la tumeur kystique; elle avait une paroi nette, formée de tissu cellulaire lâche, tapissée d'un épithélium; sur la paroi du kyste on trouvait quelques fibres musculaires de l'iris. Le contenu était constitué, comme dans le cas de Monoyer, par des cellules épidermiques disposées par couches concentriques et dépourvues de noyaux.

Nous avons recueilli à l'hôpital des Enfants de Bordeaux une observation personnelle qui trouvera ici sa place.

Obs. — *Tumeur perlée de l'iris.* — Paul R..., de Saint-Trojean (Charente-Inférieure), vient le 19 août 1897 nous consulter à l'hôpital des Enfants pour un traumatisme de l'œil. Il y a huit mois, en jouant avec son frère, bébé d'un an, Paul R... reçut de celui-ci, dans l'œil, un coup de pied assez violent, mais n'entraînant pas de douleurs très vives.

Cependant, malgré le peu de gravité apparente du traumatisme, la vue se troubla dès le lendemain et en peu de jours, sans grandes douleurs, l'acuité visuelle de l'œil devint nulle.

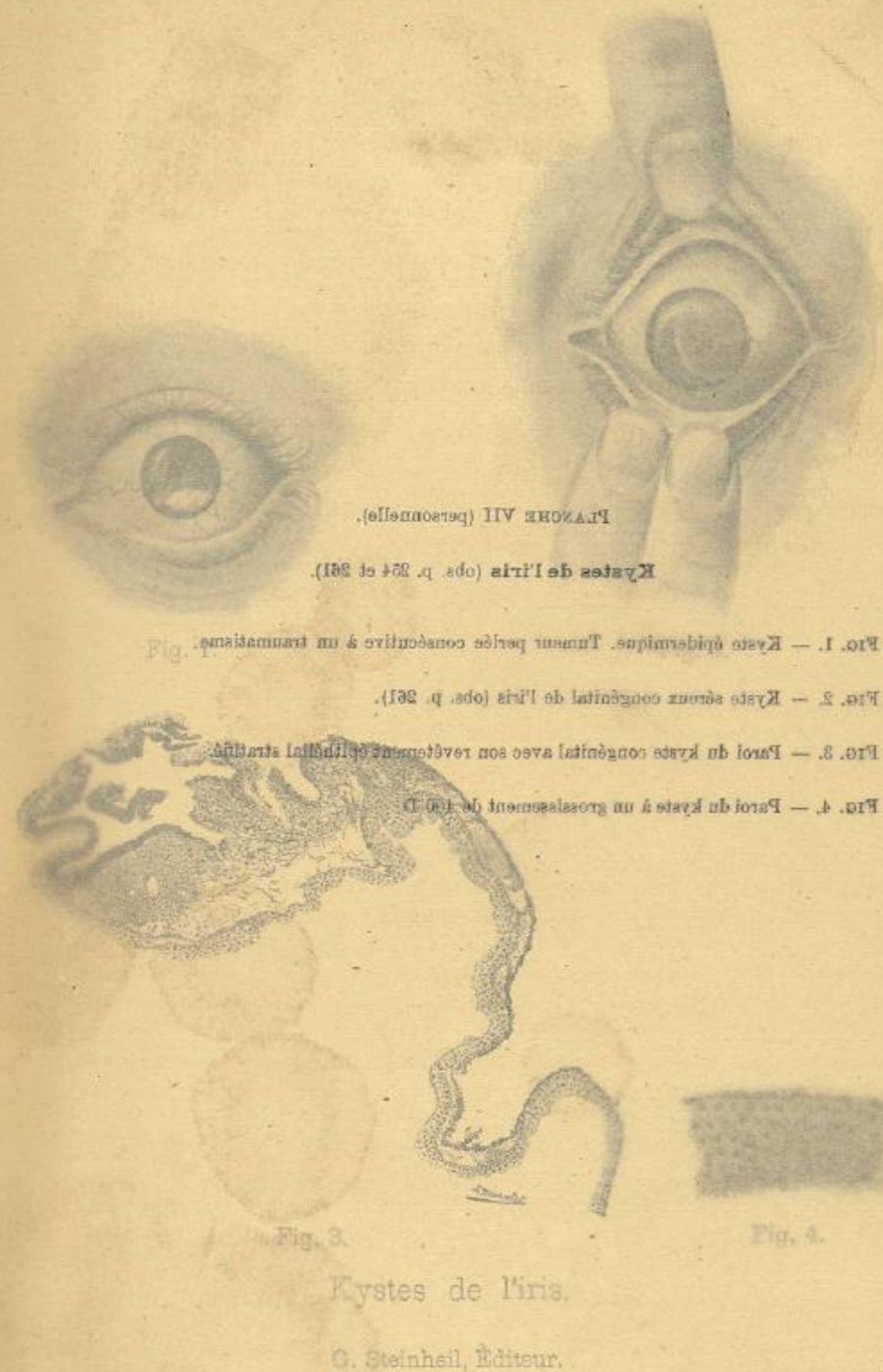
Le 19 août nous constatons une occlusion complète de la pupille consécutive à l'iritis; il n'y avait pas d'hypotonie, pas de réaction inflammatoire; la perception visuelle était bonne.

Nous pratiquâmes dès le lendemain une large iridectomie supérieure qui n'entraîna aucun accident notable. Le malade quitta l'hôpital des Enfants le 30 août avec une acuité de 1/12.

Tout alla bien pendant quelques semaines, mais dès la fin de septembre l'œil redevenait rouge et douloureux; l'acuité visuelle diminua. Consulté par correspondance, nous crûmes à une reprise de l'iritis et nous prescrivîmes de l'atropine et des compresses chaudes; mais le mal s'aggrava et le sujet revint à l'hôpital le 10 novembre 1897.

A ce moment, nous constatons dans la chambre antérieure la tumeur représentée sur la figure 1 de la pl. VII.

¹ STÖBER, *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 55. — *Société opt. Heidelberg*, sept. 1864. — *Annales d'ocul.*, p. 79, t. LIV, 1865.



Il convient d'ailleurs de remarquer que la portion de tumeur qui servit à l'examen histologique, fut retirée avec beaucoup de difficultés; la membrane kystique, étant adhérente à la tumeur pendant les manœuvres d'extirpation, et l'opérateur n'a pu avoir pour son examen qu'un lambeau minuscule.

Dans le cas qui nous est personnel (Fig. 1), outre la présence d'un cil, constaté par le microscope, nous constatons par une membrane kystique et par un contenu homogène, granuleux, formé de cellules graisseuses et de cellules épithéliales, que la tumeur est un kyste épidermique. Rothmund fut assez heureux pour constater, dans un kyste épidermique, qu'elle avait une paroi nette, limitée par une membrane kystique, tapissée d'un épithélium; sur la paroi de l'iris. Le contenu

PLANCHE VII (personnelle).
Kystes de l'iris (obs. p. 254 et 261).

