

Tantôt la plaie est encore béante, tantôt, au contraire, elle est depuis longtemps fermée.

Les corps étrangers qui pénètrent dans l'iris sont de diverse nature ; ce sont des éclats de verre, de pierre, de fer, des grains de poudre ou de plomb ; j'ai été à même d'observer tous ces corps engagés dans l'iris ; la plupart l'étaient depuis longtemps.

Chez un homme occupé à casser des pierres sur une route, un fragment de caillou lancé fortement avait traversé la cornée et s'était implanté dans l'iris. Le corps étranger enveloppé dans une fausse membrane, ne produisait ni gêne ni inflammation depuis longtemps. La vision était bonne. C'était pour une ophthalmie granuleuse de l'autre œil que le malade s'était adressé à moi.

Chez un autre, un éclat de verre s'était implanté dans l'iris, en divisant la cornée et la sclérotique. J'enlevai le corps étranger à travers la plaie béante, mais il y eut une cataracte capsulo-lenticulaire. Ce fait est assez semblable à celui qu'a publié M. d'Ammon (1), et dans lequel un homme avait reçu dans l'œil, à travers la cornée, un fragment de minerai. Le malade tomba en syncope pendant l'extraction ; cependant la vision se rétablit, la capsule et le cristallin n'ayant point été atteints.

On trouve dans le *Bulletin de la Société médico-pratique*, 1836, p. 97, l'histoire d'un sujet qui portait un grain de plomb dans l'iris. J'ai observé un cas semblable, mais dans lequel l'œil avait perdu la faculté de voir, et était un peu atrophié. M. Stœber (2) rapporte que chez un jeune homme auquel il donna des soins, un grain de plomb resta caché une année derrière l'iris, après avoir traversé la cornée et cette membrane, et qu'au bout de ce temps il se fit jour à travers la sclérotique, et vint se placer sous la conjonctive. L'auteur ne dit point si la vision fut conservée.

Dans plusieurs cas, chez des mineurs surpris par une explosion, j'ai vu des grains de poudre engagés dans l'iris. Lorsque l'accident était récent, la réaction était violente (il ne faut point oublier que la cornée avait dû être maltraitée) ; mais lorsque la blessure datait de loin, dans d'autres cas que j'ai observés, la présence des corps étrangers ne déterminait plus aucune inflammation.

Le *traitement* consiste à enlever le corps étranger, s'il provoque une inflammation ou une gêne quelconque.

(1) *Archives générales de médecine*, t. XXIII, p. 429.

(2) Stœber, *loc. cit.*, p. 445.

Quand il s'est introduit depuis peu de temps, et que la cornée est ouverte dans une assez grande étendue, on le charge au moyen d'une pince ou d'une curette, en maintenant les paupières écartées.

Dans le cas contraire, je veux dire celui où la blessure de la cornée ne permettrait pas l'extraction du corps étranger, on agrandirait l'ouverture au moyen du couteau à cataracte ordinaire, ou du couteau lancéolaire de Beer. Il en serait de même si le corps étranger, enfermé depuis longtemps, venait à occasionner par sa présence des accidents sérieux.

On doit s'attendre dans presque tous les cas à une manœuvre pénible et à une réaction assez forte ; c'est pourquoi le traitement antiphlogistique, mesuré sur la constitution du malade, est de première nécessité. L'œil est fermé par des bandelettes quand l'ouverture cornéenne a été très large ; des compresses d'eau glacée sont appliquées en permanence ; le malade garde le lit, et la saignée générale est faite aussitôt que la réaction menace de prendre une certaine intensité.

Si, après l'extraction du corps étranger, l'iris s'enflamme malgré le traitement antiphlogistique, il peut arriver qu'il contracte des adhérences avec la pupille ; alors les préparations de belladone sont indiquées. (Voyez *Traitement de l'iritis*, page 449.)

ARTICLE XIV.

HERNIE DE L'IRIS A TRAVERS LA CORNÉE.

