

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

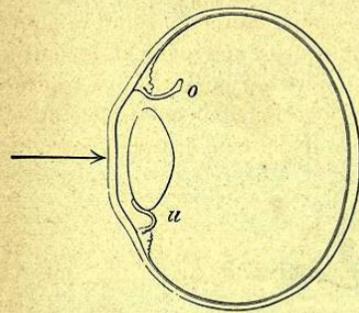


FIG. 153. — *Renversement de l'iris*. Schématisation. — Sous l'action de la force qui agit sur le centre de la cornée, celle-ci est aplatie, et, par là, l'humeur aqueuse est poussée en arrière. En conséquence, on voit la partie inférieure de l'iris *u* incurvée en arrière en forme de sac, et sa partie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

régime approprié. Mais si, en dépit de ce traitement, la maladie continue à faire des progrès et que la cécité est imminente, il est préférable d'énucléer l'œil, pour l'empêcher de devenir la source de l'extension de la tuberculose.

3° SARCOMES. — Les sarcomes de l'iris se présentent le plus souvent sous forme de tumeurs pigmentées, brunes, qui, au début, se développent lentement, mais qui, plus tard, prennent une extension rapide, rem-

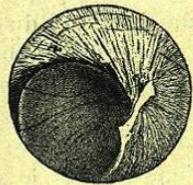


FIG. 154. — Kyste de l'iris. — Le kyste occupe la partie inféro-interne de la chambre antérieure. Il est arrondi, gris, translucide, et montre à sa surface de fines fibres radiées, qui appartiennent aux couches antérieures de l'iris. Son bord supéro-externe recouvre la pupille un peu déplacée, qui transparaît à travers le kyste sous l'aspect d'un endroit sombre ovalaire répondant au centre de la cornée. Du côté temporal, confiné au kyste une cicatrice blanche linéaire de la cornée, qui résulte d'une plaie perforante datant de 30 ans. L'iris est attiré de toute part vers cette cicatrice et, par suite de cette traction, il montre dans sa partie supérieure une déhiscence partielle de ses fibres.

plissent totalement la chambre antérieure et finissent par se faire jour au dehors, après avoir percé les enveloppes du globe. Les sarcomes du corps ciliaire restent pendant longtemps invisibles, parce qu'ils sont couverts par l'iris. On ne les aperçoit que lorsqu'ils ont acquis un certain développement et qu'ils apparaissent derrière l'iris sous forme d'une bosselure brune, ou bien quand ils envahissent la chambre antérieure (fig. 155). Ils apparaissent d'abord à l'angle de la chambre, en arrachant l'iris de son insertion (iridodialyse). Au point de vue de leur marche ultérieure, les sarcomes de l'iris et du corps ciliaire ressemblent à ceux qui se développent dans la choroïde

(pour les détails, voir plus loin, § 79). — Le seul traitement applicable à ces tumeurs, c'est l'extirpation radicale, pratiquée le plus tôt possible. Les très petits sarcomes de l'iris, on peut les enlever par l'iridectomie; on excise la partie de l'iris qui porte la tumeur. Quant aux sarcomes très développés de l'iris et du corps ciliaire, ils réclament sans retard l'énucléation de l'œil.

Les kystes séreux de l'iris constituent une affection rare. Ils ont l'apparence de bulles grisâtres et translucides. A leur paroi antérieure, on peut reconnaître encore habituellement quelques fibres du tissu iridien raréfié. Quand ils ont atteint la paroi postérieure de la cornée, ils s'aplatissent contre celle-ci, tandis que la cornée elle-même devient trouble à l'endroit où elle en subit le contact; c'est d'ailleurs ce qui arrive habituellement par suite du contact de n'importe quel tissu étranger avec la cornée. Pendant ce temps, le kyste s'est étendu également dans la direction du bord pupillaire, qu'il a refoulé dans la pupille, au point que celle-ci prend une forme de rein et plus tard celle d'une simple fente. D'autre part, le kyste se développe en arrière, force le cristallin à prendre une position oblique, puis en

amène l'opacification. Toutes ces altérations entraînent des troubles visuels que souvent le patient ne remarque pas, parce que les kystes ne se développent généralement que dans des yeux blessés et dont la vision a déjà souffert du traumatisme antérieur. — On a observé quelques cas de kystes séreux congénitaux, ensuite quelques cas de kystes perlés, qui d'ailleurs ne se distinguent des premiers que par leur contenu. Ce dernier a une consistance de bouillie, de suif ou de gruau; parfois on y trouve également des poils. — L'examen microscopique a démontré que les parois des kystes sont constituées par du tissu iridien, dont la face interne est tapissée par un épithélium. Celui-ci sécrète le contenu séreux du kyste; au contraire, le con-

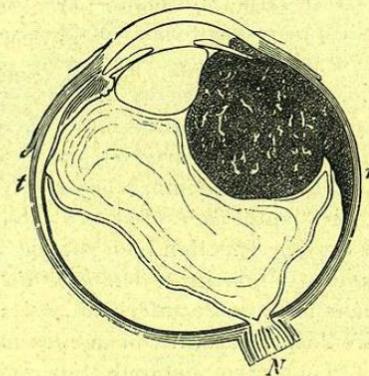


FIG. 155. — Mélanosarcome du corps ciliaire. Coupe horizontale à travers l'œil gauche d'une femme de trente-huit ans. Gross. 2/1. — La tumeur a pris son origine au côté nasal *n* du corps ciliaire et de la partie antérieure de la choroïde et proémine, sous forme d'une demi-sphère, dans l'intérieur de l'œil. Les points et les traînées claires, dans la tumeur, correspondent à la coupe de nombreux vaisseaux sanguins larges et à parois minces. Au bord antérieur, le néoplasme, qui a perforé la racine de l'iris, pénètre dans la chambre antérieure, où on le voyait sur le vivant, sous forme d'une masse brunâtre, occupant l'angle irido-cornéen. L'iris a été arraché de son insertion par la tumeur (iridodialyse*). Derrière l'iris, le sarcome fait une saillie atteignant presque l'axe de l'œil, de sorte que la moitié nasale du cristallin a disparu par usure et a fait place à la tumeur qui le presse. Le cristallin n'a par conséquent subi qu'un déplacement peu important vers le côté temporal *t*; ici l'équateur du cristallin vient buter contre les sommets des procès ciliaires et aplatit ceux-ci. Le cristallin est transparent, la cristalloïde intacte. La rétine est soudée à la surface de la tumeur, mais ailleurs elle est décollée. Ce décollement, qui n'existait pas sur le vivant, est dû à la rétraction du corps vitré sous l'action du liquide durcissant. Avant l'énucléation, l'œil avait une tension normale et une vue de 1/10.

tenu plus ferme des kystes perlés est formé par les cellules épithéliales elles-mêmes qui s'exfolient de la paroi interne et tombent en dégénérescence graisseuse.

En ce qui concerne le mode de formation des kystes, on n'a pu donner jusqu'ici d'explication certaine que pour les kystes les plus habituels, les traumatiques. A l'état normal, il n'y a, dans l'iris, ni glandes ni surtout épithélium. Il s'ensuit que les kystes de cet organe ne pourraient être considérés comme des kystes de rétention. L'épithélium doit donc être introduit du dehors dans l'iris. Il est facile de comprendre comment la chose est possible, si nous nous rappelons que, dans la guérison des plaies cornéennes, l'épithélium prolifère rapidement de la surface dans la profondeur (enclavement de l'épithélium, fig. 86). Il arrive souvent que, dépass-