

à se fermer, et il vaut mieux, par conséquent, ne pas attendre que la séclu-sion soit complète. Cette manière de procéder est particulièrement recom-mandable, quand le patient habite loin du médecin, de façon que le moment propice pour l'iridectomie pourrait être facilement méconnu. — Dans la séclusion pupillaire, on fait l'iridectomie en haut. S'il y a en même temps occlusion pupillaire, on devrait placer le colobome en bas et en dedans, selon les règles fixées pour l'iridectomie optique au paragraphe 156. Pourtant il est préférable, dans ces cas, de faire l'iridectomie en haut, parce que le cristallin s'opacifie souvent plus tard et que le colobome en haut servira à son extraction.

Dans les cas d'iridochoroïdite chronique, l'iridectomie ne se borne pas à supprimer mécaniquement la séclusion pupillaire, mais encore elle influence favorablement la nutrition générale de l'œil. En effet, le corps vitré s'éclaircit et l'acuité visuelle s'améliore souvent encore pendant longtemps. Lors-qu'on opère des yeux qui commencent déjà à se ramollir, donc qui marchent vers l'atrophie, dans les cas favorables, les liquides oculaires se reprodui-sent de nouveau et la pression redevient normale.

Quoique généralement l'énucléation constitue un préservatif certain contre l'inflammation sympathique, l'on connaît néanmoins une série de cas où, en dépit de cette opération, l'ophtalmie sympathique a éclaté. Celle-ci survient chaque fois après un court intervalle — quelques jours à quelques semaines — après l'opération (l'intervalle le plus long observé jusqu'ici est de 47 jours [Shaw]). Il faut donc bien admettre qu'au moment où l'énucléation a été pratiquée, l'autre œil était déjà envahi par l'inflammation. Cependant, ici encore, l'énucléation ne manque pas d'agir favorablement, car, dans la plupart des cas, l'inflammation sympathique eut ensuite une marche fort bénigne, probablement parce qu'un œil énucléé cesse de stimuler constam-ment l'inflammation.

II. — BLESSURES DE L'IRIS.

§ 73. — En dehors de ce qui a déjà été dit, dans les chapitres précédents, touchant les lésions traumatiques de l'iris et leurs conséquences, nous mentionnerons encore les espèces particulières suivantes de traumatismes de cet organe. Ceux-ci s'observent le plus souvent après les contusions de l'œil.

1° *L'iridodialyse* (1). — On désigne sous ce nom l'arrachement de l'iris du corps ciliaire. Sur l'un des côtés de l'œil, au niveau du bord ciliaire de l'iris, on trouve un espace semilunaire noir, dans lequel l'iris est séparé de son insertion ciliaire. A cet endroit, on peut regarder directement

(1) De ἴρις et διάλυσις, séparation.

dans l'intérieur obscur de l'œil (fig. 149). Lorsque la partie arrachée est très large, dans l'ouverture ainsi produite, on reconnaît à l'éclairage latéral le bord du cristallin (*l*) et les procès ciliaires (*p*) reliés par les fibres de la zonule de Zinn. La pupille a perdu sa forme circulaire, parce que, du côté de l'iridodialyse, le bord pupillaire perd sa forme d'arc pour prendre celle de la corde (fig. 149, *a*). La cause du déplacement du bord pupillaire résulte du fait que la partie arrachée de l'iris se tend en ligne droite, par suite du raccourcissement du sphincter. C'est ainsi que l'iris s'écarte de son insertion au corps ciliaire et rend toute réunion ultérieure impossible. — L'acuité visuelle n'est souvent que peu gênée par l'existence de l'iridodialyse ; seulement — lorsque l'œil n'est pas bien accommodé — il se manifeste de la diplopie monoculaire, parce que le faisceau lumineux qui traverse l'ouverture périphérique, aussi bien que celui qui pénètre par la pupille elle-même, forment chacun une image sur la rétine (voir § 123).

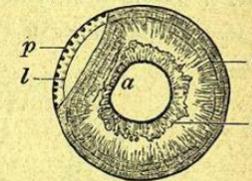


FIG. 149. — Iridodialyse. Gross. 2/1. — Le bord pupillaire est tracé en ligne droite en *a*. L'iris, dans la partie correspondant à cette place, s'est détaché de son insertion au corps ciliaire, s'est rétréci et plissé légèrement. Dans l'intervalle compris entre l'iris et la cornée se voient le bord du cristallin *l* et les sommets des procès ciliaires *p*; la fine striation radiale qu'on remarque entre ces deux organes répond à la zonule de Zinn. *k*, petit cercle de l'iris; *c*, sillons de contraction.