FIG. 1. — Kyste épidermique. Tumeur perlée consécutive à un traumatisme. Observation personnelle qui trouvera ici sa place.

FIG. 2. — Kyste séreux congénital de l'iris (obs. p. 261).

Obs. — Tumeur perlée de l'iris. — Paul B... de Saint-Trojan (Charente-Inférieure), vient nous adresser son cas à l'hôpital des Enfants pour un traumatisme de l'œil. Il y a huit mois, en jouant avec son frère, âgé d'un an, Paul B... reçut de celui-ci, dans l'œil, un coup de pied assez violent, mais n'entraînant pas de douleurs très vives.

FIG. 3. — Paroi du kyste à un grossissement de 400 D.

Cependant, malgré le peu de gravité apparente du traumatisme, la vue se troubla dès le lendemain et au lieu de voir, sans grandes douleurs, l'acuité visuelle de l'œil devint nulle.

Le 11 août nous constatons une cécité complète de la pupille consécutive à l'iritis; il n'y avait pas d'hypoténos, pas de réaction inflammatoire; la perception visuelle était bonne.

Nous pratiquâmes dès le lendemain une large iridectomie supérieure qui n'entraîna aucun accident notable. Le malade quitta l'hôpital des Enfants le 30 août avec une acuité de 1/12.

Tout alla bien pendant quelques semaines, mais dès la fin de septembre l'œil rede-
vint rouge et douloureux; l'acuité visuelle diminua. Consulté par correspondance, nous crûmes à une reprise de l'iritis et nous prescrivîmes de l'atropine et des compresses chaudes; mais le mal s'aggrava et le sujet revint à l'hôpital le 10 novembre 1897.

A ce moment, nous constatons dans la chambre antérieure la tumeur représentée sur la figure 1 de la pl. VII.

¹ SRENNB. *Gacette hebdomadaire*, 1865, p. 65. — *Société opt. Heidelberg*, sept. 1864. — *Annales d'ocul.*, p. 79, t. LIV, 1865.

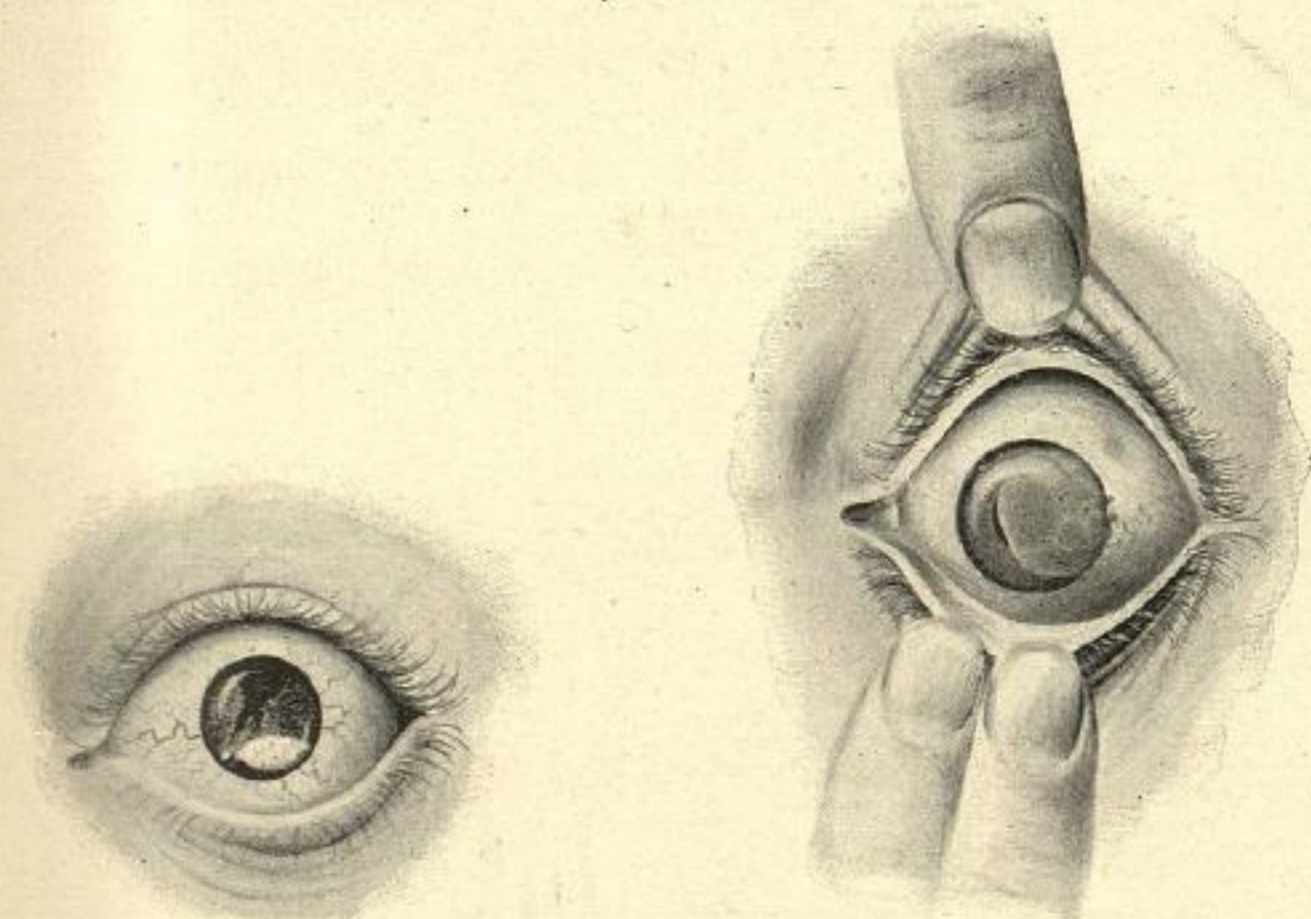


Fig. 1.

Fig. 2.



Fig. 3.

Fig. 4.

Kystes de l'iris.

G. Steinheil, Éditeur.

En haut on voit l'iridectomie faite trois mois auparavant ; au niveau de la pupille sont des exsudats qui obstruent toutes les parties centrales du dioptré ; en bas se trouve la tumeur perlée, de forme ovoïde, un peu rosée, à demi transparente, répondant assez exactement à la description classique des tumeurs perlées iriennes.

A côté de la tumeur, en dedans, apparaît un petit point blanchâtre qui, très probablement, est une seconde tumeur perlée en voie de développement.

L'œil est un peu injecté ; il y a de la photophobie et quelques douleurs, l'acuité visuelle est tombée à 1/20.

Le 15 novembre, nous cherchons à pratiquer l'ablation de cette tumeur perlée à l'aide d'une kératotomie inférieure. L'opération ne fut pas facile, car il fut impossible de passer le couteau entre la cornée et la face antérieure de la tumeur ; celle-ci fut incisée pendant la kératotomie, se vida de son contenu ; avec des pinces et une curette introduites dans la chambre antérieure, nous évacuâmes le mieux possible tous les débris de la tumeur perlée.

