

remplacées par des purgatifs et des gargarismes d'alun ou d'acide hydrochlorique aussitôt que les gencives commencent à se prendre.

L'atropine est employée avec persévérance en instillations ; elle agit médiocrement, quelquefois point du tout pendant la période suraiguë ; on en cesse alors l'emploi. Ce n'est que vers le quatrième ou le cinquième jour que la pupille se dilate ; elle est maintenue ouverte au moyen d'instillations répétées deux ou trois fois dans la journée.

IV. *Mêmes symptômes anatomiques.* — *Les douleurs paraissent à des heures fixes.* Donner trois heures avant leur retour un demi-gramme ou plus de sulfate de quinine en potion ou en pilules. — *Elles sont continues.* Application sur l'œil de compresses de laine mouillées d'une infusion très chaude de camomille ou imbibées de la préparation suivante :

Eau ordinaire bouillante	1 litre.
Herbe de belladone	} aã 50 gram.
— de jusquiame	

faites infuser, passez.

Revenir aux applications de sangsues près de la tempe tous les jours ou tous les deux jours, si l'inflammation ne tombe pas, et si d'une autre part les forces du malade le permettent.

V. *L'inflammation diminue : la rougeur de l'œil, la décoloration de l'iris, la contraction de la pupille, sont moindres.* Après avoir quelque temps encore employé le traitement antiphlogistique, passer aux révulsifs cutanés (vésicatoires autour de l'orbite) ; maintenir toujours la pupille dilatée.

Hygiène. — La même que celle qui a été prescrite au premier degré, mais plus sévère.

VI. *Iritis aiguë.* — *Troisième degré.* — Même traitement, sauf qu'il sera plus énergique encore.

On s'occupera des complications spéciales après que les symptômes inflammatoires auront été abattus par les antiphlogistiques.

ARTICLE II.

ABSENCE DE L'IRIS (IRIDORÉMIE).

L'absence congénitale et complète de l'iris a été plusieurs fois observée ; alors les deux chambres de l'œil n'en font qu'une. M. Gescheidt, qui a probablement pris l'anneau fœtal pour une bandelette très étroite de l'iris, avance dans son *Traité des défauts congénitaux* de cette membrane, qu'elle ne disparaît jamais complètement, et qu'on peut toujours en reconnaître quelque trace. Cependant Beer, MM. Hentzchel, Stœber, Pœnitz, Velpeau, Carron du Villards, Giraldès, Cornaz, ont publié des cas dans lesquels le diaphragme manquait tout à fait. M. d'Ammon, surtout, en a rapporté de curieux exemples dans le bel ouvrage que nous avons déjà cité (1).

Cette difformité frappe quelquefois les individus d'une même famille ; les exemples cités par Hentzchel et d'Ammon sont de cette nature. Un des exemples les plus curieux d'hérédité que nous connaissions a été rapporté par M. Cornaz (2). En voici le résumé : Chrétien Kehl, né de parents à iris normaux, qui avaient eu sept autres enfants à yeux très réguliers, était privé des deux iris ; il eut huit enfants, dont trois eurent une iridorémie totale ; deux de ces derniers eurent des enfants ; des quatre fils de l'aîné, un eut une iridorémie partielle, les trois autres une iridorémie totale comme leur père et leur aïeul. La descendance du second fils de Chrétien eut des yeux bien conformés ; mais dans la première branche, une génération encore présenta deux cas d'iridorémie et un de nystagmus. Il est à remarquer que dans cette famille, ce furent surtout les garçons qui présentèrent cette infirmité.

L'absence des deux iris est fort rare ; d'ordinaire l'un des yeux seulement en est dépourvu. Malgré cette privation, presque toujours la vue est assez bonne, quelquefois cependant les malades sont myopes et ont la vue faible, et d'autres fois l'œil est larmoyant

(1) D'Ammon, *Démonstrations cliniques des maladies congénitales et acquises de l'œil humain et de ses annexes*, traduct. de l'allemand par le docteur V.-F. Szokalski, 1846, 1 vol. in-8 et atlas in-folio de 35 planches contenant 965 dessins coloriés, p. 120, 3^e partie, pl. XII.