L'iridodialyse peut occuper une étendue très différente, depuis une rupture à peine visible jusqu'à l'arrachement total de l'iris de son insertion ciliaire. Dans le dernier cas, il prend la forme d'une masse pelotonnée sur elle-même, occupant le fond de la chambre, où il ne tarde pas à se transformer les jours suivants en un petit amas ratatiné, gris et peu apparent. Si le traumatisme avait en même temps causé une rupture de la sclérotique, l'iris arraché pourrait être entièrement expulsé de l'œil. Dans les deux cas, l'iris fait entièrement défaut, — *iridémie* (1) ou aniridie traumatique.

Une partie seulement de l'iris peut aussi être expulsée de l'œil, notam-ment en cas de rupture de la sclérotique, de façon qu'il se produit un *colobome* traumatique.

2° *Ruptures radiales partant du bord de la pupille*. — Elles peuvent s'étendre jusqu'au bord ciliaire, de sorte qu'au niveau de la rupture, la pupille, à la façon d'une ogive gothique, se prolonge jusqu'au bord cor-néen (fig. 150). Cependant, des ruptures aussi étendues sont rares. D'ordi-naire la rupture n'a qu'une petite étendue et s'entrebâille si peu qu'on ne peut l'observer que par un examen minutieux, notamment à la loupe (fig. 151). Ces petites déchirures sont la cause la plus fréquente de la

(1) De ἴρις et ἔρημις, solitude, absence.

dilatation pupillaire après les contusions — *mydriase traumatique*, qui dépend de l'affaiblissement ou de la paralysie du sphincter par la rupture. Le plus souvent la pupille reste pour toujours un peu dilatée. Le muscle ciliaire peut aussi être paralysé par une contusion, ce qui se trahit par la diminution de l'amplitude de l'accommodation (éloignement du punctum proximum).

3° *Le renversement de l'iris* (Ammon). — Il consiste en ce que l'iris se renverse en arrière, de façon à venir reposer sur la surface du corps ciliaire (fig. 152). Le renversement total de l'iris est très rare ; plus fréquemment il est partiel. Alors, à l'endroit où il est reporté en arrière, on ne voit plus l'iris ; il semble donc y manquer, comme si l'on avait fait une iridectomie.

Les traumatismes de l'iris sont, en règle générale, accompagnés d'un

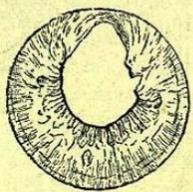


FIG. 150.

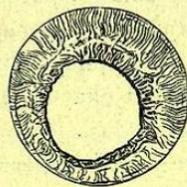


FIG. 151.

Fig. 150. — Grande déchirure radiée de l'iris. Gross. 2/1. — En haut il existe une grande déchirure, dont les bords se sont écartés et dont l'extrémité supérieure, qui n'arrive pas jusqu'au bord ciliaire, est arrondie. La petite déchirure qui siège à droite de la grande a gardé sa forme à angle aigu. La pupille est dilatée et, naturellement, elle ne montre pas le liséré noir de pigment rétinien dans la partie répondant aux déchirures.

Fig. 151. — Petites déchirures radiées du bord pupillaire. Gross. 2/1. — Le bord pupillaire est régulier en dehors et en haut ; il y est bordé du liséré noir de pigment rétinien. En bas et en dedans, ce liséré fait défaut ; ici, le bord pupillaire est irrégulier, montre de petites encoches et s'est retiré en totalité, de sorte que la pupille est dilatée en dedans et en bas.

épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Le sang qui sort des vaisseaux déchirés de l'iris, descend rapidement au fond — *hyphéma* — et disparaît le plus souvent par résorption, au bout de quelques jours. C'est alors seulement qu'il est possible de bien observer les lésions subies par l'iris, et l'on trouve, par exemple, soit une iridodialyse, soit des ruptures radiées. Néanmoins, il arrive souvent qu'il n'est possible de découvrir aucune solution de continuité dans l'iris, de façon que la source du sang reste inconnue. Dans un grand nombre de cas, le sang proviendrait d'une rupture du canal de Schlemm (Czermak).

Traitement. — Lorsqu'après un traumatisme, les phénomènes de réaction sont particulièrement violents, on ordonne, pendant quelques jours, l'application de compresses glacées. Dans le cas contraire, il suffit de tenir l'œil blessé sous un bandeau et de faire garder le repos, éventuellement au lit. Remarque-t-on l'existence d'une iridodialyse, on instille de l'atropine pour empêcher que le sphincter, en se contractant, n'arrache

davantage encore l'iris de son insertion. Pour activer la résorption des grands épanchements sanguins, on peut conseiller des sudations. En règle générale, après les traumatismes de l'iris, sans perforation des enveloppes oculaires, on n'a pas à craindre l'explosion d'une iritis (au sujet du traitement des plaies perforantes, voir p. 279).