La réaction inflammatoire fut assez vive après cette opération qui nécessita à plusieurs reprises l'introduction de divers instruments dans la chambre antérieure ; mais la guérison survint sans encombre.

Nous avons reçu des nouvelles de ce malade le 13 février 1899 ; il n'y a pas eu de récurrence ; l'œil est guéri, non douloureux, la vision est assez bonne, nous écrivait le père, pour que l'enfant reconnaisse les objets qui lui sont présentés.

L'examen histologique de ce néoplasme a été très difficile parce que nous n'avons pu recueillir que les débris extraits à la pince et à la curette. Il a été impossible de faire des coupes ; mais la dissociation nous a permis d'y reconnaître des cellules épithéliales pavimenteuses typiques et cela suffit, étant données les autres particularités de l'observation, pour nous permettre d'affirmer que notre jeune malade a présenté une tumeur perlée de l'iris consécutive, soit au traumatisme qu'il a reçu, soit à l'iridectomie que nous lui avons pratiquée.

Cette observation n'est pas la seule que nous ayons recueillie, mais c'est la seule de cette espèce sur laquelle nous ayons pu pratiquer un examen histologique.

Le fait suivant, dont le diagnostic ne nous paraît pas douteux, n'a pas pu avoir cette consécration parce que la malade refusa l'intervention chirurgicale.

Obs. I. — *Tumeur perlée de l'iris. Origine traumatique.* — Claire D..., âgée de 60 ans, robuste campagnarde ayant toujours joui d'une santé excellente. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ; son père a vécu jusqu'à un âge fort avancé, et sa mère est morte de la poitrine à l'âge de 50 ans. Elle a un frère en bonne santé.

Dans l'histoire de la personne nous ne relevons les traces d'aucune maladie, et c'est d'une façon incidente, à la maison de santé où cette malade était venue se faire extirper des polypes du nez, que nous avons l'occasion d'examiner l'affection oculaire qui nous intéresse.

Il y a vingt ans, cette femme reçut sur l'œil gauche un coup violent, qui ne déterminait pas tout d'abord de phénomènes sérieux propres à altérer la vision. Quelque temps après, toutefois, la malade remarque très nettement qu'un petit bouton se développe dans l'œil gauche, à la partie interne et périphérique de l'iris. Ceci survenant sans douleur et sans trouble de la vue, la malade ne juge même pas utile de consulter un médecin.

Depuis ce moment, cette petite tumeur n'a cessé de s'accroître d'une façon très lente, gagnant tout d'abord les parties inférieures et inféro-externes de l'iris, pour arriver enfin, après vingt ans, au petit volume que nous constatons aujourd'hui. Durant cette évolution la malade n'accuse à aucun moment de douleurs orbitaires ou péri-orbitaires, mais seulement un trouble progressif de la vue à mesure évidemment que le néoplasme cache de plus en plus l'ouverture pupillaire.

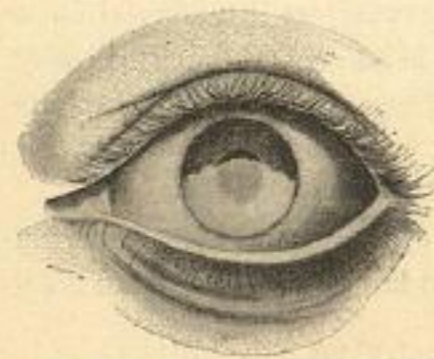


FIG. 72. — Tumeur perlée (cholestéatome) de l'iris, consécutive à un traumatisme et remplissant plus de la moitié de la chambre antérieure.

État actuel. — Tout d'abord et à la simple inspection, l'œil gauche de la personne présente absolument l'aspect d'un œil atteint d'une luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Mais par un examen plus attentif, et surtout par l'éclairage oblique on constate, en effet, que la moitié inférieure de la chambre antérieure est remplie par un néoplasme d'un gris très légèrement rosé, offrant çà et là, sur toute sa surface, un semis de petits points blancs ayant dans son ensemble l'aspect d'un cholestéatome.

Cette tumeur, d'aspect arrondi, présente un bord supérieur libre, convexe, remontant par son milieu jusqu'à la limite supérieure de la pupille qu'il cache totalement ; ce bord ne contracte aucune adhérence avec l'iris situé derrière et l'on remarque sur toute son étendue, de petites circonvolutions d'aspect légèrement tomenteux. Quant au bord inférieur, il se moule exactement sur la limite inférieure de la chambre antérieure.

La tension de l'œil est normale. L'iris n'est nullement décoloré ou altéré dans sa partie supérieure que l'on peut seule apercevoir. On ne remarque rien d'anormal à l'extérieur du globe oculaire et en particulier sur la partie du limbe scléro-cornéen en rapport avec la tumeur intra-oculaire.

De ce côté la malade a totalement perdu la vision des objets, elle ne pourrait arriver à se conduire ; elle a toutefois la perception lumineuse très complète.

On ne constate rien du côté de l'œil droit, dont la vision est excellente.

De ces tumeurs perlées de l'iris nous pouvons rapprocher le cas suivant de Treacher Collins¹, qui concerne une tumeur épithéliale développée dans l'intérieur de la cornée, un an après l'opération de la cataracte.

¹ TREACHER COLLINS. Epithelial implantation cyste of the cornea. *Ophthalmological Society Transactions*, v. XII.

L'examen histologique de l'œil énucléé, montra des désordres de la cornée, dont les fibres étaient altérées et écartées par de petites cellules rondes ; les couches superficielles étaient très vasculaires ; au centre de la membrane se trouvait un large kyste limité par plusieurs couches de cellules épithéliales ; l'intérieur renfermait une substance hyaline.

Il est évident que ce kyste intra-cornéen s'est développé selon le même processus que les kystes perlés de l'iris et que, par sa pathogénie, il mérite de leur être comparé (v. p. 213).

En résumé, la structure des tumeurs perlées de l'iris est analogue à celle des autres tumeurs de ce genre qui ont été décrites en plusieurs endroits, notamment aux doigts. Ces tumeurs épidermoïdales sont en réalité constituées par des couches plus ou moins concentriques de cellules épithéliales au milieu desquelles on rencontre des cristaux de cholestérine.

L'enveloppe kystique qui existe presque toujours, est formée de tissu conjonctif auquel peuvent venir s'adjoindre les éléments musculaires et élastiques de l'iris ; dans la poche on trouve des cellules épidermiques en zones concentriques et souvent, au milieu d'elles, un cil qui se distingue, par son volume, des poils fins et d'ailleurs toujours nombreux qu'on trouve dans les kystes dermoïdes.

3° Kystes ou tumeurs dermoïdes. — L'observation la plus ancienne qu'on puisse citer est celle de de Graefe. Nous relatons ici presque *in extenso* ce cas, non seulement à cause du nom de l'observateur, mais à cause aussi de la rareté de pareils faits.