(2) *Loc. cit.*, page 80.

et très sensible à la lumière; alors la vision ne s'accomplit sans douleur que le soir.

Quelques-uns sont aveugles, d'autres y voient à peine.

J'ai observé plusieurs cas d'absence partielle ou plutôt d'arrêt de développement partiel de l'iris dans lesquels le malade était presque aveugle. L'exemple suivant ne manque pas d'intérêt. M. le professeur Cruveilhier, M. le docteur Houel et moi nous avons vu, en consultation, une petite fille âgée de neuf ou dix mois, chez laquelle les deux iris étaient réduits à une bandelette annulaire, déchiquetée à son bord pupillaire, et large en dedans de 1 millimètre au plus, et en dehors de 2 environ. Les pupilles étaient conséquemment fort grandes et irrégulières. Les yeux, bien conformés du reste, étaient atteints d'un nystagmus latéral. La mère de l'enfant, jeune femme fort intelligente, nous assura que pendant les premiers mois de sa vie sa fille ne voyait rien; que peu à peu elle a pu suivre la lumière, et que maintenant elle aperçoit les objets brillants que l'on fait passer devant elle; enfin, que le balancement de ses yeux, très grand encore il y a deux ou trois mois, avait beaucoup diminué. Nous nous assûrâmes qu'en effet l'enfant pouvait suivre et saisir une montre, mais nous reconnûmes en même temps qu'elle était dans un état de cécité presque complète. Le fond de l'œil réfléchissait en rouge la lumière comme chez les albinos. Le temps nous a manqué pour faire des recherches avec l'ophthalmoscope.

Voici l'opinion de M. Velpeau sur l'absence congénitale de l'iris: « Tout indique, dit-il, que c'est une monstruosité par défaut de développement. L'étude de l'œil chez le fœtus m'a permis de constater en effet que l'iris apparaît d'abord, vers le troisième mois, sous l'aspect d'une petite crête circulaire, d'une espèce de bordure du cercle ciliaire, et qu'il s'élargit ensuite, de la circonférence au centre, jusqu'à la naissance. Si donc cet anneau cesse de croître à partir du milieu de la grossesse, par exemple, l'œil du sujet devra nécessairement paraître dépourvu d'iris si l'on vient à l'examiner au bout de quelques années. »

L'absence de l'iris est quelquefois le résultat de plaies, à la suite desquelles le diaphragme de l'œil a été arraché en totalité; c'est un accident consécutif de l'opération de la pupille artificielle par décollement, lorsqu'elle a été faite sans méthode, et que l'endroit de la ponction a été mal choisi.

Il n'y a aucun traitement à appliquer à cette maladie. Dans les

cas seulement où l'œil serait très sensible à la lumière, on prescrit, ainsi que l'a conseillé Wardrop, l'usage des *lunettes* dites à *mydriasis*, c'est-à-dire disposées de telle sorte que la lumière ne pénètre que par le centre du verre, dont le pourtour est entièrement opaque (voy. *Lunettes*). Mais si l'iris avait été arraché à la suite d'une plaie, on devrait s'occuper des accidents inflammatoires.

ARTICLE III.

COLOBOMA.

(*Iridoschisma, division congénitale de l'iris.*)

M. de Walther (1), de Munich, a donné ce nom à un vice de conformation de l'iris, déjà observé par Albinus (*Acad. annot.*, p. 49), et assez semblable pour l'origine et la forme au bec-de-lièvre. Dans cette maladie, l'iris manque ordinairement vers sa partie inférieure et semble avoir été excisé verticalement dans cet endroit; cependant M. d'Ammon, qui a vu aussi le plus souvent le coloboma vertical en bas, en a observé quelques cas plus ou moins obliques, en dedans et en dehors, et d'autres horizontalement placés dans l'une ou l'autre de ces deux dernières directions.

