

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. *Westnick 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.

sérosité ; cette sérosité, en écartant les tissus ambiants, forme le kyste qui se tapisse peu à peu, en s'accroissant, d'une couche de cellules endothéliales le séparant des parties voisines.

Becker¹ a constaté l'existence d'une membrane propre compacte, en grande partie formée de fibres élastiques, recouverte à sa surface interne par un épithélium à cellules aplaties. De même Knapp a décrit un kyste à parois amorphes très épaisses revêtues à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux.

Brailey² a fait connaître deux faits : le premier concerne le kyste dont l'observation a été publiée par Critchett. Il a constaté que la paroi était constituée par deux membranes, l'une à peu près incolore, composée d'une substance fondamentale sans structure bien nette et recouverte d'un épithélium à plusieurs couches de cellules incolores sur l'une de ses faces, et montrant sur l'autre face un tissu légèrement fibreux. Le second fait de Brailey concerne un kyste séreux de l'iris développé après l'opération de la cataracte et tapissé par une épaisse couche épithéliale.

Allin³, de New-York, a décrit un kyste constitué par un liquide séreux contenu dans une membrane amorphe en tout semblable à la zonule de Zinn.

Dans un cas de Guépin⁴, on ne trouve pas de cellules épithéliales dans un kyste séreux survenu après l'opération de la cataracte ; mais il n'est pas très sûr que ces cellules aient été soigneusement recherchées. Dans un autre fait du même auteur, dont l'analyse fut pratiquée par Robin, ces cellules faisaient certainement défaut ; il en a été de même dans l'observation de Weinberg⁵ et Galezowski, dont Latteux fit l'étude histologique. Latteux constata que le kyste était dû à un simple décollement de l'iris, la paroi était formée par le tissu normal de l'organe.

Le traumatisme n'entraîne pas, par conséquent, que des kystes épithéliaux, mais aussi un grand nombre de kystes endothéliaux.

¹ BECKER. *Société ophth. d'Heidelberg*, 1874 (Communication de ROTHMUND).

² BRAILEY. *Ophth. Hospit. Reports*, décembre 1876.

³ ALLIN CHARLES. *Transactions of the American ophthalmological Society*. New-York, 1870.

⁴ GUÉPIN. *Kystes de l'iris*. Th. Paris, 1860.

⁵ WEINBERG. *Kyste de l'iris*. *Revue d'ophth.*, juillet 1882.

Greeff¹ a insisté sur ce point dans un mémoire intéressant ; il cite des kystes multiples, avec revêtement endothélial, survenus après l'opération de la cataracte, qui ne peuvent être considérés comme des kystes par implantation ; ce sont des kystes dérivant exclusivement du tissu mésoblastique.

Le traumatisme peut donc, dans l'iris, entraîner la formation de kystes tantôt endothéliaux, tantôt épithéliaux ; la première variété peut s'expliquer à l'aide de plusieurs théories, notamment celles de de Wecker, Everbusch, Stolling.

De Wecker² dit, qu'après le traumatisme, le kyste irien peut prendre naissance de trois manières :

1° Par suite du pincement de l'iris au niveau d'une plaie de la cornée ; 2° par l'adhérence en forme de fer à cheval de l'iris à la capsule du cristallin ; 3° par un ébranlement ou une fissure traumatique de l'iris.

Everbusch³ admet que par suite d'un traumatisme il se fait une hémorragie dans l'angle de la chambre antérieure avec un décollement du ligament pectiné, de la couche endothéliale et de la couche antérieure et moyenne du tissu irien. Au niveau de ces parties décollées se forme le kyste.

Stolling⁴ explique la formation des kystes à la suite de la perforation de la cornée, par ce fait que l'épithélium de la cornée ne recouvre pas la plaie cornéenne d'un bouchon épithélial solide, mais forme au contraire, en tapissant cette plaie profonde, une sorte d'invagination épithéliale qui va jusqu'à l'iris et qui recouvre précisément la portion de cette membrane correspondant à la plaie cornéenne. Il suffit alors que l'ouverture antérieure cornéenne de cette invagination épithéliale s'oblitére pour qu'un kyste se forme. (Fig. 75.)

b) KYSTES SÉREUX SPONTANÉS. — Schmidt-Rimpler⁵, qui a bien étudié

¹ RICHARD GREEFF. Zur Kenntniss der intraoculärenkysten. *Arch. für Augenheilkunde*, t. XXV, 1892.