Le malade, âgé de 28 ans, fut blessé à l'œil droit par la pointe d'un instrument piquant. Une ophtalmie assez intense succéda à cette lésion et dura quatre semaines. Peu de temps après, on s'aperçut qu'il y avait dans l'iris une petite tumeur d'un blanc nacré. Cette grosseur, qui semblait située dans l'épaisseur de l'iris, faisait une légère saillie en avant dans la chambre antérieure et une autre en arrière contre la capsule antérieure du cristallin.

Il existait un colobome inférieur de l'iris au niveau d'une petite tache blanche cicatricielle de la cornée. La tumeur de l'iris, augmentant peu

à peu de volume, finit par gêner la vision, d'abord en rétrécissant la pupille, puis en provoquant un certain degré de phlegmasie lorsqu'elle arriva à toucher la face postérieure de la cornée.

De Græfe ne put extraire que des lambeaux de la tumeur à l'aide des pinces et de la curette.

Le contenu granuleux était formé, en partie, de poils très fins qui naissent évidemment de la tumeur même ; à l'examen on ne trouva que des lamelles épidermiques, des poils, un peu de graisse et de cholestérine.

Il n'y eut point d'accident opératoire, mais la tumeur ne tarda pas à récidiver, ainsi qu'il fallait s'y attendre, puisque toute la poche n'avait pas été enlevée.

Masse et Lannelongue font, avec raison, des réserves au sujet de ce cas de de Græfe ; il est très important, en effet, de remarquer le rôle joué par le traumatisme dans l'écllosion des accidents ; on a, il est vrai, trouvé dans l'intérieur de la poche un grand nombre de petit poils, mais on peut les expliquer par la greffe traumatique d'un fragment de peau. Dans tous les cas, malgré l'opinion de de Græfe et celle de beaucoup d'auteurs classiques, il n'est pas du tout certain que ce fait soit un véritable exemple de tumeur dermoïde.

De ce cas de de Græfe on peut rapprocher celui de Florent Cunier¹, dans lequel il s'agit d'une jeune fille qui avait perdu la vue à la suite d'un coup reçu dans la région frontale : à gauche, le globe était déformé, la cornée avait disparu ; à droite, la cornée était restée saine, le globe avait conservé sa forme et son volume naturel ; la chambre antérieure était plus grande, l'iris flottait. Derrière la pupille, qui était tirée de haut en bas et de dedans en dehors, apparaissait un corps semblable à la capsule, ouverte en son milieu et vide de son cristallin. De l'ouverture de ce corps partaient six poils, s'éloignant à leur sortie et se contournant sur eux-mêmes pour se réunir en cercle dans le centre pupillaire.

Il est probable que, dans ce cas, il s'agissait d'une tumeur dermoïde primitivement cachée dans l'iris et dont le développement avait été activé par les troubles de nutrition consécutifs au traumatisme. Mais

¹ FLORENT CUNIER. *Annales d'ocul.*, p. 164, t. V, 1841.

comme celui de de Græfe, le cas de Cunier prête à la critique ; on ne sait pas trop en quoi consista le traumatisme, la malade ne fut pas opérée et il n'y eut pas d'examen histologique.

Pour trouver un exemple certain de tumeur dermoïde de l'iris, il faut arriver à l'observation suivante de Rosenweig¹.

Oss. — Barbara H..., âgée de trois mois, fut apportée par sa mère pour la première fois, à la clinique, vers la fin du mois de mai, pour qu'on examinât son oeil gauche.

Les constatations faites alors, sont les suivantes : la petite malade est une enfant bien portante, bien nourrie. L'oeil gauche est absolument insensible aux excitations, la cornée, dans toute son étendue, est claire et transparente. La chambre antérieure est de profondeur normale, mais elle est un peu plus aplatie au niveau du quadrant (quart) inférieur et externe ; ici, l'iris, qui partout ailleurs est normal, présente une vésicule un peu aplatie également, arrondie, d'un gris perle. Cette vésicule s'étend d'un côté jusqu'à l'angle de la chambre antérieure ; de l'autre côté, elle n'est séparée du bord pupillaire que par un millimètre d'iris. La paroi antérieure de cette formation kystique est très mince et transparente, et elle permet d'apercevoir sous elle, la face antérieure de l'iris, mais cette face antérieure a perdu à ce niveau ses stries radiées et paraît mate et trouble. Le point le plus proéminent de la paroi antérieure bombée du kyste est dirigé en dedans et en haut, mais il n'atteint pas tout à fait la face postérieure de la cornée. Le diamètre horizontal est de 3 millim., tandis que le diamètre vertical mesure un peu plus. La pupille est ronde et réagit promptement. Les milieux réfringents paraissent clairs, le fond de l'oeil normal.

Huit jours après, le kyste a sensiblement augmenté de volume ; la languette irienne comprise entre le kyste et le bord libre de la pupille n'est plus que d'un demi-millim. La cornée est toujours transparente.

Dix jours après encore, et immédiatement avant l'opération, le kyste dépasse le bord pupillaire de l'iris de 1 millim., son diamètre horizontal est maintenant de 4 millim. 5. Sa paroi antérieure paraît toucher la cornée, si bien que la chambre antérieure à ce niveau n'existe plus ; dans le reste de son étendue, cette chambre est plus profonde que normalement.

La cornée est, maintenant, encore claire et transparente. La pupille a perdu sa forme circulaire sur son bord correspondant au kyste, elle est devenue ovale longitudinalement et le quadrant inférieur et externe de la pupille reste immobile lorsqu'on en éloigne un foyer lumineux. Maintenant encore, l'oeil gauche ne répond nullement aux excitations.

L'opération fut pratiquée avec anesthésie générale par le professeur Fuchs, qui fit en sorte que l'incision de l'iridectomie pût être menée vers le côté externe et inférieur avec un couteau de de Græfe, à cause de la disparition, à ce niveau, de la chambre antérieure. Le kyste fut alors ponctionné et il en jaillit un liquide clair comme de l'eau. Puis la paroi affaissée du kyste fut attirée en avant et excisée avec la portion de l'iris sur

¹ ROSENWEIG. Ein Fall von congenitaler seröser Iriszyste. *Beiträge f. Augenheilkunde*, 1894, fasc. XVI, p. 34-43.

laquelle le kyste était fixé, de telle sorte qu'il se forma un large colobome en bas et en dehors. On renvoya l'enfant chez ses parents avec un bandage fortement appliqué et on prévint du jour où il fallait la ramener pour la panser à nouveau. La guérison se poursuivit sans aucune espèce de trouble et la petite en fut quitte pour une cicatrice plate et résistante et un colobome en bas et en dehors. La mère présenta pour la dernière fois la petite malade trois semaines après l'opération ; il n'y avait pas encore trace de récédive.

Au point de vue des antécédents, la mère raconta qu'elle avait remarqué le début du kyste déjà quelques jours après la naissance de l'enfant. Elle ne peut rien dire concernant un traumatisme quelconque qui aurait atteint l'œil.