Le coloboma de l'iris, dont je ne puis étudier ici l'origine assez obscure, recherchée par d'Ammon, Seiler, Arnold, Heifelder, Wagner, Gescheidt, est une perte de substance congénitale, de forme à peu près triangulaire, dont la base est tournée dans la pupille avec laquelle elle se confond, et dont le sommet se perd dans le muscle ciliaire.

Quelques auteurs rapportent que le sommet de la division s'arrête quelquefois dans le corps même de l'iris, ce que je n'ai pas observé. L'angle est plus ou moins ouvert; quelquefois la perte de substance est considérable.

On s'accorde généralement à croire que le coloboma ne s'étend jamais tout au travers de l'iris, de manière à se montrer par exemple au haut et au bas de l'iris simultanément. Ce cas doit être, en effet, fort rare, car je n'en connais qu'un seul exemple rap-

(1) *Græfe und Walther's Journal*, t. II, p. 601.

porté, d'après le docteur Tourtual, par M. Cornaz (1) qui, lui non plus, ne l'a jamais rencontré. Le sujet de l'observation avait une cornée très petite et une pupille des plus singulières, ayant la plus grande largeur un peu en deçà du centre de l'iris, du côté du bord externe et se perdant successivement jusqu'à une très petite distance du bord externe de l'iris, d'un côté, et du bord interne de l'autre. Cette pupille était à un millimètre et demi environ au-dessus de l'axe transversal du voile irien. Ce serait donc ici un coloboma *diamétral* de l'iris, incomplet en ce sens que le sommet de la division, à l'une et à l'autre extrémité, s'arrêtait dans le corps même de l'iris. Un manque complet d'expression accompagnait cette anomalie des yeux qui étaient très sensibles à la lumière et dont la pupille était ordinairement fermée.

Je connais à Paris plusieurs cas de coloboma de l'iris, un entre autres sur l'œil d'un jeune garçon de dix ans, et un autre sur une femme de quarante-cinq ans environ.

Une fois, dans un cas de microphthalmos, j'ai vu le coloboma de l'iris accompagné d'une division qui paraissait porter, non-seulement sur la choroïde et la rétine, mais encore sur la sclérotique. Cette dernière membrane présentait vers sa partie inférieure une sorte de ligne profonde, s'élargissant près de la cornée en un sillon triangulaire; la cornée remplissait ce sillon. En avant, les membranes internes offraient une confusion très remarquable; elles étaient toutes à moitié opaques dans leur partie inférieure, et paraissaient attachées au même sillon qu'on remarquait au dehors. M. d'Ammon a constaté par la dissection des anomalies semblables. (*Loc. cit.*)

Le docteur Mess (2), de Leyde (Hollande), rapporte un cas de coloboma très curieux chez une jeune fille de dix-huit ans, lymphatique, mais d'ailleurs bien conformée. Ses parents avaient remarqué dès sa naissance la difformité de ses yeux; cependant ils n'avaient point consulté de médecin, parce que la vision était bonne. A l'âge de douze ans elle s'était aperçue que l'œil droit était plus faible, et la vue baissa graduellement, au point que bientôt les objets ne furent plus perçus. Lorsque le docteur Mess la vit, les globes étaient atteints d'un balancement latéral (*nystagmus*) que la volonté ne pouvait réprimer. Les iris, de cou-

(1) *Abnormités congéniales des yeux*, 1848, p. 80.

(2) *Annal. d'ocul.*, t. VII, p. 179 et suiv.

leur différente, étaient fendus en V, dans la partie inférieure; la pupille était immobile dans l'œil droit, tandis qu'à gauche elle avait conservé toute sa mobilité.

Cette observation démontre que le coloboma est quelquefois double. Le plus souvent il est simple. Cependant M. Cornaz, sur 22 cas, l'a rencontré 11 fois simple et 11 fois double (1).

