

cessivement des enveloppes à toutes les vésicules qui se forment ; 4° qu'enfin, si ces prétendues hernies se montrent fréquemment après l'incision de l'iris et l'extraction du cristallin, il est évident qu'elles ne sont point formées par la membrane qui est placée devant l'iris, mais bien par une portion des membranes situées derrière celui-ci.

Il est incontestable que la vésicule qui se présente souvent à la suite des opérations pratiquées sur l'œil n'est autre chose qu'une portion de l'humeur vitrée, enveloppée dans sa membranule propre, et adhérente à d'autres portions contenues encore dans l'œil, qui s'échapperont à leur tour lorsque celle qui les précède sera enlevée, si les lèvres de la plaie ne se rapprochent pas. Pour confirmer cette conclusion, il suffit de se rappeler la disposition bien connue du corps vitré.

Ce n'est point ici une maladie particulière, mais simplement un effet du passage du corps vitré dans les chambres de l'œil, et hors de l'œil, à travers l'ouverture de la cornée. Cet accident ne présente pas d'autre indication que d'exciser la vésicule et d'éloigner les causes qui tendraient à écarter les bords de l'ouverture, soit en se plaçant entre eux comme font quelquefois les paupières, soit en comprimant le globe de l'œil.

ARTICLE VIII.

Maladies de l'iris.

Les principales maladies auxquelles l'iris est exposé sont le déplacement ou hernie de cette membrane, son adhérence à la cornée ou à la capsule du cristallin, son décollement, la constriction de la pupille, son imperforation congéniale et son oblitération accidentelle, enfin sa dilatation contre nature. Nous avons parlé de la hernie sous le nom de staphylôme ou procidence de l'iris; nous allons traiter des autres maladies de cette membrane.

§ 1. — De l'iritis. (P. B.)

L'iritis est l'inflammation de l'iris. J'en ai déjà parlé, t. II, p. 1032, en traitant de la syphilis, et j'ai décrit alors l'iritis syphilitique, dont

j'ai vu un grand nombre d'exemples. Mais il survient quelquefois, d'après les ophthalmologistes, un iritis non spécifique. Je dois avouer que je ne l'ai jamais observé. J'ai vu assez souvent des iritis dans des ophthalmies intenses, c'est-à-dire dans des inflammations de tous les tissus qui concourent à la composition de l'œil; mais je n'ai vu, dans aucun cas, des iritis isolés: j'en excepte toutefois ceux qui se manifestent dans la syphilis constitutionnelle. Quand ils sont chroniques, ils existent seuls; mais quand ils sont aigus, ils sont, comme les autres, concomitants de l'ophthalmie générale.

Les ophthalmologistes modernes ont établi dans la description de l'iritis des distinctions qui avaient été faites déjà par les ophthalmologistes du XVIII^e siècle: ainsi ils ont distingué l'inflammation de l'iris en celle qui occupe la membrane séreuse antérieure, ou *iritis séreuse*; en celle qui occupe la membrane séreuse postérieure, ou *uvéite*, et en celle qui occupe le tissu parenchymateux de l'iris, ou *iritis parenchymateux*. De pareilles distinctions sont oiseuses, et les ophthalmologistes le reconnaissent eux-mêmes, puisqu'ils disent que les deux premières espèces sont des variétés de la dernière. Aussi je ne suivrai pas leur exemple, et je décrirai seulement l'iritis simple. Son analogie avec l'iritis syphilitique est très-grande; je ne comparerai pas ici ces deux maladies, afin de ne pas faire de répétitions; le lecteur pourra consulter le chapitre de la *Syphilis*.

Les causes de l'iritis qui nous occupe sont la scrofule et la goutte. La scrofule paraît avoir une action beaucoup plus directe que la goutte. Ces causes sont nommées constitutionnelles ou générales pour les distinguer des causes locales ou externes, qui sont le refroidissement de tout le corps, l'action de l'air extérieur sur l'œil, et surtout les lésions traumatiques directes et celles des autres membranes de l'œil.