La poche excisée et affaissée du kyste fut tendue sur le liège, puis durcie au sublimé acétique, lavée à l'alcool iodé, déshydratée et incluse dans la paraffine. On fit alors des coupes en série dans le sens horizontal et on colora à l'hématoxyline et à l'éosine. L'examen microscopique donne les renseignements suivants :

La paroi postérieure, aussi bien que la paroi antérieure du kyste, est formée par l'iris qui, dans sa couche de stroma lâche, s'est séparée en deux parties. Mais cette séparation de l'iris ne s'est pas effectuée tout à fait jusqu'à son bord pupillaire ; il est resté à ce niveau une portion étroite intacte ; les points de séparation sont nettement visibles sur toutes les coupes. Quant à la partie irienne adjacente à la pupille qui n'a pas subi cette scission, elle est peu altérée ; l'iris est un peu plus large que normalement, ce qui tient à l'hypertrophie de la couche de stroma. Le tissu cellulaire lâche est hypertrophié et renferme de nombreux vaisseaux dont la lumière est absolument comblée par des globules rouges du sang, ce qui est dû à la compression exercée par le kyste sur le voisinage et, par suite, à la congestion ainsi déterminée dans les veines. L'angle sous lequel s'est opérée cette séparation de l'iris, de même que les parties de l'iris écartées qui forment la paroi antérieure et postérieure du kyste, sont couverts dans toute leur étendue d'un véritable épithélium stratifié, épithélium qui, sur les coupes transversales seules, présente des variations de forme et d'épaisseur. Les parties périphériques et la paroi postérieure du kyste sont celles où la couche épithéliale est la plus épaisse ; par places isolées, on constate jusqu'à six rangées de cellules les unes au-dessus des autres. Vers la partie supérieure proéminente du kyste, la paroi s'amin- cît de plus en plus et en même temps les rangées épithéliales diminuent en nombre. De toute façon, la couche épithéliale de la paroi antérieure du kyste est plus mince que celle de la paroi postérieure.

La rangée la plus inférieure de l'épithélium est formée de cellules allongées, avec un noyau ovale, rapproché de la base des cellules et renfermant un ou plusieurs nucléoles. Les cellules formant les rangées superposées à cette rangée basale sont plus aplaties, ont un noyau arrondi avec des nucléoles et quelques-unes présentent des épines et des dentelures ; elles sont disposées d'une façon assez irrégulière les unes par rapport aux autres et occupent des positions diverses. A la partie médiane et sur le bord libre de l'épithélium, on trouve assez souvent des cellules volumineuses, incolores, kystiques en partie pourvues de noyau, en partie sans noyau, arrondies, formations que l'on peut considérer à bon droit comme des stades de dégénérescence épithéliale. Sur toute l'étendue de l'épithélium, il existe un stroma de tissu cellulaire sous-jacent ; par places on a l'impression d'une membrane fine, brillante, sans structure, qui formerait la limite entre l'épithélium et le stroma ; mais cette membrane anhyste ne se distingue

pas d'une façon certaine. A l'intérieur du kyste absolument affaissé depuis l'opération, on remarque, dans le voisinage immédiat de l'épithélium, des masses homogènes, finement nucléées, qui, avec l'éosine, prennent une coloration rose uniforme ; ces masses appartiennent probablement au contenu du kyste dont la plus grande partie s'était écoulée. La plus grande partie de la couche de stroma, au moment de la séparation, est allée à la partie postérieure ; c'est là aussi où les vaisseaux sont plus nombreux et ont le plus gros calibre, et plus on se rapproche de la portion ciliaire de cette paroi, plus les vaisseaux paraissent gros. La paroi antérieure du kyste est peu épaisse, et se compose surtout d'épithélium ; la couche de stroma est très mince, surtout à la partie la plus proéminente ; par places, l'épithélium lui-même est réduit à quelques couches. Il faut enfin remarquer que l'épithélium du kyste tout entier ne présente aucune pigmentation.

Le cas de Rosenweig est très démonstratif, c'est le premier fait indiscutable de kyste dermoïde de l'iris d'origine épiblastique ou ectodermique, cependant en présence de ce kyste on peut se poser une question que l'auteur, malgré sa longue et abondante discussion, n'a pas résolue, c'est celle de savoir si, dans l'évolution de ce kyste épithélial, l'épithélium rétinien, qui recouvre normalement la face postérieure de l'iris, n'a joué aucun rôle. Sur ce point notre confrère n'est pas précis ; on va voir que dans notre cas nous avons pu répondre à ce desideratum.

L'indépendance absolue de l'uvée et du kyste dans notre observation démontre que cet épithélium n'est pour rien dans la formation du néoplasme qui, dès lors, doit provenir d'une inclusion dans la chambre antérieure selon la pathogénie ordinaire du kyste dermoïde. Voici notre fait personnel avec tous les détails qu'il comporte (v. pl. VII, fig. 2, 3, 4).

Oss. — *Kyste séreux et épithélial de l'iris, d'origine congénitale.* — D..., 19 ans, habitant Bordeaux, nous est adressé par le Dr Méchain, le 30 mars 1899, pour une affection oculaire.

Le malade se plaint d'y voir mal, et de souffrir de l'œil gauche depuis le mois de janvier.

Jusqu'à cette époque le jeune D..., qui est un habile dessinateur, a pu faire ses études à l'École des Beaux-Arts de notre ville et au lycée dans des conditions parfaites ; toutefois il ne saurait affirmer que son œil ne présentait aucune particularité.

Au mois de janvier, il ressentit quelques tiraillements dans l'œil gauche qui devint larmoyant ; la gêne augmenta peu à peu, malgré l'administration d'un collyre à l'atropine et à la cocaïne, qui fut prescrit par le médecin traitant. Pendant le mois de février, l'affection s'aggrava peu à peu ; à mesure que l'acuité visuelle baissait la rougeur de l'œil augmenta, les douleurs s'accrochèrent et bientôt il fut tout à fait impossible à ce jeune homme de se livrer à ses occupations ordinaires.

Le 10 mars, quand il vint nous consulter, nous constatâmes l'état suivant, représenté exactement sur la figure 2 de la pl. VII.

L'œil est larmoyant, la conjonctive injectée; il y a de la photophobie, du blépharospasme. L'acuité visuelle est presque nulle; d'ailleurs il est difficile de la mesurer à cause des douleurs et du larmoiement.

L'examen de l'œil dans la chambre noire révèle l'existence d'une tumeur liquide occupant la moitié de la chambre antérieure en dehors; la moitié de l'iris est envahie par le néoplasme, et la pupille est complètement recouverte, sauf dans une étroite bande du côté interne.

L'atropine dilate cet orifice et augmente considérablement l'acuité visuelle qui égale alors $1/3$.

L'éclairage avec la lampe électrique de contact permet de mieux reconnaître les détails du néoplasme et d'affirmer absolument l'existence d'un kyste de l'iris à contenu transparent, à parois minces, et développé dans l'épaisseur même de la membrane uvéale.