Le coloboma se complique quelquefois d'autres difformités. Un des faits les plus intéressants que possède la science sur ce point, est le suivant, communiqué à M. Cornaz par le docteur Ch. Marcel, petit-fils de Mayor (de Lausanne) (2) :

Un jeune garçon, robuste, se présente en 1849 à la clinique du professeur Langenbeck. La tête est grosse, les fontanelles sont encore ouvertes; au travers de l'antérieure, on constate une encéphalocèle, haute de 3 centimètres, congénitale. Il existe un coloboma de l'œil droit, qui louche légèrement en dedans. La vision est conservée, cependant l'enfant a coutume de le couvrir avec la main, et voit mieux alors avec le gauche que sans cette précaution. Le nez est bien conformé, mais le sujet présente un bec-de-lièvre double, avec saillie de l'os intermaxillaire qui supporte deux dents irrégulièrement plantées. A gauche, est une fissure congénitale du palais.

La vision n'est pas toujours altérée dans le coloboma congénital de l'iris; quelquefois même les malades ne s'aperçoivent point que l'œil qui présente cette particularité soit plus faible que l'autre; dans quelques cas, ils sont seulement un peu gênés par la lumière; mais, il est inutile de le dire, si l'arrêt de développement porte sur les membranes internes, la vision n'existe plus ou est considérablement affaiblie. On a cru encore observer quelques cas dans lesquels la persistance n'existait que pour le parenchyme iridien, mais non pour l'uvée qui remplissait en arrière la perte de substance; mais ces cas ne me paraissent pas parfaitement authentiques.

M. d'Ammon a observé une fois sur l'homme, une autre fois sur un taureau, un vice de conformation opposé au coloboma et qu'il a nommé *koresténoma* (3). C'est un prolongement de la marge iridienne, qui peut recouvrir en totalité ou en partie la pupille. Sur le taureau, dont l'œil a été disséqué, cette ouverture était masquée

(1) *Loc. cit.*, page 86.

(2) *Ann. d'oculistiq.*, tome XXIII, janvier 1850.

(3) D'Ammon, traduction française par Szokalski.

au point qu'elle ne présentait de libre que deux petites fenêtres latérales, et que l'animal était aveugle lorsqu'il était en pleine lumière. N'est-ce pas là un cas de persistance de la membrane pupillaire?

Le coloboma de l'iris est quelquefois consécutif de la kératotomie inférieure; lorsque la réunion de la plaie cornéenne est convenablement faite, la vision n'en est point troublée.

Les plaies avec perte de substance produisent quelquefois le coloboma accidentel.

Il n'y a lieu d'appliquer aucun traitement à cette maladie.

ARTICLE IV.

PERFORATION MULTIPLE DE L'IRIS.

(*Pupille excentrique, pupille multiple, polycorie, corectopie.*)

Les perforations multiples de l'iris existent le plus ordinairement à l'état congénital. De même que Wardrop j'en ai vu plusieurs cas; Carron du Villards cite un jeune homme qui portait trois pupilles distinctes, et chez lequel la vision avait toute son intégrité. On m'a apporté un enfant qui présentait deux pupilles sur un œil; l'une, très petite et placée dans la partie supérieure de l'iris, était presque recouverte par la paupière supérieure, et ne paraissait point troubler la vision; l'autre occupait le centre de la membrane; toutes les deux étaient mobiles.

M. d'Ammon (1), dans son remarquable ouvrage traduit en français par M. Szokalski, donne deux exemples de perforation multiple de l'iris; dans l'un, la pupille est double: on voit une ouverture triangulaire placée au-dessous de la pupille centrale qui est naturelle; dans l'autre, il y en a trois, toutes placées très près du centre de l'iris: les deux supérieures ressemblent à deux petites fentes étroites; l'inférieure, placée au-dessous, et du double plus grande et à peu près ronde. M. d'Ammon pense que ces pupilles se sont probablement formées par la réunion de trois languettes d'iris, qui ayant pris naissance au bord pupillaire, se sont ensuite réunies.

