

Les déplacements de l'iris et de la pupille, les déformations de celle-ci, à la suite de synéchies antérieures, varient en raison de la place et de l'étendue de l'adhérence. L'état de la vision varie aussi d'après les rapports qui existent entre la cicatrice de la cornée et la pupille.

Le *diagnostic* est facile, à moins qu'une opacité étendue de la cornée ne masque la disposition de l'iris. Dans ce cas, l'examen de l'œil de profil, par l'éclairage latéral à la lampe, à travers la portion de cornée demeurée transparente, permet de reconnaître les adhérences. Celles-ci persistent indéfiniment; il faudrait qu'elles fussent bien peu solides pour se rompre spontanément, ou même sous l'influence des mydriatiques.

Traitement. Les adhérences récentes comportent l'emploi de moyens que nous ferons connaître en étudiant les hernies de l'iris à travers la cornée (voy. plus loin). Celles qui sont anciennes ne peuvent disparaître qu'en intervenant par une opération qui consiste à couper les brides irido-cornéennes (CORELYSIS). Jusqu'à ce que de nombreuses observations aient démontré le contraire, nous pensons que la formation d'une *pupille artificielle*, l'emporte sur la division des adhérences. A plus forte raison cette dernière opération sera-t-elle rejetée dans les cas de synéchies larges et étendues.

2° SYNÉCHIES POSTÉRIEURES. Elles sont toujours la conséquence d'une inflammation de l'iris. Cette inflammation a pour résultat de sécréter de la lymphe plastique qui colle certains points du contour de la pupille à la capsule antérieure du cristallin. Plus tard, les exsudats plastiques s'organisent et forment, entre les deux organes, des liens de plus en plus solides.

On reconnaît les synéchies postérieures, à l'œil nu, par les dimensions relativement petites de la pupille, la lenteur des mouvements de dilatation et de resserrement de cette ouverture, l'aspect un peu inégal et comme vilieux de certains points de son contour. On les rend plus apparentes, en instillant derrière les paupières quelques gouttes d'une solution d'atropine. La pupille, se dilatant dans les parties de sa circonférence restées libres, restant immobile dans les parties adhérentes à la capsule du cristallin, prend les formes les plus diverses. Les synéchies postérieures sont parfois tellement étendues que la pupille tout entière disparaît ou est réduite à un pertuis; elle n'obéit plus alors à l'action des mydriatiques. Cet état morbide est connu sous le nom d'*atréisie de la pupille*. Le plus souvent, des exsudats plastiques doublent alors la face postérieure de l'iris. Dans de pareilles conditions, la vision est abolie, tandis qu'elle persiste, au contraire, et est à peine modifiée, dans les cas de synéchies postérieures limitées.

Abandonnées à elles-mêmes, les synéchies postérieures persistent indéfiniment; il faut considérer comme exceptionnelle leur rupture spontanée. Que cette rupture survienne dans une période peu avancée de l'iritis, alors que les exsudats plastiques ont conservé leur mollesse, cela est incontestable; mais qu'elle se fasse à une époque où les brides irido-cristallines sont passées à l'état de tissu fibreux, cela a besoin de démonstration.

Traitement. Au début, il y a toute chance de rompre les adhérences par les mydriatiques. C'est en insistant sur l'emploi de ces derniers, qu'on parvient quelquefois à faire disparaître des synéchies postérieures déjà

plus anciennes. Lorsque les adhérences sont peu nombreuses et qu'elles troublent peu ou point la vision, si elles résistent à l'emploi des mydriatiques, il faut les abandonner à elles-mêmes. Si, au contraire, elles sont assez nombreuses pour masquer la pupille, si la vision est réduite à distinguer la lumière des ténèbres, il convient de chercher à rétablir la vision, en pratiquant une *pupille artificielle*.