² DE WECKER. De la dégénérescence cystoïde de l'iris. *Annales d'ocul.*, t. LXX, 1878.

³ EVERBUSCH. Beiträge zur Genese der Iriscysten, 1880, und *Nagel-Michel's Jahresbericht*, 1885, S. 353.

⁴ STOLLING. Die Entstehung seröser Iriscysten. *V. Graefe Arch. f. Ophth.*, 1885, Bd. XXXI, n° 3.

⁵ SCHMIDT-RIMPLER. Die Entstehung der Serösen Iriscysten. *V. Graefe Arch. f. Ophth.*, 1885.

cette variété de kystes, les considère comme produits par la fermeture des cryptes décrites par Fuchs à la face antérieure de l'iris.

Treacher Collins¹ a publié deux cas de kystes idiopathiques de l'iris dans lesquels le revêtement endothélial s'expliquait aisément par cette théorie de Schmidt-Rimpler. Notre confrère anglais a également fait l'examen de plusieurs petits kystes iriens développés sans traumatisme à la surface postérieure de l'iris entre les deux couches normales de pigment.

Leplat² a décrit un cas de kyste séreux développé à la suite d'une

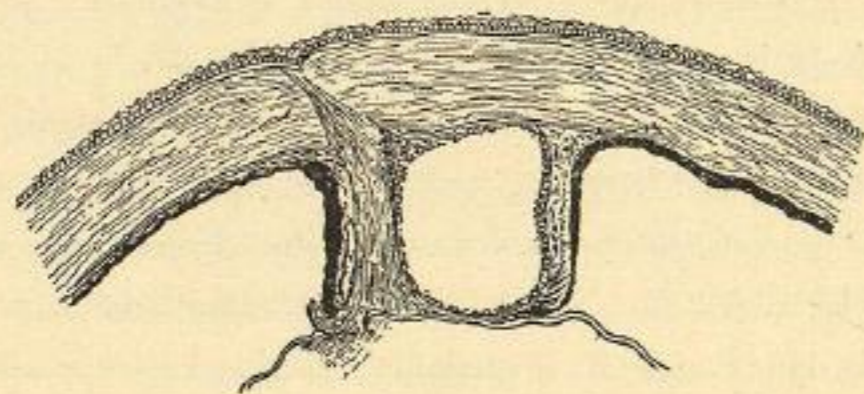


FIG. 75. — Kyste considéré comme un kyste irien, développé après un traumatisme pénétrant de la cornée. (ALT.)

synéchie antérieure ayant entraîné la formation d'une vésicule close, tapissée d'endothélium. La paroi était formée par le stroma irien.

Eales et Sinclair³ ont étudié, sous le titre de kyste uvéal de l'iris, un kyste formé par le détachement de la couche postérieure du pigment uvéal, consécutif à des désordres glaucomateux. Le kyste était formé par la division et la distension de la couche pigmentaire de l'iris.

Ginsberg⁴, se basant sur l'examen microscopique d'un cas personnel, conclut, avec Schmidt-Rimpler, que les kystes séreux non traumatiques sont dus à une rétention de la lymphe et sont, par conséquent, des kystes par rétention.

¹ TREACHER COLLINS. On the pathology of intraocular cysts. *Oph. Hospital Reports*, t. XIII, p. 1, 1890.

² LEPLAT. Kyste séreux de l'iris. *Annales de la Société méd.-chirurgicale de Liège*, 1895.

³ EALES et SINCLAIR. Kyste uvéal de l'iris. *Transact. opt. Society*, 1896.

⁴ GINSBERG. Kystes séreux idiopathiques de l'iris. *Centralblatt f. praktisch. Augenheilk.*, 1895.