Les pupilles multiples congénitales sont ordinairement de forme

(1) D'Ammon, traduction française par Szokalski, p. 118, pl. IX, 3^e partie.

irrégulière, rarement elles occupent le centre de l'iris; on les voit souvent, d'après d'Ammon et Gescheidt, dans la microphthalmie et dans d'autres cas d'arrêt de développement du globe, avec complication d'un état morbide.

Schwartz, cité par M. Cornaz (1), a vu deux sœurs dont la pupille gauche était située au bord ciliaire inférieur, tandis que la droite était au bord ciliaire supérieur, place qu'avaient les deux pupilles de leurs frères.

Les plaies par instrument tranchant peuvent produire la perforation multiple de l'iris; on en voit de nombreux exemples chez les opérés de cataracte par extraction, lorsqu'on a négligé, ce qui est quelquefois très fâcheux, d'exciser la portion du diaphragme séparant l'ouverture naturelle de l'accidentelle. M. Velpeau a observé à la Charité, en 1836, un semblable opéré qui portait trois pupilles.

L'excentricité de la pupille n'entraîne pas toujours avec elle la confusion de la vision; on en a la preuve tous les jours lorsque l'on pratique la pupille artificielle par excision ou par tout autre procédé, ou bien encore lorsque l'iris vient faire hernie à la circonférence de la cornée. Cette observation, pour être juste cependant, ne doit s'appliquer qu'aux cas d'excentricité de la pupille dans la moitié inférieure de la cornée. Nous reviendrons là-dessus en nous occupant de la pupille artificielle.

Nous rappellerons ici, et seulement pour mémoire, que la pupille normale n'est pas placée exactement au centre de l'iris, mais qu'elle est un peu en dedans de ce centre; aussi l'allongement de cette ouverture dans ce sens est-il toujours fort peu défavorable à la vision.

La perforation multiple, congénitale ou accidentelle, ne trouble pas toujours d'une manière sensible la vision, comme le prouvent les exemples cités. Lorsque la vue baisse, il est probable que l'œil a subi d'autres modifications importantes. Le malade de M. Velpeau voyait très bien, de même que celui de M. Carron du Villards. Cependant j'ai vu un homme atteint de synéchie antérieure complète, chez lequel la vue était à peu près nulle, bien que j'aie compté jusqu'à onze pupilles, qui toutes étaient placées dans l'écartement des fibres radiées occasionné par la contraction du tissu cicatriciel. J'ai pratiqué l'excision de l'iris après l'avoir déchiré du centre à

(1) *Abnormités congénitales des yeux*, page 93.

la circonférence, et j'ai guéri ce malade de la cécité qui était à peu près complète, car il ne pouvait compter que les doigts. Je n'ai jamais pu savoir par laquelle des ouvertures il voyait. C'était peut-être le cas, au lieu d'une opération, d'employer les lunettes sthénopéiques de M. Donders, mais alors je ne les connaissais pas.

On ne devra pas confondre certaines taches de rouille congénitales avec les perforations de l'iris. Un jeune médecin de nos élèves, le docteur X..., croyait avoir une perforation semblable, et ce n'était en réalité qu'une tache de couleur très sombre.

Il n'y a aucun traitement à appliquer à la perforation multiple de l'iris, si la vision est bonne; les lunettes sthénopéiques seront utiles, si elle est confuse. Nous avons dit quelle conduite on doit tenir lorsque la division iridienne a lieu pendant l'opération de la cataracte par extraction ou à la suite de blessure. (Voy. *Cataracte.*)

ARTICLE V.

DÉCOLLEMENT ACCIDENTEL OU SPONTANÉ DE L'IRIS.