La chambre antérieure ne présente aucune autre particularité, la cornée est parfaitement transparente et l'examen ophtalmoscopique pratiqué à travers la partie libre de l'orifice pupillaire permet de reconnaître l'intégrité du fond de l'œil.

Le diagnostic ne peut, d'ailleurs, faire l'ombre d'un doute, et en présence d'un pareil fait il n'y avait plus qu'à se demander à quel groupe de kyste irien on avait affaire.

Ici les antécédents personnels du malade méritaient une grande attention. Il nous a formellement affirmé, et sa famille avec lui, qu'il n'avait jamais reçu de traumatisme sur le globe oculaire, ni par instrument piquant, ni par instrument tranchant, ni par instrument contondant.

Il y a sept ans, le jeune D... fit une chute sur le visage; le front fut écorché, mais ni les paupières ni l'œil ne furent endommagés en aucune façon. Il est, sur ce point, très catégorique.

Il convient donc, chez notre malade, d'abandonner complètement l'hypothèse de kyste d'origine traumatique.

D'autre part, un interrogatoire minutieux, poursuivi auprès de l'entourage, nous apprit que, depuis l'âge de 10 ans environ, sa famille avait remarqué qu'il y avait dans son iris une petite tache; c'est là un renseignement qui manque un peu de précision, mais dont il convient de tenir compte.

D'ailleurs, sans aller plus loin dans la voie du diagnostic, il nous parut que l'extirpation du kyste s'imposait.

Cette opération eut lieu avec le concours du Dr Méchain, le 16 mars 1899. Après avoir examiné aussi complètement que possible le patient, je me mis en devoir, dans le premier temps de l'opération, d'aspirer le liquide contenu dans la poche. Cette aspiration fut faite avec une seringue de Pravaz et il fut possible de vider ainsi presque complètement la cavité.

Je fis ensuite une kératotomie de 6 millimètres dans la région du limbe, et sans trop de difficultés je pus atteindre la poche froissée, ratatinée sur elle-même; elle se déchira sous la traction de la pince, mais je pus en faire une excision en apparence complète. La brèche comprenait environ le tiers externe de l'iris.

La guérison eut lieu sans incident; douze jours après l'opération, le malade avait repris ses occupations; l'acuité visuelle de l'œil était de 9 dixièmes et tout alla bien pendant deux mois; mais à ce moment, à la partie supérieure de la brèche irienne, apparut une petite saillie transparente qui était évidemment une récidive. Le 30 mai,

je pratiquai l'excision de ce petit coin suspect et, depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

Le 16 novembre 1899, M. D... est venu me montrer son œil guéri: il lui manque, ainsi que nous l'avons déjà dit, la partie externe de l'iris, il existe en haut et en bas, dans les parties voisines de l'excision, des synéchies postérieures, mais l'appareil dioptrique, ainsi que les membranes profondes, sont intacts; l'acuité visuelle est de 9 dixièmes et la vision binoculaire parfaite.

Examen histologique. — Le liquide aspiré dans la seringue en occupe trois divisions (trois gouttes); il a les caractères de l'humeur aqueuse; il est très fluide, parfaitement limpide et transparent; il n'a pas été possible d'en faire l'examen chimique.

Le fragment du kyste excisé se présente à nous sous la forme d'un doigt de gant retourné et il importe, pour bien interpréter la pièce anatomique, de se rendre compte de ce qui s'est passé pendant l'opération.

La poche, visible sur la figure 2, pl. VII, après avoir perdu son contenu, est revenue sur elle-même; la pince à iridectomie a saisi la paroi postérieure et en tirant le néoplasme au dehors a entraîné la poche en la retournant, si bien que, sur les coupes, la face interne du kyste sera en dehors.

Les détails de la structure sont d'ailleurs les suivants:

A un faible grossissement, la paroi du kyste est partout revêtue du côté de sa cavité d'un feuillet épithélial à trois, quatre et même parfois cinq rangées d'épithélium cubique absolument typique, très net avec un gros noyau et tous les caractères ordinaires des cellules épithéliales. (Fig. 3 et 4, pl. VII.)

La rangée la plus superficielle est en certains endroits composée de cellules aplaties, pavimenteuses; mais cette disposition est exceptionnelle; la plupart des cellules superficielles ont l'aspect cubique ou cylindrique; à la surface on trouve des dépôts coagulés laissés par le liquide que contenait encore la poche au moment de la fixation.

La rangée épithéliale la plus profonde ne repose que sur une membrane anhiste, basale, partout bien nette; mais cependant, sur quelques coupes nous avons reconnu cette membrane qui sépare le tissu épithélial du stroma irien; il est très important de constater que l'épithélium qui tapisse la paroi du kyste et qui lui donne son caractère n'est pas en contact avec la couche uvéale de l'iris; il en est séparé par le stroma irien (vaisseaux et tissu conjonctif plus ou moins épaissi); en beaucoup d'endroits, ce qui reste de la couche moyenne de l'iris est peu important, la distension extrême de la poche ayant beaucoup aminci l'enveloppe kystique, mais en quelques points cette couche moyenne est au contraire pathologiquement épaissie; elle est infiltrée de jeunes cellules embryonnaires sans doute sous l'influence du voisinage de la production morbide.

La paroi du kyste se compose donc partout de trois membranes ou couches qui sont, en allant de dedans en dehors: 1° une couche épithéliale; 2° une couche intermédiaire-conjonctive, vasculaire, représentant la zone moyenne de l'iris; 3° une couche externe composée de l'uvée.

Ce sont là des données d'une extrême importance au point de vue de la pathogénie qu'il conviendra d'assigner à ce kyste.

Les détails, constatés à un faible grossissement, apparaissent plus nettement avec les grossissements élevés; mais la description histologique n'y gagne rien d'essentiel. Nous ne voyons rien autre que le revêtement épithélial; il n'y a aucune ébauche glandulaire

ni aucune production épidermique à signaler dans la paroi de cette tumeur. Les deux figures 3 et 4 représentent tout ce qui est intéressant dans l'examen histologique qui a été fait, après fixation par le sublimé acétique, inclusion dans la paraffine et coloration avec le picro-carmin, l'éosine hématoxylique, le bleu de Kuhne et la thionine picriqué.

De ces faits de tumeur dermoïde de l'iris nous rapprocherons ici le cas unique de tumeur dermoïde observé par Follin¹ dans une autre partie du tractus uvéal, dans la choroïde, et nous donnerons in extenso cette remarquable observation, telle que Follin l'a rapportée en 1861 dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*.

