

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 Hesch 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

erreur ; nous avons publié une observation dans laquelle la cornée était intacte au-devant d'une grave iritis lépreuse.

Signalons encore les *angiomes de l'iris*, les *taches* et les *nævi pigmentaires*, mais n'y insistons pas, car rien dans l'évolution de ces affections, leur origine, leur aspect et leur cause ne rappelle les kystes iriens.

En présence d'une tumeur irienne kystique, on pourra se demander s'il s'agit d'un kyste simple, d'une tumeur perlée ou d'une tumeur dermoïde.

Les kystes simples sont transparents et translucides. L'éclairage oblique permet de juger à la fois de l'épaisseur de la paroi et de la nature du contenu.

Les tumeurs perlées sont d'un blanc nacré qui leur donne assez exactement l'aspect d'une perle fine ; elles sont tantôt régulièrement arrondies, tantôt bosselées ; leur marche est plus lente que celle des kystes simples.

Souvent on voit des cils dans la chambre antérieure, à côté du kyste ou disposés de telle façon qu'une partie du cil émerge en dehors de la tumeur pendant que l'autre partie est dans son intérieur.

Les tumeurs dermoïdes ont l'aspect extérieur des tumeurs perlées ; elles sont assez rares pour qu'en clinique l'erreur soit peu redoutable ; on y songera lorsque la lésion irienne aura manifestement une origine congénitale.

Les cysticerques de l'iris sont reconnaissables aux mouvements alternatifs d'expansion et de retrait du ver, au rétrécissement qui sépare la vésicule caudale et la tête, et à la couronne de crochets, implantés sur l'extrémité céphalique.

§ 6. — Pronostic.

Le pronostic des kystes de l'iris est grave en ce sens que tôt ou tard ils finissent par entraîner la perte de l'organe par iritis et irido-choroïdite. Rothmund et Critchett ont même cité des cas d'ophtalmie sympathique ; il y a donc grand intérêt à intervenir de bonne heure pour

débarrasser le patient de cette affection d'essence bénigne, mais redoutable par le siège qu'elle occupe et les accidents locaux qu'elle entraîne.

§ 7. — Traitement.

Même lorsque le malade supporte bien sa tumeur, qu'il n'en est pas incommodé, il est indiqué de l'opérer ; elle peut augmenter et son extraction complète devenir plus tard difficile.

Dans les cas de kyste simple, on peut se contenter de ponctionner la tumeur avec une aiguille à cataracte. Turner a ainsi obtenu une guérison, mais il vaut mieux combiner la ponction avec la déchirure de la paroi du kyste en même temps que l'extraction d'une partie de cette paroi.

Arlt et Hulke considèrent l'excision comme toujours nécessaire, et leur conseil a été souvent mis en pratique, notamment par Desmarres, White Cooper et Knapp qui conseillent l'iridectomie en même temps que l'excision du néoplasme. L'ablation complète du néoplasme n'est pourtant pas nécessaire. Dans un cas personnel que nous avons relaté plus haut (p. 254), nous n'excisâmes que la partie antérieure de la tumeur perlée et cependant le malade guérit. Dans ce cas, nous fûmes conduit à ne pas pratiquer l'iridectomie parce que la malade présentait déjà une iridectomie en haut, faite pour une iritis traumatique grave, et parce que le colobome inférieur, qu'aurait nécessité l'extraction du kyste, aurait augmenté le trouble déjà grand de la vision. Nous pourrions encore citer, pour montrer la possibilité de la guérison par la simple ponction, l'observation de Mackenzie (t. II, p. 261) dans laquelle le kyste guérit après trois piqûres.

Nous n'en considérons pas moins l'extraction complète du kyste avec iridectomie comme l'opération de choix, dans tous les cas de kyste séreux, perlé ou dermoïde. Au point de vue de cette dernière catégorie, nous devons signaler ce qui se passa dans notre observation personnelle : une première excision incomplète fut suivie de récurrence et il fut nécessaire, pour éviter la formation d'un kyste volumineux, d'enlever le fragment de paroi oublié dans l'œil (p. 261). Quant aux kystes à entozoaires, leur extirpation, aussi complète que possible, est particulièrement recommandable.