A la suite de plaies, de coups portés sur l'œil, il arrive que l'iris se détache du corps ciliaire, dans une étendue plus ou moins grande.

On voit cet accident survenir pendant une opération mal faite de cataracte par abaissement, lorsque l'iris est adhérent à la capsule.

C'est ordinairement dans sa partie supérieure que le diaphragme se détache et il tombe alors, soit dans la chambre antérieure, soit dans la postérieure; l'ouverture qui en résulte est triangulaire, comme dans la pupille artificielle par décollement.

L'iris se détache quelquefois sans que l'œil ait été blessé. La pupille étant fermée par une fausse membrane, celle-ci en se contractant attire vers son centre la marge pupillaire, et tend vers ce point les fibres iridiennes avec tant de force que les attaches ciliaires normales se rompent et que l'iris tombe, comme s'il avait été arraché par un instrument.

Dans d'autres cas il cède d'une autre manière: deux de ses fibres verticales s'écartent l'une de l'autre au point de former dans la membrane une ou un grand nombre d'ouvertures oblongues, qui permettent l'entrée des rayons lumineux dans l'œil. Cela

s'observe dans les cas d'oblitération de la pupille, lorsque l'iris est recouvert à sa face postérieure d'une fausse membrane qui s'est déchirée dans un endroit où elle était plus faible, ou lorsque toute la surface de l'iris, sauf dans une partie étroite, est doublée d'exsudations qui vont toujours se contractant en sens inverse. Nous avons vu jusqu'à onze déchirures semblables sur le même œil. (Voy. p. 463.)

ARTICLE VI.

TACHES DE ROUILLE CONGÉNITALES DE L'IRIS. — COLORATIONS DIVERSES ET ACCIDENTELLES.

L'iris présente très souvent, à une partie de sa surface, une coloration anormale qui mérite, à plus d'un titre, d'être connue. Quelquefois l'un des iris l'offre seulement, et si alors elle s'étend à toute la membrane, les yeux paraissent de couleur différente (*yeux vairons*).

Ces taches sont à l'iris ce que les opacités pigmentées sont à la sclérotique, dans laquelle le pigmentum a pénétré le tissu fibreux; c'est donc à la plus ou moins grande quantité de pigmentum qu'elles paraissent dues (d'Ammon).

Le professeur Arnold s'est assuré qu'il en est ainsi, et il a reconnu que dans ces taches de rouille, comme dans les iris bruns ou foncés, le parenchyme iridien contient du pigmentum, tandis que dans les yeux bleus et gris l'iris est seulement doublé en arrière par le pigmentum uvéen. Elles se présentent ordinairement sous forme de plaques brun rougeâtre, couleur de rouille, et sont quelquefois si foncées qu'on pourrait croire d'abord à une perforation congénitale de l'iris. Nous avons déjà cité l'exemple du docteur X..., un de nos élèves, qui se trouvait dans ce cas, et croyait avoir une double pupille, tandis qu'en réalité il ne portait qu'une tache de rouille circulaire. Mais le plus souvent elles sont claires et faciles à reconnaître. Elles ne doivent point être confondues avec d'autres taches de l'iris plus pâles, et consécutives de l'inflammation de cette membrane. On tiendra compte des colorations congénitales dans l'iritis, surtout lorsqu'elles sont très étendues, pour juger du degré de la phlegmasie.

Ces taches sont quelquefois héréditaires. Osborne, cité par M. Cornaz, a vu un individu dont les iris, d'un jaune clair, étaient

parsemés d'une grande quantité de petites taches rondes, brun-rougeâtre; ses quinze frères, ses cinq sœurs et sa mère présentaient la même anomalie, ainsi que quatre de ses oncles et tantes maternels et toute la famille de la grand'mère.