L'iritis s'annonce par un rétrécissement régulier de la pupille, une absence de mouvement de l'iris qui ne cède qu'à des variations brusques et subites de lumière, et par un changement de couleur dans cette membrane. A mesure que la maladie fait des progrès, ces phénomènes augmentent. Le rétrécissement de la pupille reste circulaire, ce qui le différencie de celui qui a lieu dans l'iritis syphilitique et qui est toujours irrégulier; il devient tel quelquefois que la pupille n'a guère qu'un millimètre de diamètre. Alors il n'y a plus aucun mouvement oscillatoire, quel que soit le moyen que l'on emploie, et les nar-

cotiques eux-mêmes ne peuvent faire cesser ce rétrécissement. Dans quelques cas, le bord circulaire de la pupille, quoique rond, n'est pas régulier et présente de petites franges. Celles-ci paraissent dépendre de la présence de fausses membranes qui se sont formées sur l'iris; elles semblent aussi être la cause de l'immobilité de l'iris sur lequel elles se sont développées. Le changement de couleur de l'iris est très-remarquable; il existe dans les deux cercles de cette membrane, et il paraît être la combinaison de la couleur du sang qui engorge les vaisseaux avec la couleur de la membrane elle-même. Ainsi, dans les yeux clairs, cette couleur est grisâtre, gris d'acier ou gris rougeâtre, et dans les yeux foncés, elle est brun rougeâtre ou orangé. Plus tard le grand cercle de l'iris change aussi de couleur, et celle-ci est analogue à celle du petit cercle. Quelquefois on aperçoit des vaisseaux sanguins dans l'iris. Avec ces altérations de la couleur surviennent des altérations dans l'aspect de la membrane. Dans l'état normal, sa surface paraît lisse; dans l'état morbide, au contraire, elle devient terne, ses stries disparaissent, et elle se couvre d'un tissu floconneux et tomenteux qui n'est autre chose que les fausses membranes développées sur la membrane séreuse de la chambre antérieure de l'œil. Le fond de l'œil, ou mieux l'orifice pupillaire, a perdu sa teinte noire; il est trouble et comme rempli d'une fumée ou nuage grisâtre. L'humour aqueux a perdu sa limpidité.

L'iritis produit dans la membrane enflammée un gonflement assez prononcé d'où résulte le rapprochement de l'iris soit de la cornée, soit du cristallin. Les ophthalmologistes qui ont parlé de ce phénomène ne sont pas d'accord sur les causes qui occasionnent ces différences. Comme ce point de l'étude de l'iritis n'est pas important, je ne crois pas devoir l'examiner davantage.

La marche de l'iritis peut être aiguë ou chronique. La première est moins fréquente que la seconde. Il est possible que celle-ci soit plus souvent observée parce que l'iritis n'étant pas en général une maladie isolée, on ne le remarque pas pendant l'existence des symptômes de l'affection aiguë dont il est concomitant.

L'iritis se termine par résolution, par suppuration et par la formation d'adhérences. La résolution est fréquente: tous les symptômes de la maladie disparaissent progressivement. La formation d'abcès est plus rare. Il peut n'exister qu'un abcès: plusieurs peuvent se développer en même temps. On reconnaît leur formation à la saillie que

présente un des points de la surface de l'iris et à la teinte jaunâtre de cette membrane. J'ai observé plusieurs fois ces abcès dans l'iritis syphilitique. Ils s'ouvrent dans la chambre antérieure de l'œil, et on voit au bas de cette chambre le pus former une lunule. Ils peuvent s'ouvrir aussi dans la chambre postérieure; mais alors ils ont été moins apparents sur l'iris que les premiers. La terminaison par adhérences se reconnaît à l'immobilité de la pupille.

Le diagnostic de l'iritis est facile d'après l'exposé des symptômes que j'ai fait plus haut; aussi je ne crois pas devoir rappeler ce que j'ai dit.