Procédé de réduction. — C'est à la suite d'ulcérations perforantes de la cornée qu'on voit le plus souvent cette maladie. On l'observe encore après les plaies par instrument tranchant qui ont intéressé la membrane transparente, ou l'extrême bord de la sclérotique, près de l'insertion de la cornée, ou enfin ces deux membranes à la fois. Elle est aussi fréquemment la conséquence de l'opération de la cataracte par extraction, et l'on sait que c'est là un accident qui ne manque pas de gravité.

Mais quelle que soit la cause qui ait produit la perforation de la cornée, à l'instant même où cette perforation a lieu, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors et l'iris la suit dans ce mouvement d'avant en arrière, de sorte qu'il vient s'appliquer contre la mem-

brane transparente, et que si l'ouverture cornéenne est assez grande, il ne tarde pas à s'y engager, dans une proportion en rapport avec la largeur de la perforation.

Lorsque la hernie de l'iris est consécutive d'ulcérations marchant avec une certaine lenteur, elle est toujours précédée d'un *kératocèle*, formé aux dépens de la lamelle profonde de la cornée ou même de la membrane de l'humeur aqueuse. Nous avons fait remarquer, quand nous avons parlé du *kératocèle* (voyez page 367), et surtout des perforations de la cornée (voyez page 286), tout l'intérêt pratique de ce symptôme qui met le médecin en demeure de prévoir l'accident, et d'y porter remède par la prompte dilatation de la pupille.

Aussitôt que la hernie de l'iris est accomplie, le malade éprouve dans le globe une douleur soudaine qui s'irradie vers le front et le sourcil, et très souvent est assez vive pour lui arracher un cri. C'est un très fort élancement, comparable à celui qu'éprouvent les opérés de pupille artificielle pendant le décollement. Si cette douleur est survenue sur un malade atteint d'une ulcération, on peut être certain, avant d'écarter les paupières, qu'il s'est fait une hernie iridienne. Quelquefois pourtant la perforation s'opère sans que l'iris vienne s'engager dans l'ouverture; il s'applique simplement derrière; mais cela n'a lieu qu'exceptionnellement, et, le plus souvent, dans les cas où l'ulcération ou la plaie est étroite.

Selon que la hernie de l'iris est petite, large, simple ou multiple, elle a reçu autrefois divers noms qui ne sont plus guère conservés aujourd'hui. Lorsqu'elle n'avait que le volume d'un grain de millet, on l'appelait *myocéphalon*, à cause de sa ressemblance avec la tête d'une mouche ordinaire. Lorsqu'elle était large et aplatie, on lui donnait le nom de *hylon* ou *clou*. Lorsqu'elle était multiple, comme cela s'observe après certains *kératocèles* consécutifs de larges ulcérations de la cornée, elle prenait celui de *raisinière*, parce qu'alors elle ressemble à une sorte de grappe formée de petits grains noirs.

Après les ophthalmies purulentes qui ont détruit toute la cornée, ou après la fonte purulente de cette membrane, l'iris fait procidence dans tout son ensemble; c'est dans ce cas seulement qu'on voit survenir après la procidence le staphylôme de l'iris proprement dit.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — La cornée, amincie par une ulcé-

ration, se perfore, avons-nous dit, donne issue à l'humeur aqueuse, et l'iris vient s'engager dans l'ouverture. Il s'y présente sous la forme d'une petite tumeur noire qui est comme lobulée à sa surface, et est entourée d'un cercle blanc jaunâtre siégeant dans la cornée. Nous venons de voir que cette tumeur peut être simple ou multiple, étroite ou large; nous n'y reviendrons pas.

Pour assurer le diagnostic de la procidence iridienne, il est nécessaire d'examiner avec attention la chambre antérieure, l'iris, la pupille et la cornée.

La *chambre antérieure* est déformée, et n'existe plus dans l'endroit correspondant à la procidence; elle est comme divisée en deux portions triangulaires, souvent inégales, dont les sommets seraient à la hernie, et les bases en sens inverse.