Les taches de rouille sont d'autant plus choquantes à voir quelquefois, que l'iris est d'une couleur plus claire, et, lorsqu'elles sont très larges surtout, elles deviennent une cause de difformité. Il arrive que l'iris est moitié blanc, moitié bleu. A la suite de maladies il peut être décoloré complètement, devenir d'un gris bleuâtre blafard, et conserver néanmoins une tache de rouille d'une couleur aussi vive qu'avant la maladie. Dans quelques cas, chez les albinos par exemple, il a une teinte rose sale, très probablement due à l'absence du pigmentum uvéen. On sait que l'iris prend une couleur particulière quand il s'enflamme; nous en avons parlé au mot *Iritis*.

ARTICLE VII.

VAISSEAUX ANOMAUX DE L'IRIS.

Pendant une inflammation aiguë de l'iris, on voit assez souvent des vaisseaux, en nombre plus ou moins grand, se développer sur cette membrane, et persister pendant la période chronique de la maladie. J'en ai observé qui existaient encore longtemps après que toute trace d'inflammation avait disparu. Ces vaisseaux, quelquefois discrets, s'étendent des attaches ciliaires de l'iris à la pupille, et forment le plus fréquemment des anastomoses nombreuses et en arcades, comme les vaisseaux normaux de la membrane. C'est lorsque l'inflammation a détruit la surface tomenteuse de l'iris, qu'ils se voient le plus facilement et en plus grand nombre.

Chez une jeune fille de douze ans, de fausses membranes avaient rempli la chambre antérieure, et des vaisseaux de nouvelle formation les sillonnaient dans tous les sens: les plus nombreux siégeaient manifestement dans l'iris. La cornée était saine dans toute son étendue, mais la choroïde se montrait par plaques bleuâtres à travers le tissu considérablement aminci de la sclérotique, et de gros vaisseaux variqueux en arcades rampaient dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. La vision était depuis longtemps perdue.

ARTICLE VIII.

TREMBLEMENT OU OSCILLATIONS DE L'IRIS.

A l'état normal, l'iris éprouve des mouvements de la circonférence au centre; dans certains cas morbides, il se déplace d'avant en arrière, et subit une espèce de fluctuation.

SYMPTÔMES. — Lorsqu'on examine l'œil avec attention, on reconnaît que l'iris, dans quelques-uns des mouvements que les contractions musculaires impriment au globe, éprouve d'avant en arrière une sorte de petite secousse, qui semble être d'autant plus étendue qu'on observe la membrane plus près de son bord inférieur. Lorsqu'on recommande au malade de diriger son œil successivement dans divers sens, la fluctuation iridienne se reproduit à chaque mouvement, et toujours d'avant en arrière, à la manière d'une toile souple plongée dans un liquide, et à laquelle on imprimerait en la touchant de légères ondulations.

Le plus ordinairement, à part ces mouvements particuliers, l'iris n'offre, du reste, aucune anomalie; quelquefois cependant on reconnaît une saillie anguleuse à sa partie inférieure, comme si le cristallin luxé et couché à plat la pressait par son bord, ce qui, en réalité, est exact.

La pupille a souvent perdu de sa mobilité, mais je l'ai vue aussi contractée parfois comme à l'état normal; dans d'autres cas, elle était tout à fait immobile, tantôt étroite, tantôt fort large.

La cornée est le plus ordinairement saine, la chambre antérieure a sa capacité ordinaire. Quelquefois, comme dans l'hydrophtalmie antérieure, la chambre cornéenne est agrandie; les oscillations sont alors beaucoup plus étendues, l'iris même paraît plus développé qu'à l'état normal. Le cristallin est rarement opaque, parfois il est déchatonné.

La vision, en de certains cas conservée dans son intégrité, est d'autres fois notablement diminuée, ou complètement perdue; souvent les malades voient aussi bien que si les iris ne présentaient point de fluctuation; quelques-uns, en petit nombre, sont à peu près aveugles. Mais, dans tous les cas, le seul fait de l'oscillation ne doit pas faire croire à une amaurose imminente, car ce n'est point là un signe qui puisse toujours la faire prévoir.