OBS. DE FOLLIN. — *Tumeur dermoïde de la choroïde*. — L'œil qui contenait cette production dermoïde et pilifère, avait été enlevé sur le cadavre d'une femme de 70 ans. Il était cataracté; mais c'était là la seule lésion de cet œil, apparente à l'extérieur. La cornée, la sclérotique, l'iris, les chambres antérieure et postérieure, le corps vitré étaient à l'état sain. Mais en ouvrant cet œil et en séparant les membranes l'une de l'autre, je constatai entre la rétine et la choroïde, à la partie supérieure du globe, une production jaunâtre de 1 centimètre et demi de long sur 1 de large, que je pris d'abord pour un de ces amas de cholestérine qu'on trouve assez souvent au-dessous de la choroïde. Cependant, à son examen un peu plus attentif, je vis qu'il s'agissait de quelque chose de tout à fait différent de la cholestérine, d'une sorte de plaque résistante dont une face, bombée, répondait à la choroïde, et l'autre, plane, à la rétine. La face choroïdienne était chagrinée, grenue, traversée par des sillons comme la peau, et recouverte de poils, les uns assez gros, les autres assez petits.

Quelques-uns de ces poils étaient visibles à l'œil nu et avaient 2 millim.; d'autres ne pouvaient être distingués qu'à la loupe: leur nombre s'élevait environ à 25. Ils prenaient naissance dans la profondeur des sillons cutanés. Sur un point de cette face choroïdienne il existait une tache noirâtre, de 4 millim. de largeur, et qui répondait profondément à un amas d'une matière noire.

Par sa face plane, cette plaque tenait à la rétine par quelques adhérences cellulaires faciles à rompre; on n'y découvrait pas de poils. La rétine conservait l'impression de cette tumeur, d'une façon très distincte, par des brides celluluses légères et par quelques taches pigmentaires. La choroïde, dans le point où la plaque pilifère lui correspondait, était dépourvue de pigment; mais partout ailleurs elle était saine.

J'ai procédé à un examen micrographique de la structure de la tumeur, à l'aide de coupes minces faites dans toute son épaisseur, et sur divers points, de la face choroïdienne à la face rétinienne. De cet examen il résulte que la tumeur est composée de plusieurs couches analogues à celles que représentent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané:

1° C'est d'abord une couche épidermique analogue à l'épiderme cutané; cet épiderme est formé de petites cellules arrondies pourvues d'un noyau et d'un nucléole, très rapprochées les unes des autres;

¹ FOLLIN. *Société de chirurgie*, 2^e série; t. II, 1861.

2° Au-dessous de cette couche épidermique, on constate plusieurs couches fibro-celluleuses, d'aspect et de résistance différents. Une première couche, qu'on pourrait très bien comparer au derme, est formée de fibres serrées les unes contre les autres, et disposées en faisceaux assez réguliers. Au-dessous de cette couche, qui a 2 millim. d'épaisseur, on en trouve une autre formée de fibres irrégulièrement entre-croisées, un peu écartées les unes des autres; c'est dans cette couche que viennent aboutir les bulbes pileux. Enfin, au dessous de cette couche aréolaire, on en découvre une autre, plus dense, et renfermant un assez grand nombre des vésicules adipeuses.

Une coupe mince fait voir un assez grand nombre de poils contenus dans une gaine épithéliale et munis d'un bulbe. Ces poils, brunâtres, de différentes longueurs, perforent la face choroïdienne de la plaque dermoïde par un orifice un peu déprimé; leur gaine épidermique se continue avec la couche épidermique superficielle; leur extrémité bulbair est dans la couche fibro-aréolaire à faisceaux écartés les uns des autres. Sur le point de la plaque dermoïde qui était d'une couleur foncée, on trouve des agrégats d'une matière brunâtre disposés sous forme de tubes arrondis, entrelacés, mais assez irrégulièrement pour qu'on ne puisse pas dire si ces masses sont de simples dépôts pigmentaires ou des canalicules de glandes sudoripares remplis d'une matière noire. La structure des poils est identique à celle des poils normaux.

Nous aurons à nous demander dans le paragraphe suivant par quel processus se développent ces tumeurs dermoïdes du tractus uvéal; les cinq observations précédentes constituent les seuls matériaux capables de servir à l'histoire de cette variété de néoplasme et à l'interprétation de sa pathogénie.

4° *Kystes à entozoaires de l'iris*. — Il existe, dans l'iris, des cysticerques dont l'évolution est, d'une façon générale, la même que celle des cysticerques de la rétine et du corps vitré qui seront décrits plus loin; c'est une affection rare et en consultant avec soin toute la littérature on en recueillerait difficilement plus de 25 observations, d'ailleurs presque toutes semblables.

Comme pour tous les cysticerques sous-conjonctivaux, nous devons citer ici en premier lieu Sichel¹ qui a fait connaître cette affection dont il a publié deux belles observations dans son atlas.

Son premier cas est celui que les D^{rs} Schott et Guillaume Sœmmering, de Francfort-sur-le-Mein, étudièrent en 1829; c'est d'ailleurs le premier fait d'un cysticerque vivant observé sur l'homme vivant. Il s'agit d'une

¹ SICHEL. Fig. 4 et 5, planche LXXII de *L'Iconographie ophthalmologique*, p. 705 et suiv. du texte.

jeune fille de 18 ans qui portait dans la chambre antérieure un cysticerque se présentant comme l'indiquent les figures 73 et 74.

La vision n'était gênée que lorsque le ver obstruait la pupille; ordinairement il reposait dans la chambre antérieure absolument comme un cristallin luxé en avant et en bas; il se présentait comme une boule à peu près diaphane qui n'offrait qu'en un point une saillie d'un blanc laiteux et demi-transparent; c'est de ce point qu'on voyait sortir spontanément, à la suite d'une légère friction sur la paupière, d'abord le corps

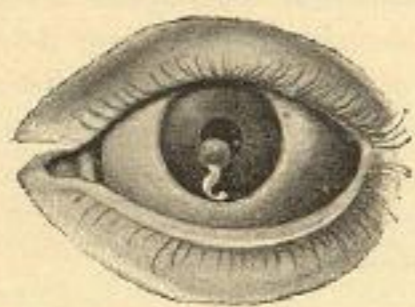


FIG. 73. — Cysticerque dans la chambre antérieure ayant toutes ses parties déployées. (SCHEMMERING.)

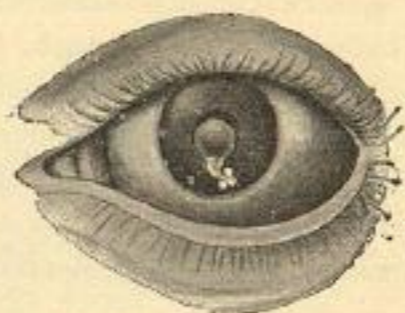


FIG. 74. — Cysticerque dans la chambre antérieure ayant toutes ses parties déployées. (SCHOTT.)

puis le col et enfin la tête se développant à la façon des antennes du limaçon.

Sichel rapporte encore très longuement une autre observation de de Græfe¹; nous la résumerons rapidement, car de pareils faits maintenant n'ont plus l'intérêt qu'ils avaient à l'époque où écrivait Sichel.