Parmi les kystes iriens spontanés, il en est quelques-uns qui méritent un intérêt tout particulier : ce sont les kystes congénitaux. Ils sont peu nombreux ; voici tous ceux que nous avons pu retrouver :

Clark¹ (d'Ohio), au huitième Congrès international d'Edimbourg (1894), a cité deux cas, dont l'un, concernant un enfant de 22 mois, paraît congénital ; l'autre chez une femme de 32 ans. Le premier cas a été examiné histologiquement ; il contenait un endothélium de Descemet sur sa paroi ; l'auteur pense qu'il s'était développé dans les espaces de Fontana.

Guaita² opéra, chez un enfant de 7 ans, un kyste congénital ayant la grosseur d'un double grain de maïs. La paroi antérieure du kyste adhérait à la cornée et cette dernière paraissait opaque dans les couches profondes. Guaita explique ce kyste par la théorie d'Everbusch, c'est-à-dire par un encapsulement de la chambre antérieure avec participation de la cornée.

Herrnheiser³ décrit un kyste séreux congénital chez une petite fille de 6 ans. La mère de l'enfant prétend qu'immédiatement après la naissance de sa fille, elle a remarqué une petite saillie de l'iris, grosse comme une tête d'épingle, à l'endroit même où s'est développé plus tard le kyste, mais il n'aurait commencé à se former que deux mois avant l'opération. Herrnheiser n'a pu retrouver aucune espèce d'influence traumatique, et l'auteur, qui n'a pu faire l'examen histologique, dit que la cause de cette formation kystique ne lui paraît pas claire.

Klein⁴ rappelle, en passant, un cas analogue à celui d'Herrnheiser ; mais il ne paraît pas avoir fait de ce cas une étude attentive et ne donne aucune interprétation personnelle.

Noyes⁵ a communiqué à l'*American opt. Society* un autre fait de kyste congénital de l'iris sur l'examen histologique duquel nous n'avons pas non plus de renseignements complets.

2° Kystes et tumeurs perlées. — Rothmund⁶ a le premier donné la

¹ CLARK. VIII^e Congrès international d'ophtalmologie d'Edimbourg, 1894.

² GUAITA. *Annali di ottalmologia*, t. X.

³ HERRNHEISER. Ueber serösen Iriscysten. *Prager med. Woch.*, 1891.

⁴ KLEIN. *Lehrbuch der Augenheilkunde* (Congenitale Iriscysten).

⁵ NOYES. *Transact. of the American opt. Society*, 1880.

⁶ ROTHMUND. Pathogénie des kystes de l'iris. *Société ophtalmol. d'Heidelberg et Klinische Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1871-1872, p. 189-223.

véritable explication des tumeurs perlées de l'iris. Il avait constaté, après beaucoup d'autres, après Buhl, dont le nom mérite d'être ici mentionné, les relations fréquentes des tumeurs iriennes avec les plaies pénétrantes de l'œil; il avait remarqué que de nombreuses tumeurs s'étaient développées après la pénétration des cils et il en avait conclu que si des cils étaient, par un traumatisme, entraînés dans la chambre antérieure, des lambeaux de conjonctive, des cellules épithéliales de la cornée pouvaient également pénétrer jusqu'à l'iris, s'y



FIG. 76. — Kystes séreux obtenus par des greffes conjonctivales sur l'iris d'un lapin. (MASSE.)



FIG. 77. — Greffe d'une portion de peau sur l'iris d'un lapin. Formation d'une petite tumeur perlée avec plusieurs poils. (MASSE.)

implanter et y proliférer, mais la théorie de Buhl-Rothmund manquait absolument de base expérimentale et par là se défendait mal. Monoyer la critiqua fortement et s'efforça de montrer que l'iris ne présente pas les conditions voulues pour que les cellules épithéliales venues du dehors s'y fixent, y végétent et s'y multiplient.

C'est à Masse que revient le mérite d'avoir établi d'une façon irréfutable la vérité de la théorie de Buhl-Rothmund par de belles expériences qu'il a résumées dans une note mémorable à l'Académie des sciences (28 mars 1881). Cette note doit être reproduite ici.

« Il résulte de nombreuses expériences que je viens de faire sur des lapins, que des lambeaux de conjonctive, de petits morceaux introduits à l'aide d'une incision faite à la cornée, dans la chambre antérieure de l'œil, se greffent assez facilement sur l'iris.