On les appelle aussi *cataractes fausses*. Elles se présentent communément sous l'apparence d'opacités grisâtres ou d'un gris blanchâtre, qui occupent une partie ou la totalité de la pupille. On reconnaît les exsudations les plus ténues par l'éclairage latéral à la lampe. Dans certains cas, la fausse membrane est parsemée, dans toute son étendue, de corpuscules de pigment, ce qui lui donne un aspect grisâtre dans certaines parties, brunâtre dans d'autres. Il arrive même parfois que l'aspect sombre prédomine, au point que la plus grande portion ou la totalité de la pupille est remplie d'un voile noir (*cataracte pigmenteuse*). Lorsque l'exsudation qui remplit la pupille est formée d'une simple fausse membrane plus ou moins épaisse, résultant de la condensation de la lymphe plastique, on l'appelle *cataracte fausse lymphatique, albumineuse, fibrineuse, plastique*. L'exsudation de lymphe est-elle mélangée de quelques grumeaux purulents, auquel cas elle offre une coloration jaunâtre, il y a *cataracte fausse purulente*. Si quelque débris de sang, primitivement épanché dans les chambres de l'œil, resté emprisonné dans les mailles du réseau de lymphe plastique sécrétée à la suite de l'inflammation de l'iris, l'opacité prend une couleur brune rougeâtre, et il y a *cataracte fausse sanguine*.

Les fausses membranes, de couleur grisâtre ou blanchâtre, sont le résultat de la condensation de la lymphe plastique sécrétée par la séreuse qui revêt l'iris, et peut-être la capsule cristalline, pendant la durée de l'iritis. Cette lymphe se dépose à la surface de la capsule cristalline, et, en s'organisant, forme une toile plus ou moins épaisse. En même temps, le contour de la pupille se colle, dans certaines parties de son étendue, à la capsule, par l'intermédiaire de ce suc glutineux (synéchies postérieures). En se rompant, les exsudats plastiques enlèvent des portions du pigment qui double en grande abondance la face postérieure de l'iris, et ce pigment se dépose sur la fausse membrane, à l'endroit correspondant aux adhérences; c'est ainsi que se forme la *cataracte pigmenteuse*.

Symptômes. L'état de la vision est subordonné à l'épaisseur, à la couleur de l'exsudation plastique, abstraction faite, bien entendu, des altérations d'autres parties de l'œil. Il est des malades qui sont absolument aveugles; d'autres n'ont conservé que la sensation de la lumière; d'autres voient les objets usuels et même des caractères d'imprimerie d'une certaine grandeur; d'autres lisent des caractères d'imprimerie ordinaires.

Pour peu que la fausse membrane ait une certaine épaisseur, on la distingue à l'œil nu. Elle est quelquefois tellement mince, qu'on ne la voit

que par l'éclairage latéral à la lampe : la pupille n'offre plus la coloration noire, elle est plus ou moins terne. On a soin d'instiller, au préalable, de l'atropine ; celle-ci dilate la pupille dans les points qui sont indemnes d'exsudation plastique, et qui apparaissent avec une coloration noire contrastant avec l'aspect terne du reste de la pupille. Par le même mode d'exploration, on reconnaît les synéchies postérieures qui existent en même temps que la fausse membrane.

Traitement. Il varie d'après l'épaisseur de la fausse membrane et l'état de la vision. L'exsudation plastique est-elle assez ténue pour permettre la lecture de caractères d'imprimerie ordinaires, il convient de la respecter. Est-elle plus épaisse, si certains points de la pupille ne sont pas adhérents au cristallin, on commande des instillations d'atropine, que l'on continue pendant plusieurs semaines, en les interrompant de temps en temps. On fait pratiquer sur la région orbitaire des onctions avec des pommades résolatives. Si l'affection reconnaît pour point de départ la syphilis, une diathèse rhumatismale ou strumeuse, le sujet est soumis à un traitement général approprié. Si la fausse membrane est plus épaisse, que la vision est réduite à distinguer seulement la lumière des ténèbres, ou à n'apercevoir que de gros objets ; si les moyens externes et internes n'ont produit aucun résultat, on pratique une *pupille artificielle*.

4° DE LA CORELYSIS.

La CORELYSIS (de *κόρη*, pupille ; *λύσις*, délivrance) est une opération qui a pour but de débarrasser la pupille des adhérences qu'elle a contractées avec une des parties qui l'avoisinent, c'est-à-dire avec la capsule du cristallin (synéchies postérieures), avec la cornée (synéchies antérieures), ou avec une fausse membrane pupillaire. Elle a été surtout appliquée, dans ces derniers temps, aux synéchies postérieures, par Streatfeild et Hasner. On ponctionne la cornée avec une large aiguille et on sépare l'adhérence, en se servant d'une *spatule crochet*, instrument spécial inventé par Streatfeild. Le même procédé est applicable aux fausses membranes pupillaires qu'on enlève avec la *spatule crochet* ou avec la *pince à canule* dite *serretelle*.