Le pronostic est toujours grave, parce que, dans le plus grand nombre des cas, cette maladie est suivie d'une altération ou d'une perte de la vue qui sont le résultat de l'ophthalmie générale qui a fait naître l'iritis, ou des changements survenus dans la mobilité de l'iris.

Le traitement consiste à combattre par des saignées et par des dérivatifs sur le tube intestinal l'inflammation de l'iris ou de l'œil. Ces moyens thérapeutiques seront employés dans des proportions relatives à la force de la maladie. Ils auront l'avantage non-seulement de combattre l'inflammation, mais encore de favoriser la résorption des fausses membranes et du pus. On peut encore rendre celle-ci plus facile par l'usage des frictions mercurielles sur les paupières. On s'oppose avantageusement à la formation des adhérences entre l'iris et la cornée, ou le cristallin surtout, par l'application de l'extrait de belladone entre les paupières: on en met gros comme la tête d'une épingle, et on ne renouvelle cette application que tous les trois ou quatre jours.

§ 2. — Des adhérences vicieuses de l'iris (synéchie).

L'adhérence vicieuse de l'iris à la cornée transparente est quelquefois congéniale; mais ordinairement elle est produite par des plaies de cette dernière membrane, des abcès développés dans la chambre antérieure ou entre les lames de la cornée, des opérations chirurgicales. Cette adhérence n'est presque jamais générale; communément elle n'existe qu'à la partie inférieure de la cornée vers laquelle se dirigent presque tous les abcès, comme nous l'avons dit ailleurs. On reconnaît aisément cette maladie: une portion de l'iris est portée en avant, et

reste immobile ainsi que la portion correspondante de la pupille, tandis que le reste de l'iris et de son ouverture conserve à peu près sa situation, sa forme et sa mobilité ordinaires. La difformité de la pupille est d'autant plus grande que l'adhérence de l'iris avec la cornée est plus voisine de la circonférence de celle-ci, ou bien que la pupille était plus dilatée quand l'adhérence s'est formée. Cette circonstance rend l'aspect des corps brillants beaucoup plus difficile à supporter et la vue moins distincte.

L'adhérence de l'iris au cristallin succède quelquefois aux mêmes causes que l'affection précédente; souvent aussi elle coexiste avec la cataracte, et paraît résulter de l'inflammation de la capsule cristalline. Cette adhérence diffère de l'autre sous plusieurs rapports: elle est presque toujours générale, et le contour de la pupille adhère en entier à la circonférence de l'enveloppe du cristallin; il en résulte que l'ouverture de l'iris conserve sa situation et sa forme circulaire, mais qu'il a perdu toute sa mobilité. Cette immobilité de la pupille peut, dans beaucoup de cas, rendre le diagnostic fort obscur, parce qu'elle est généralement regardée, chez des individus affectés de cataracte, comme un signe certain d'amaurose.

L'adhérence de l'iris à la cornée n'a d'autre inconvénient en général que de produire une difformité légère et un peu de trouble dans la vue. L'adhérence de l'iris à la membrane cristalline pourrait avoir des inconvénients assez graves, quand même elle ne serait compliquée d'aucune autre affection de l'œil: la pupille, devenue incapable d'accroître ou de diminuer son disque, de recevoir et de repousser les rayons lumineux qui la traversent, rendrait difficile l'inspection des objets peu éclairés, et celle des corps brillants intolérable. Mais il est bien rare que cette adhérence ait lieu sans qu'il existe en même temps ou des taches à la cornée, ou de l'opacité au cristallin. On n'a point encore observé, je crois, cette immobilité absolue de la pupille sans complications; de sorte qu'il est difficile de dire les accidents qu'elle produirait, si aucune autre affection ne l'accompagnait.

Les diverses adhérences de l'iris sont en général au-dessus des ressources de la chirurgie, et la prudence ne permet guère d'entreprendre de les détruire; cependant, ne pourrait-il pas exister des cas où un praticien exercé croirait devoir s'écarter de cette règle? Il est toutefois impossible d'indiquer en théorie cette exception.