« Les lambeaux de ces tissus, abandonnés dans la chambre antérieure de l'œil, vont s'accoler à la face antérieure de l'iris, et l'adhésion se fait sans qu'il existe de plaie au point où se fait la greffe et sans que la greffe ait pénétré dans le tissu même de l'iris.

« Les tissus greffés subissent d'abord une certaine résorption, les lambeaux irréguliers s'arrondissent et prennent une couleur blanche. Au bout d'un certain temps, la greffe prend la forme d'une petite perle fine et elle présente les plus grandes analogies avec les kystes et les tumeurs épithéliales qui se développent quelquefois sur l'iris de l'homme, après les plaies pénétrantes de la cornée.

« Les petites tumeurs qui se développent ainsi par la greffe peuvent se vasculariser. J'ai vu des anses vasculaires, parties de l'iris, se développer et se ramifier à leur surface.

« Chez les lapins, ces tumeurs restent toujours assez petites, mais elles ne disparaissent pas; je conserve depuis huit mois des lapins qui ont des greffes de ce genre.

« J'ai pu greffer sur l'iris, par ce même procédé, de petites portions de peau renfermant des cils. Les cils ont été englobés dans la tumeur qui s'est formée par la greffe.

« Je me suis assuré, par l'examen microscopique, de la nature des greffes ainsi obtenues: elles sont formées d'une couche très épaisse d'épithélium pavimenteux; sous cet épithélium se trouve du tissu conjonctif qui s'unit au tissu conjonctif de l'iris.

« J'ai vu se développer au centre d'une greffe de conjonctive une véritable cavité kystique. La tumeur, qui était d'abord blanche, était devenue translucide. On peut donc obtenir par la greffe irienne des tumeurs épithéliales et des tumeurs kystiques.

« Cette théorie, émise sans preuves expérimentales par Rothmund, en 1871, peut être soutenue à l'aide des faits que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.

« Les kystes et les tumeurs épithéliales de l'iris qui se développent chez l'homme après les plaies pénétrantes de la cornée, peuvent être dus à des greffes de lambeaux de conjonctive ou de morceaux de peau qui pénètrent au moment du traumatisme dans la chambre antérieure de l'œil.

« Des cils, munis de leurs follicules, peuvent également se greffer sur l'iris. Les cellules des follicules pileux deviennent le germe de véritables tumeurs épithéliales.

« Chez un forgeron, trois cils ayant pénétré, à la suite d'un traumatisme, dans la chambre antérieure de l'œil, j'ai vu se former, près du bulbe de chacun d'eux, trois petites tumeurs arrondies comme de petites perles fines. La théorie de la greffe nous rend compte parfaitement dans ce cas de la pathogénie de ces tumeurs.

« Nous comprenons ainsi, à l'aide de cette théorie, pourquoi la plupart des kystes et des tumeurs épithéliales de l'iris se forment chez l'homme après des plaies pénétrantes de la cornée.

« La formation des kystes et des tumeurs de l'iris qui succèdent au traumatisme peut donc s'expliquer par la théorie émise par Rothmund; les expériences que je viens de faire sur les animaux prouvent que cette théorie, qui n'était considérée jusqu'à présent que comme une hypothèse, peut être justifiée par des expériences très concluantes sur les animaux. »

Dans une seconde note à la même Académie (janvier 1883) le même auteur montra que des lambeaux de cornée pouvaient également se greffer sur l'iris et former aussi des tumeurs perlées.

Des expériences de Masse il résulte que l'introduction, dans la chambre antérieure, d'un lambeau épithélial cornéen ou conjonctival est seul fertile; les fragments de tissu musculaire se résorbent et ne donnent pas lieu à la tumeur perlée. Nous avons fait à ce sujet sur le vivant une expérience involontaire qui mérite d'être signalée. Il s'agit d'un homme de 65 ans, opéré de la cataracte par l'extraction à lambeau; pendant la kératectomie l'iris fut sectionné et le lambeau détaché tomba dans le fond de la chambre antérieure d'où il ne put être extrait; ce lambeau se greffa sur l'iris, s'y ratatina, en subissant un lent travail de résorption. Nous avons pendant quatre ans suivi ce malade qui resta exempt de tumeur irienne et continua à présenter une bonne vision.