Quelquefois, dans les opérations, il se produit accidentellement une *iridodialyse*. Ainsi, lorsqu'au moment où l'opérateur a saisi l'iris avec la pince, l'œil à opérer fait un mouvement brusque et violent, l'iris peut être arraché de son insertion sur une étendue variable. Il peut même être en partie déchiré et arraché de l'œil. Une abondante hémorragie dans la chambre anté-

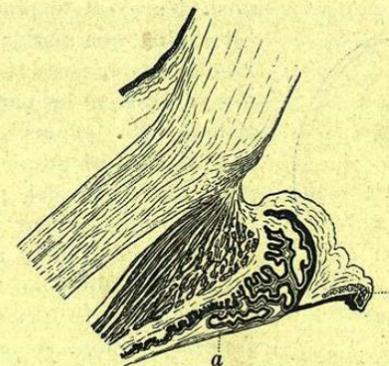


Fig. 152. — Renversement de l'iris. Gross. 11/1. — Quinze jours auparavant, en coupant du bois, le sujet a reçu un morceau de bois dans l'œil. Celui-ci montrait une déchirure de la sclérotique longeant le limbe. L'iris s'était renversé en arrière et appliqué à la surface du corps ciliaire. Il est fixé dans cette situation par une fine membrane exsudative, *a*. Celle-ci s'attache à une pointe de l'iris, produite par ce fait que la partie pupillaire de l'iris s'est recourbée contre sa partie ciliaire à angle aigu. Mais, près du bord libre, la portion pupillaire se recourbe encore en arrière, et le sphincter pupillaire *s*, visible sur la coupe, participe à cette incurvation.

rieure est la conséquence constante de ce malheureux accident. Lorsqu'on pratique l'iridectomie pour cause d'occlusion pupillaire, il peut se produire une iridodialyse de la façon suivante : l'opérateur, saisissant l'iris, cherche à l'amener au dehors ; seulement, il faut pour cela que l'iris se détache de la membrane pupillaire. Mais, lorsque l'adhérence entre l'iris et la membrane est très intime, elle ne se déchire pas, et on entraîne non seulement la membrane, mais encore l'iris du côté opposé à l'endroit où la traction s'exerce. Il s'ensuit qu'on produit une iridodialyse du côté opposé à celui où se pratique l'iridectomie. Pour prévenir cet accident, on commencera toujours par détacher l'iris de la membrane pupillaire par des mouvements latéraux de la pince ; puis, alors seulement on le sortira par la plaie.

Une iridodialyse peut exister sans traumatisme lorsqu'un néoplasme du corps ciliaire pénètre dans la chambre antérieure et arrache peu à peu l'iris de ses insertions (fig. 148 et 155) ou lorsque l'iris est tirailé (p. 394).

Pour expliquer les modifications traumatiques de l'iris décrites plus haut,

il faut prendre en considération deux faits importants. Le premier, c'est l'aplatissement que subit la cornée sous l'effort de la contusion. Comme conséquence de ce fait, la circonférence cornéenne s'agrandit, et le cercle d'insertion devient plus large également. Lorsque l'agrandissement a lieu brusquement, l'iris ne peut le suivre et il se détache en l'un ou l'autre endroit de son insertion, au point qu'une iridodialyse se produit (Arlt). Le second fait, c'est que le coup qui atteint la cornée et l'aplatit refoule en même temps l'humeur aqueuse. Celle-ci tend à tuer en arrière et comprime la paroi postérieure de la chambre antérieure. Cette paroi est constituée au niveau de la pupille par la cristalloïde, sur tout le reste par l'iris. Lorsque l'iris est refoulé, il est soutenu par le cristallin, sauf dans ses parties marginales, qui se trouvent au delà du bord du cristallin. A ce point, la chambre

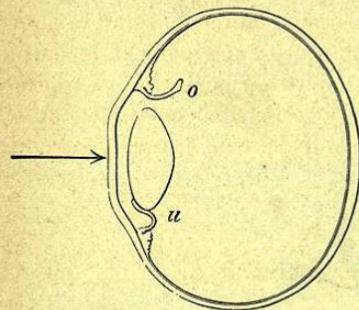


FIG. 153. — *Renversement de l'iris*. Schématisation. — Sous l'action de la force qui agit sur le centre de la cornée, celle-ci est aplatie, et, par là, l'humeur aqueuse est poussée en arrière. En conséquence, on voit la partie inférieure de l'iris *u* incurvée en arrière en forme de sac, et sa partie supérieure *o* complètement renversée en arrière.