On a conseillé (1) un moyen fort ingénieux pour prévenir les adhérences de l'iris à la cornée et au cristallin, lorsqu'une lésion de l'œil peut faire craindre cet accident. C'est d'exposer l'œil alternativement à une lumière vive et à une obscurité profonde, de manière à produire dans l'iris des mouvements de contraction et de dilatation qui s'opposent à l'union des membranes contiguës, et la détruisent lorsqu'elle commence à se former. Les avantages d'une telle méthode sont plus spécieux que réels; et si l'on fait attention que l'œil menacé de ces adhérences est actuellement atteint d'inflammation; que rien n'est plus propre à rendre cette inflammation très-intense que d'exposer l'œil à une lumière vive, on sentira que les inconvénients attachés à ce procédé sont beaucoup plus grands que les avantages qu'on pourrait en espérer; avantages bien incertains sans doute, puisque rien n'est plus propre à déterminer l'union de l'iris aux autres membranes que l'inflammation que cette méthode exaspère encore (2).

Il est toutefois certaines circonstances où les mouvements alternatifs de resserrement et de dilatation pourraient être provoqués sans inconvénient, et peut-être aussi prévenir les adhérences de l'iris: c'est lorsque, après une ophthalmie et à la suite d'un abcès ouvert de la cornée, l'humeur aqueuse étant écoulée, la cornée se trouve affaissée et en contact avec l'iris. L'inflammation n'existant plus à cette époque, on pourrait sans danger exposer l'œil momentanément à la lumière; ou bien seulement y exposer l'œil sain, ce qui produirait sympathiquement des contractions dans l'iris de l'œil malade, sans déterminer dans cet organe la même irritation.

On doit donc ne faire aucun remède, aucune opération, hors la rare exception que nous venons d'indiquer. Dans le cas où la largeur de la pupille est considérable, on conseille l'usage des lunettes vertes

(1) Deshaies-Gendron, *Maladies des yeux*, t. II, p. 176. Demours, *Essais d'Édimb.*, t. I, à la fin.

(2) Un autre moyen conseillé pour prévenir les adhérences vicieuses de l'iris à la cornée et au cristallin, et préférable à celui dont parle Boyer, est l'emploi de la belladone. On met dans l'œil une quantité d'extrait de belladone égale en volume à la tête d'une petite épingle: la pupille est dilatée au bout de quelques heures; elle revient ensuite sur elle-même, et alors on recommence. Ces alternatives de dilatation et de contraction de la pupille peuvent empêcher la formation des adhérences.

ou bleues : ce moyen est infiniment préférable à la cicatrice ou tache que M. Demours a proposé de faire sur le centre de la cornée avec le nitrate d'argent.

§ 3. — Du détachement ou décollement de l'iris.

Le détachement ou décollement de l'iris est presque toujours l'effet d'une lésion extérieure qui a détruit les faibles liens qui unissent la circonférence de cette membrane au cercle ciliaire. Quelquefois aussi il dépend d'une hernie de l'iris, et chez d'autres sujets il résulte de l'opération de la cataracte.

Le décollement de l'iris peut être ou total ou partiel ; le décollement total n'arrive qu'après de violentes contusions qui déplacent et confondent les membranes et les humeurs de l'œil. Le déplacement de l'iris n'est alors qu'un phénomène accessoire de la *confusion* de l'œil, et n'exige pas un traitement spécial. Le décollement partiel, qui seul doit être considéré comme une maladie particulière, a une étendue plus ou moins grande ; l'œil affecté semble avoir deux pupilles, l'une qui occupe le centre de l'iris, et l'autre un point de sa circonférence. La première conserve ordinairement sa forme circulaire et sa mobilité ; l'autre, irrégulièrement ovalaire, n'est mobile que dans la portion de sa circonférence qui est formée par l'iris ; le reste de cette circonférence, étant formé par la cornée, ne peut avoir aucune mobilité. Cette maladie ne détermine pas toujours dans la vision un désordre aussi grand qu'on pourrait le croire. Quelquefois même l'œil conserve le plein exercice de ses fonctions : M. Wenzel cite un fait de ce genre.