Les partisans de la corélysis invoquent, en faveur de cette opération, la facilité d'exécution, son innocuité. Ils prétendent qu'elle ne donne lieu à aucun accident, ni à l'iritis, ni à la cataracte traumatique consécutive à une blessure de la capsule du cristallin. Elle aurait surtout l'avantage de rétablir l'ancienne pupille, ce qu'on n'obtient pas avec l'iridectomie. Græfe, Knapp ne partagent pas cette sécurité et ont observé, à la suite de l'opération, des inflammations, le décollement de l'iris, des coloboma, la déchirure de la capsule cristalline avec cataracte consécutive ; ils signalent l'impossibilité, dans quelques cas, de détacher les synéchies.

5° OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

L'opération de la pupille artificielle, ou CORÉMORPHOSE, a pour but de pratiquer, aux dépens de l'iris, une ouverture artificielle, propre à laisser pénétrer les rayons lumineux jusqu'au fond de l'œil, ou de mettre la pupille normale en rapport avec une portion de cornée qui a conservé sa transparence. On rapporte à Cheselden, chirurgien anglais, la première opération de pupille artificielle, exécutée par lui en 1728.

Règles générales applicables à l'opération de la pupille artificielle. Ne jamais opérer, tant qu'il existe le moindre symptôme inflammatoire de l'œil, et avant que les autres moyens propres à rétablir la vision aient échoué. — Il faut que la portion de cornée qui doit correspondre à la nouvelle pupille ait conservé sa transparence, ou ne présente qu'une légère nébulosité. — L'existence d'une chambre antérieure est une condition favorable, mais non indispensable. — L'existence d'une cataracte ne contre-indique nullement l'opération de la pupille artificielle. — La persistance de la sensibilité de la rétine est absolument nécessaire pour exécuter la *corémorphose*. Celle-ci n'est nullement contre-indiquée, lorsque l'autre œil est demeuré sain. — Ne jamais pratiquer l'opération sur un œil qui permet encore de distinguer *certaines objets*, parce qu'en opérant on risque de compromettre un œil médiocre. — S'abstenir d'opérer, lorsque l'humeur aqueuse est remplacée par un fluide jaunâtre coagulable, que l'iris est atrophié. — L'opération n'est pas contre-indiquée chez les très-jeunes sujets. — Elle doit être proscrite ou éloignée, en cas de granulations de la conjonctive, de taches vasculaires de la cornée, d'amincissement de la sclérotique, de ramollissement, d'hydropisie ou d'atrophie de l'œil.

Il convient, si cela est possible, de faire la pupille au centre de l'iris, ou dans un point aussi rapproché que possible de ce centre. Si l'état de la cornée s'y oppose, on établit la pupille au côté *interne* de l'iris. Si cela est impossible, on choisit le côté *inférieur*, puis le côté *inférieur externe*, puis le côté *externe* ; enfin on réserve, en dernier lieu, le côté *supérieur*, parce que, dans cette situation, l'ouverture faite à l'iris est masquée par la paupière supérieure. Si on fait une pupille artificielle aux deux yeux, on les établit sur la *même ligne horizontale* et de préférence sur la partie interne de chaque iris. — Donner à la nouvelle pupille une grandeur plus considérable que l'ouverture normale. — Eviter, durant les manœuvres, de léser l'appareil cristallinien. — Opérer de préférence à travers la cornée, ou à travers la portion de sclérotique attenante à la circonférence cornéale.

Méthodes et procédés. Il y a une foule de manières d'établir une pupille artificielle. Ou bien, on se contente de faire une simple *incision* à l'iris ; c'est l'IRIDOTOMIE ou la CORÉTOMIE. Ou bien, on *excise* une portion plus ou moins considérable de l'iris (IRIDECTOMIE ou CORECTOMIE). On peut aussi former une pupille artificielle, en *décollant* l'iris à sa grande circonférence (IRIDODIALYSE). Enfin, il est possible d'attirer la pupille *normale* vers un des points de la circonférence de la cornée qui a conservé sa trans-