Ce fait négatif tend à montrer, comme les expériences du professeur de Bordeaux, que les greffes épithéliales cornéennes, conjonctivales ou cutanées sont les véritables agents pathogènes des tumeurs qui nous occupent.

Par ces expériences, Masse allait au-devant de toutes les critiques adressées à la théorie de Rothmund et les réfutait victorieusement; il alla plus loin et, modifiant le champ de ses expérimentations, il obtint par

greffes péritonéales de véritables tumeurs dermoïdes. Il introduisit dans la cavité abdominale de rats blancs adultes des lambeaux de peau, un œil entier, un membre inférieur enlevé à un rat nouveau-né et il obtint des tumeurs dermoïdes identiques comme structure aux kystes dermoïdes pilo-graisseux qu'on enlève à la face et au cou, faits expérimentaux d'ailleurs conformes à la théorie générale des kystes dermoïdes introduite dans la science par Verneuil.

Telles sont, trop brièvement résumées, les expériences faites par Masse; elles méritent par leur importance et leur valeur démonstrative une place à part dans l'histoire de la question, et la théorie pathogénique qu'elles démontrent doit légitimement porter le nom de Rothmund-Masse.

Il est juste, d'ailleurs, de rapporter ici les travaux analogues qui ont été faits par d'autres expérimentateurs, Dooremaal¹, Goldzieher², Schweningen³, Humbold⁴ et Berthod⁵.

Dooremaal expérimenta le premier en 1873, à l'insu de Masse: il introduisit des corps étrangers inertes et des tissus vivants dans l'iris de chiens et de lapins; les tissus vivants se greffèrent; un morceau de muqueuse forma une tumeur perlée.

Goldzieher établit également, en 1874, que les tissus organisés introduits dans la chambre antérieure reprenaient vie, s'accroissaient à une partie quelconque de la chambre antérieure, s'enkystaient. Un morceau de muqueuse nasale donna lieu à un kyste de l'iris avec un revêtement régulier.

Schweningen, en 1875, fit dans la chambre antérieure d'yeux de chiens et de lapins des implantations de cheveux encore pourvus de leur bulbe. Il démontra que la gaine radulaire s'implantait directement sur l'iris; ajoutons enfin que Humbold et Berthod reprirent avec succès les expériences de Von Dooremaal et Goldzieher.

Tous ces travaux sont antérieurs à ceux de Masse, mais ils sont moins

¹ DOOREMAAL. *Græfe Arch.*, 1873.

² GOLDZIEHER. *Klinisch Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1872.

³ SCHWENINGER. *Zeitschrift f. Biologie*, XI, S. 341, et *Centralblatt f. d. med. Wiss.*, n° 9.

⁴ HUMBOLD. In HOSCH (de Bâle). *Experimentale Studien über Iriscysten. Virchow's Arch.*, 1885.

⁵ BERTHOD. *Berliner klin. Woch.*, 1878, n° 18.

complets et moins probants; ils ne contiennent que l'ébauche de la démonstration que le professeur de Bordeaux a faite d'une façon péremptoire et définitive. HOSCH¹ reprit à Bâle, en 1881, les expériences de Masse et les confirma; il montra, outre la pathogénie des tumeurs perlées, celle des dermoïdes de l'iris en produisant cette affection à l'aide d'une greffe cutanée.

Un travail très récent de Wintersteiner², basé sur l'examen anatomique de 15 cas, a montré à cet auteur que les tumeurs épithéliales (*cholestéatomes* de l'iris) étaient après les traumatismes beaucoup