postérieure est le plus profonde et n'y est limitée que par la faible zonule de Zinn. C'est donc vers la périphérie de l'iris que se trouvent les parties les moins résistantes de la paroi postérieure de la chambre antérieure, lesquelles céderont, par conséquent, les premières sous la pression de l'humeur aqueuse. De cette façon donc, l'iris, au niveau de sa périphérie, est refoulé par l'humeur aqueuse; il s'y déprime en forme de sac jusqu'à la zonule de Zinn, et même jusque dans le corps vitré si la zonule vient à se rompre (fig. 153, *u*). Les conséquences immédiates des changements de position de l'iris sont de trois espèces : d'abord une violente tension des fibres de l'iris dans la direction radiée, ensuite une dilatation de la pupille, enfin une rupture éventuelle de la zonule. La première peut entraîner une iridodialyse. La dilatation brusque de la pupille peut produire des ruptures radiées du sphincter et, comme conséquence, la paralysie de ce muscle. Quant à la rupture de la zonule, elle provoque le tremblement, la subluxation, ou même la luxation du cristallin. Si le refoulement de l'iris en arrière et la dilatation de la pupille acquièrent un degré suffisant, le cristallin, n'étant plus soutenu par la zonule, peut tomber dans la chambre antérieure, où il reste emprisonné par l'iris qui se contracte à nouveau sur sa face postérieure — luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Enfin l'inflexion sacciforme périphérique de l'iris peut aller si loin que, sur un certain point, cet organe est entièrement replié (fig. 153, *o*) et qu'un renversement irien en résulte (Förster).

Les corps étrangers, particulièrement les éclats métalliques qui pénètrent dans l'œil, peuvent faire une petite ouverture à bords nets dans l'iris. Si elle n'est pas obstruée par du sang ou un exsudat, elle ne s'agrandit jamais,

mais reste invariable pendant toute la vie. Sur cette constatation repose la possibilité d'établir une communication permanente entre les chambres antérieure et postérieure dans le cas de séclusion pupillaire, en y pratiquant une petite ouverture (transfixion, § 158). L'iris n'a aucune tendance, sauf dans le cas où il est enflammé, à recouvrir ses plaies par du tissu cicatriciel, comme par exemple la cornée; ainsi, après une iridectomie, on trouve aux bords du colobome, même après des années, le tissu aussi net qu'immédiatement après l'opération (fig. 86).

Après des blessures, particulièrement des contusions accompagnées de rupture de la sclérotique, il se produit assez souvent une déchirure du corps ciliaire à son insertion, ou même son arrachement de la sclérotique. On trouve souvent cette lésion sur des pièces anatomiques, bien qu'on ne l'eût pas diagnostiquée sur le vivant, parce que le corps ciliaire n'est pas visible. Une telle déchirure met en libre communication la chambre antérieure avec l'espace compris entre la sclérotique d'une part et le corps ciliaire puis la choroïde d'autre part (espace suprachoroïdien). Ainsi se produit la possibilité pour l'humeur aqueuse de pénétrer dans cet espace et de séparer la choroïde de la sclérotique (voir le décollement de la choroïde, § 78).

III. — TUMEURS DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE.

§ 74. 1° KYSTES DE L'IRIS. — On rencontre dans l'iris des kystes séreux, à contenu limpide, qui se développent dans le stroma irien, et dont les parois sont constituées par du tissu irien raréfié (fig. 154). Ces kystes se développent à la suite de plaies perforantes du globe et grandissent très lentement jusqu'à ce qu'ils aient atteint la face postérieure de la cornée et rempli la moitié et plus de la chambre antérieure. Alors se manifeste une hypertonie qui entraîne une cécité complète. Pour prévenir cet accident, il faut extirper le kyste à temps par une opération. Pour cela, on pratique une incision dans la cornée, à l'endroit qui correspond au kyste. Ensuite, à travers l'incision, on introduit une pince, on saisit le kyste et la partie de l'iris y adhérent, et on excise le tout. Il arrive fréquemment qu'on ne réussit pas à extirper entièrement le kyste; dans ce cas, il faut s'attendre à une récurrence, et une nouvelle opération est nécessaire.

2° TUBERCULOSE DE L'IRIS. — On l'observe chez les enfants et les jeunes gens. Elle se présente sous forme de tuberculose disséminée (miliaire) et de tubercules conglobés ou isolés, c'est-à-dire sous forme de petits tubercules ou d'un grand, ressemblant à une tumeur néoplasique. Dans les cas légers on peut espérer la guérison, tandis que, dans les cas graves, l'œil se perd habituellement. Le traitement consiste — sans négliger les symptômes locaux de l'iritis — à combattre avant tout la tuberculose par un