Le décollement de l'iris est une affection à laquelle la chirurgie n'a rien à opposer ; elle peut tout au plus en arrêter les progrès, lorsque c'est un abcès ou un staphylôme qui l'a produit, en agissant efficacement contre ces dernières maladies.

§ 4. — De la constriction de la pupille.

On donne le nom de constriction de la pupille, *phthisis pupille*, au rétrécissement permanent de cette ouverture, et indépendamment des causes qui la produisent momentanément dans l'état naturel.

Cette affection occupe ordinairement les deux yeux à la fois ; il est bien rare qu'elle soit bornée à un seul. Le resserrement de la pupille est fréquemment le symptôme d'une autre maladie, telle que l'ophtalmie, la nyctalopie, l'atrophie de l'œil, l'hyppopyon, la cataracte, l'amaurose, la céphalée ; mais quelquefois aussi c'est une affection essentielle et propre de l'iris.

Les causes qui la déterminent sont tantôt des violences extérieures exercées sur l'œil, et des plaies de l'iris en particulier ; tantôt ces causes sont intérieures et plus difficiles à apprécier : la répercussion d'un exanthème, la suppression d'une évacuation habituelle, peuvent la produire ; enfin, elle est quelquefois congéniale.

Le rétrécissement de la pupille peut être porté à des degrés très-différents ; mais pour constituer une maladie, il faut que la pupille, même dans l'obscurité, ait un diamètre sensiblement plus petit que dans l'état ordinaire, et qu'il se joigne à cet état un dérangement marqué dans la vue. Ce dérangement consiste tantôt en une simple faiblesse, tantôt en un obscurcissement plus ou moins considérable : quelquefois la cécité est presque complète.

Cette maladie est difficile à guérir : beaucoup d'auteurs l'ont déclarée tout à fait incurable. Cependant lorsque la constriction de l'iris aura succédé à la suppression d'une dartre, d'une hémorrhagie, on pourra espérer que l'établissement d'un exutoire, l'application des sangsues, la feront disparaître : l'expérience a prouvé les bons effets de ces moyens. Si des symptômes de pléthore sanguine, d'embarras gastrique ou intestinal, accompagnaient cet état de la pupille, la saignée générale, les vomitifs, les purgatifs, pourraient agir efficacement. Enfin, dans certains cas où la cause du rétrécissement de la pupille était tout à fait inconnue, on est parvenu à rendre à cette ouverture son diamètre naturel, par l'emploi de l'extrait de jusquiame blanche, ou de belladone, soit à l'intérieur, soit en appliquant ces remèdes sur la conjonctive et sur les paupières. On lit dans le *Journal de médecine* de MM. Corvisart, etc. (t. XIV, p. 136), l'analyse de deux observations de rétrécissement des pupilles. Les malades ont été guéris en prenant à l'intérieur l'extrait de jusquiame blanche à la dose d'un sixième de grain d'abord, puis progressivement à celle de dix grains par jour. Nous avons nous-même fait plusieurs fois usage de l'extrait de belladone porté sous les paupières, dans des cas où la constriction de la pupille aurait rendu difficile l'extraction du cristal-

lin, et constamment ce moyen a suffi pour donner à la pupille le degré de dilatation nécessaire.

§ 5. — De la pupille artificielle.

Lorsque le rétrécissement de la pupille est très-considérable et que les remèdes que nous venons d'indiquer n'ont pas été utiles, il reste une dernière ressource, à laquelle on ne doit recourir toutefois que quand l'œil est presque entièrement privé de la vue : c'est l'établissement d'une pupille artificielle. Cette opération a surtout été conseillée pour l'occlusion complète de la pupille ou *synezisis*.