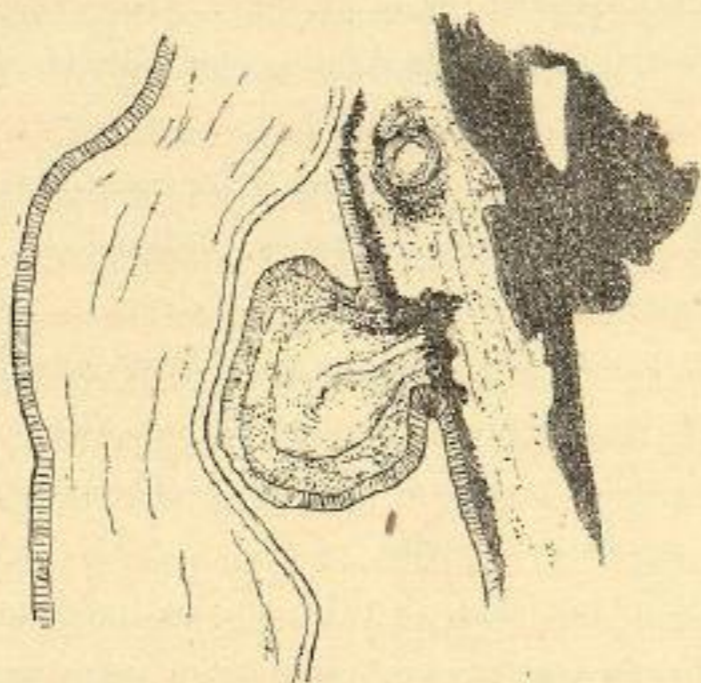


FIG. 78. — Tumeur formée par une greffe de conjonctive bulbaire. Le revêtement externe est formé par de l'épithélium cylindrique; on voit un vaisseau sanguin dans le pédicule de la tumeur. (HOSCH.)

moins fréquentes que les kystes séreux. Ces kystes séreux traumatiques sont quelquefois la conséquence d'une synéchie postérieure (de Wecker), ou se développent selon la théorie de Stoltzing exposée plus haut. Wintersteiner a pu observer anatomiquement la dégénérescence cornée et la résorption d'un kyste épidermique.

3° **Kystes dermoïdes.** — Les kystes dermoïdes congénitaux procèdent de la même étiologie que les dermoïdes en général, et nous

¹ HOSCH. *Virchow's Arch.*, 1885.

² WINTERSTEINER. Des kystes traumatiques de l'iris. *Société ophthalmologique de Heidelberg*, septembre 1900.

pouvons renvoyer sur ce sujet à tout ce qui a été dit des dermoïdes de la conjonctive et de la cornée; mais il peut arriver que le kyste dermoïde de l'iris revête les caractères, très anormaux pour un dermoïde, des kystes séreux; il en était ainsi dans le cas de Von Rosenweig et dans le nôtre, et il n'est pas sans intérêt de comparer la structure de ces kystes séreux dermoïdes avec celle des autres kystes séreux spontanés.

Le cas de Rosenweig et le nôtre démontrent qu'un kyste séreux simple, n'ayant aucunement l'apparence des kystes dermoïdes ou épidermoïdes, peut être tapissé par une paroi épithéliale indiquant son origine ectodermique. Ces deux faits nous paraissent mériter le qualificatif de dermoïdes. Il n'en serait pas de même, d'après Lannelongue¹, du fait de de Græfe, dans lequel l'examen histologique ne fut pas pratiqué et qui s'était développé à la suite d'une blessure de l'œil.

Dans tous les cas la pathogénie de ces kystes est celle des tumeurs dermoïdes en général, et nous devons renvoyer le lecteur aux Traités généraux, notamment au si remarquable ouvrage déjà cité de Lannelongue et à ce que nous avons dit des dermoïdes de la conjonctive (p. 50 et suiv.).

4° **Kystes à entozoaires.** — Nous ne dirons rien ici de l'étiologie et de la pathogénie des kystes à entozoaires de l'iris. Le lecteur trouvera toutes les considérations que le sujet comporte dans le chapitre II du livre IV, consacré aux cysticerques de la rétine et du vitré.

La pathogénie des kystes de l'iris, maintenant bien connue, peut donc se résumer de la façon suivante :

1° Les *kystes séreux* peuvent survenir par simple contusion, sans plaie pénétrante. Rarement ils seraient dus à un plissement de l'iris (de Wecker); ils s'expliquent mieux par la formation d'une poche hémattique dont le sang disparaît par résorption, laissant une irritation capable d'entraîner la sécrétion d'un liquide; peut-être aussi la contusion de l'œil vient-elle précipiter la marche d'un kyste congénital très petit et jusque-là inaperçu.