Chez cette malade de de Græfe la chambre antérieure renferme une vésicule transparente de la grosseur d'un pois et qui à sa partie inférieure présente une nodosité blanchâtre, opaque. Certains mouvements particuliers, avec contraction et ondulation de la partie supérieure de la vésicule, qui sont surtout bien visibles après plusieurs mouvements de l'œil, ne laissent aucun doute sous le rapport du diagnostic. La partie opaque de la tête rentre parfois entièrement dans la vésicule, parfois elle en sort d'une longueur de $\frac{3}{4}$ de ligne, et à l'endroit plus rétréci qui forme le cou, on peut, en quelque sorte, reconnaître les suçoirs. Cette affection s'est développée avec les symptômes d'une iritis,

¹ DE GRÆFE. Un cas de cysticerque de la chambre antérieure. *Société des sciences médicales de Berlin*, p. 49, déc. 1853, et in SICHEL, *loc. cit.*

et le cysticerque a été pris pendant longtemps pour un exsudat de nature rhumatismale. L'extraction fut pratiquée sans difficulté par l'incision linéaire.

Hirschler¹ a publié également en 1861 l'observation d'un cysticerque, placé dans la chambre antérieure et remarquable par son grand volume, qui obligea d'en faire l'extraction par la kéraotomie à lambeau inférieur et externe. Le succès de l'opération fut d'ailleurs complet; Mende², en 1863, fit connaître une observation analogue. John Windsor³, la même année, publia l'observation d'une jeune femme de 23 ans qui n'éprouvait d'autre incommodité qu'une diminution de la vision; elle avait un cysticerque masquant dans la chambre antérieure une partie de la pupille. En comprimant l'œil avec le doigt à travers la paupière, on faisait facilement passer le corps de la partie supérieure vers la partie déclive de la chambre antérieure; dès que la compression cessait, le ver reprenait sa place première.

Citons encore, pour donner un type clinique de cette affection, le cas suivant de Kruger⁴: il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, qui s'aperçut tout à coup que de l'œil gauche elle ne voyait qu'imparfaitement et comme à travers un brouillard, les objets placés à terre. Environ quinze jours après, elle se présenta à l'Institut ophthalmique de Breslau, où le professeur Fœrster constata dans la chambre antérieure la présence d'une vésicule transparente de 2 millim. de largeur, à reflet grisâtre; implantée sur la partie inférieure de l'iris, à l'aide d'un pédicule très délié et très court, cette vésicule est reconnue pour un cysticerque celluleux vivant, qui change de forme de temps en temps et brusquement. Apart la gêne que ce corps étranger apportait à la vision, il n'avait déterminé aucune lésion soit organique, soit fonctionnelle des parties voisines.

¹ HIRSCHLER. *Arch. f. Ophthalmol.*, t. IV, p. 113, et *Annales d'oculistique*, 1861, p. 179.

² MENDE. Cysticerque dans la chambre antérieure. *Arch. f. Ophthalm.*, t. VII, 1, p. 122-126, et *Annales d'ocul.*, 1863, p. 241.

³ JOHN WINDSOR. Un cas de cysticerque dans la chambre antérieure de l'œil humain. *Ophth. Hosp. Reports*, n° IV, p. 322-324.

⁴ KRUGER. Extraction d'un cysticerque de la chambre antérieure (Institut ophthalmique de Breslau). *Klin. Monatsb. f. Aug.*, 1867.

L'extraction de l'animal fut pratiquée à l'aide d'une incision faite avec un petit couteau à cataracte à la partie inférieure de la cornée sur une étendue d'environ 7 millim. En frottant légèrement sur la cornée avec la curette de Daviel, on amena au dehors le cysticerque qui se détacha spontanément de l'iris; une portion de cette membrane s'était échappée par la plaie et, n'ayant pu être réduite, fut excisée. La malade guérit rapidement.

Nous pourrions encore enrichir ce chapitre de quelques autres faits, tels que celui de Robinowicht¹; mais il ne nous paraît pas qu'il y ait lieu d'insister davantage sur le cysticerque.

Nous aurons dit tout ce qu'il y a d'essentiel à retenir en clinique quand nous aurons rappelé que les phénomènes réactionnels, à peu près nuls au début, s'accroissent assez vite et provoquent bientôt une iritis plastique avec exsudats abondants. La cornée, qui supporte le poids de la poche, s'irrite et s'opacifie.

En prévision de ces accidents, il faut, dès que le diagnostic est bien établi, pratiquer l'excision de la poche et de la partie de l'iris avec laquelle elle a contracté ou gardé des adhérences.

§ 3. — Étiologie et pathogénie.

Nous étudierons successivement l'étiologie et la pathogénie de tous les kystes de l'iris: 1° séreux (traumatiques ou spontanés); 2° perlés; 3° dermoïdes; 4° à entozoaires.

1° **Kystes séreux.** — Mackensie² et Bowman pensaient qu'il s'agissait de la sécrétion d'un fluide épanché entre l'iris et son épithélium postérieur. Guépin admet que le kyste pourrait résulter d'un épanchement sanguin dans l'épaisseur de l'iris; le kyste succéderait à un caillot résorbé. Ce dernier expliquait ainsi les kystes traumatiques, tandis que l'hypothèse de Mackensie et Bowman se rapportait aux kystes spontanés. Il convient, en effet, d'étudier séparément ces deux groupes.

¹ ROBINOWICHT. Un cas de cysticerque dans la chambre antérieure. *Westnisch ophthalmologisk.*, mai-juin 1886.

² MACKENSIE. *Loc. cit.*

a) **KYSTES SÉREUX TRAUMATIQUES.** — Feuer¹ a rapporté un cas dans lequel 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 tapissait la surface interne.

Dans l'observation de Hulke² la paroi du kyste était formée par l'iris lui-même et tapissée par un revêtement de cellules épithéliales. Dans ces derniers cas les kystes n'avaient pas à vrai dire de parois propres en dehors de leur couche d'épithélium; il n'en était pas de même dans le fait que Gayet³ a présenté en 1883 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 sorte de 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 d'un kyste parenchymateux.

Tous les kystes séreux ne sont point cependant privés de parois propres et indépendantes. Sattler⁴ a observé à la clinique de Arlt trois kystes dont la paroi excisée put être examinée au microscope. Elle était formée de tissu fibrillaire recouvert de plusieurs couches de cellules aplaties. Dans l'une de ces observations il y avait des capillaires dans la paroi kystique.

Sattler considère d'ailleurs les kystes séreux de l'iris comme des kystes résultant d'un processus exsudatif. Il est absolument nécessaire, d'après cet auteur, qu'un corps étranger, si microscopique soit-il, épithélium, tissu musculaire, fragment de métal, vienne s'incorporer à l'iris. Cette implantation entraîne une irritation qui déterminerait l'afflux de

¹ FEUER. Des kystes de l'iris. *Wien. med. Press.*, t. XVI, 1875.

² HULKE. *Ophthalmic Hospit. Reports*, t. VI; *Annales d'oculistique*, 1869.

³ GAYET. *Recueil d'ophtalmologie*, 1883, p. 101.

⁴ SATTLER. *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*, 1876, et *Annales d'oculistique*, 1876.