Cette dernière maladie, qu'on appelle encore *imperforation de l'iris*, lorsqu'elle est congéniale, est communément bornée à un seul œil. Elle succède quelquefois aux plaies, aux contusions de l'œil, aux ophthalmies violentes, à l'opération de la cataracte, soit par abaissement, soit par extraction. L'absence complète de la pupille, la cécité presque absolue, en forment les signes pathognomoniques. L'œil malade peut à peine distinguer le jour des ténèbres. On a cru longtemps cette maladie incurable, et c'est à Cheselden qu'appartient la gloire d'avoir le premier entrepris de la guérir en pratiquant dans l'iris une ouverture artificielle. Il enfonçait dans la sclérotique, près de son union avec la cornée, vers l'angle externe de l'œil, dans l'endroit où l'on porte l'aiguille à cataracte, un couteau étroit, mince, allongé et monté sur un manche. Lorsque la pointe de l'instrument était parvenue vers la partie interne de la chambre postérieure, Cheselden la poussait de derrière en devant au travers de l'iris, qui était incisé horizontalement de l'angle interne de l'œil vers l'angle externe. Si la maladie n'était point accompagnée de cataracte, il perçait l'iris à son milieu : dans le cas contraire, il faisait l'incision dans la partie supérieure de la membrane, pour que le cristallin opaque ne fût pas un obstacle au passage de la lumière. Il plaçait ensuite le malade dans un lieu obscur, et lui recommandait d'éloigner de l'œil toute compression.

Quoiqu'on ne puisse pas contester à Cheselden l'idée heureuse de faire une pupille artificielle dans les cas d'occlusion de l'iris, il ne paraît pas aussi certain qu'il ait guéri, par l'opération que nous venons de décrire, l'aveugle-né dont on lit l'observation dans les *Transactions philosophiques*. Morand croit que ce malade n'avait point de

pupilles; Janin et beaucoup d'autres auteurs recommandables pensent, avec assez de vraisemblance, qu'il avait deux cataractes de naissance. La lecture attentive de ce fait rend cette dernière opinion très-probable.

Quant à l'opération, telle que Morand l'a décrite, il paraît que Cheselden l'a exécutée plusieurs fois avec succès. Cependant les chirurgiens qui l'ont pratiquée depuis n'ont pas obtenu un aussi heureux résultat : les succès n'ont été que momentanés. Sharp, entre autres, a vu constamment la plaie qu'il avait faite à l'iris se cicatriser plus ou moins tard. Il se servait d'un couteau semblable à celui de Cheselden, mais il l'introduisait dans la chambre antérieure de manière qu'il pouvait en suivre et en mieux diriger le mouvement; il incisait l'iris de devant en arrière, et devait nécessairement fendre la membrane cristalline et la face antérieure du cristallin. Janin, qui a plusieurs fois aussi répété l'opération de Cheselden, n'en a jamais obtenu un succès durable; mais ayant, dans plusieurs opérations de cataracte, fait involontairement à l'iris une incision verticale, et ayant observé que cette incision ne s'était pas cicatrisée, il pensa que la pupille artificielle devait être faite de haut en bas, et non pas d'un angle de l'œil à l'autre. En conséquence, ayant eu cinq fois l'occasion de pratiquer l'opération, il eut recours au procédé qu'il devait au hasard, et en obtint un succès complet. Cependant, mis à exécution par d'autres chirurgiens, ce procédé n'a pas justifié les hautes espérances de son inventeur : la plaie de l'iris s'est constamment cicatrisée au bout d'un certain temps, et l'opération n'a eu aucun résultat.

Guérin combina ensemble le procédé de Cheselden et celui de Janin, en faisant une incision cruciale à l'iris; il assure avoir obtenu un succès durable (1). Wenzel père et M. Demours ont proposé d'exciser la portion centrale de l'iris, le premier en la soulevant avec des pinces et en la retranchant ensuite avec des ciseaux; le second en y enfonçant une des pointes des ciseaux et en découpant un lambeau suffisamment large. Ces derniers procédés sont plus rationnels. Il n'est pas à craindre que la pupille artificielle disparaisse; mais on ne doit pas se dissimuler qu'ils offrent d'autres inconvénients plus graves encore : une difficulté extrême dans l'opération, l'irritation, l'inflam-

(1) Guérin, *Maladies des yeux*, p. 235.