¹ LANNELONGUE et ACHARD. *Traité des kystes congénitaux*, p. 33, Paris, 1886.

Les inflammations chroniques du tractus uvéal, les néoplasmes du corps ciliaire peuvent aussi former des kystes.

2° Les *tumeurs perlées* (kystes à contenus graisseux, épithéliaux) résultent toutes d'un traumatisme; c'est à ces lésions que s'applique intégralement la théorie de Rothmund-Masse.

3° Les *tumeurs dermoïdes*, très rarement observées, sont explicables par la greffe d'un lambeau de peau ou de muqueuse conjonctivale; si elles se développent en dehors d'un traumatisme, elles s'expliquent par la théorie générale des kystes dermoïdes (Verneuil).

Les kystes séreux épithéliaux semblables à celui que nous avons publié relèvent de la même pathogénie.

§ 4. — Symptomatologie.

Le traumatisme est évidemment la cause essentielle; mais il est intéressant de remarquer que le développement de ces tumeurs se fait lentement après l'accident initial.

Les désordres occasionnés par le traumatisme, épanchement de sang, inflammation cornéenne ou conjonctivale, disparaissent; la vue redevient très bonne. Ce n'est que quelques mois, souvent plusieurs années après, qu'avec une grande lenteur se développe la greffe épithéliale. Dans un cas de Hirsch le traumatisme remontait à quatorze années; pendant longtemps cette tumeur passe complètement inaperçue; il est exceptionnel de voir de bonne heure apparaître des accidents inflammatoires ou douloureux.

D'ailleurs, lorsque ces accidents surviennent, ils peuvent prendre une grande gravité et non seulement compromettre la vision de l'œil intéressé, mais même provoquer de véritables ophtalmies sympathiques.

Les signes locaux que l'observateur, dans les diverses variétés de kystes de l'iris, peut constater à l'éclairage direct ou à l'éclairage oblique se devinent aisément après ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique de ces néoplasmes, et les symptômes fonctionnels résultant de l'obstacle que ces tumeurs iriennes et leurs complications inflam-

matoires opposent au passage des rayons lumineux n'ont rien qui mérite une étude spéciale.

§ 5. — Diagnostic.

Le diagnostic différentiel est en général facile; il faut en pareil cas songer au sarcome, aux lésions syphilitiques et tuberculeuses de l'iris.

Le *sarcome* est plus rapide dans son développement, plus étendu en surface; il présente un aspect mélanique très différent de la couleur des kystes qui sont grisâtres, jaunâtres, bleuâtres, rarement bruns.

Les *leuco-sarcomes de l'iris*, qui sont de véritables raretés, sont blanchâtres, mais présentent une surface richement vascularisée, un peu mamelonnée. En outre, les sarcomes ne sont pas, comme la plupart des kystes, consécutifs au traumatisme.

Les *gommages de l'iris* se produisent en général sur les deux yeux, de préférence au niveau du quart interne et supérieur de l'iris; elles sont fortement colorées en jaune; elles subissent, surtout quand le traitement a été approprié, une dégénérescence qui se termine par l'atrophie de l'iris au niveau de la partie résorbée. On trouvera en général la notion causale dans les antécédents du malade qui en est à la période tertiaire.

Les *tubercules de l'iris* ont une coloration jaunâtre claire et presque blanche; ils sont vasculaires, arrondis, multiples, marchent vite et aboutissent à la suppuration de la chambre antérieure et à la perforation de la cornée. Ces lésions peuvent être cliniquement primitives, c'est-à-dire survenir chez des sujets qui ne présentent ailleurs aucun désordre bacillaire apparent; mais souvent elles sont secondaires et apparaissent chez des tuberculeux avérés. L'état général du sujet, la marche rapide de l'affection, l'aspect du néoplasme, l'absence de traumatisme ne permettront pas au diagnostic de s'égarer.

Les *tubercules lépreux* prêteront encore moins à la confusion, car les lésions de la lèpre intéressent l'iris après la conjonctive dont le limbe est toujours recouvert de tubercules lépreux. On dit communément aussi que la cornée est toujours atteinte avant l'iris, c'est là une