L'*iris* n'est plus tendu verticalement entre les deux chambres; une portion de son corps ou de sa marge, s'étant engagée dans la cornée, fait saillie en avant. De là la déformation des deux chambres: l'agrandissement de la postérieure, et la diminution de l'antérieure.

La *pupille*, déformée aussi en plus ou moins grande partie, est rétrécie, oblitérée ou agrandie: rétrécie, si une partie de sa marge est herniée dans la cornée; oblitérée, si toute la marge a traversé la perforation; agrandie, au contraire, si une très petite partie seulement du corps de l'iris s'est engagée près de ses attaches dans une perforation de la circonférence cornéenne.

La *cornée*, indépendamment de la petite tumeur noire iridienne, simple ou multiple et entourée d'un cercle blanc jaunâtre qu'elle présente, offre quelquefois une dépression, un aplatissement remarquable; cela a lieu surtout lorsque la procidence est récente, que l'iris n'oblitére pas complètement l'ouverture, que l'humeur aqueuse s'écoule incessamment au dehors, enfin quand il y a *fistule* de la cornée. L'œil est mou dans son ensemble; la pupille, l'iris, sont appliqués immédiatement contre la cornée, et il n'est pas rare que les muscles dans leurs contractions impriment un sillon sur la sclérotique, et qu'ainsi la forme de la cornée dépende en quelque sorte des mouvements de l'œil.

Outre ces caractères anatomiques, il en est d'autres qui varient selon la gravité du mal, et aussi selon le temps depuis lequel la procidence s'est faite. La réaction peut être très vive ou nulle, selon que la procidence est récente ou ancienne. Si elle est récente, la cornée est ramollie dans une étendue plus ou moins grande; la

conjonctive et la sclérotique sont enflammées et présentent une rougeur très prononcée, en rapport ordinairement avec la largeur de la procidence iridienne. Si, au contraire, elle est ancienne, toutes les membranes de l'œil sont exemptes d'inflammation : la hernie prend alors le nom de *synéchie antérieure*.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Au moment de la procidence de l'iris, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le malade éprouve une douleur fort aiguë, qui s'irradie du globe vers le front. La photophobie, jusque-là peu prononcée, devient très vive, des larmes s'écoulent en abondance, et le malade recherche l'obscurité. D'autres fois, au contraire, les douleurs produites par l'ulcération disparaissent aussitôt que la hernie s'est faite, mais alors la chambre antérieure est ouverte.

MARCHE. — TERMINAISONS. — Une fois formée, la procidence de l'iris, assez ordinairement, tend aussitôt à augmenter. Scarpa pense que le gonflement vasculaire de l'iris est l'unique cause de cette augmentation de volume ; selon Chélius, elle serait toujours occasionnée par la distension que produit l'humeur aqueuse sur la portion iridienne qui a traversé l'ouverture de la cornée, et si ce liquide est en grande quantité, l'enveloppe séreuse de l'iris formerait seule la saillie par suite de la compression de ses vaisseaux.

Ces deux opinions, admises d'une manière exclusive, sont, à n'en pas douter, en dehors de l'observation rigoureuse des faits.

Si l'on assiste, pour ainsi dire, à la formation de la hernie iridienne, on se convaincra facilement de la justesse de l'observation du célèbre chirurgien de Pavie. Pour s'assurer que c'est bien en effet au gonflement vasculaire qu'est due, dans la majorité des cas, l'augmentation de la hernie, on n'aura, quand elle est très récente, qu'à la toucher avec un crayon de nitrate d'argent, et l'on reconnaîtra qu'en moins d'une seconde elle aura doublé ou triplé de volume. Le gonflement vasculaire doit donc très certainement contribuer à l'agrandissement de la tumeur. Dans quelques cas exceptionnels, l'humeur aqueuse s'accumule sous la séreuse iridienne procidée, et, ainsi que le dit Chélius, forme une vésicule transparente qu'une simple ponction fait disparaître ; mais

ce fait ne détruit point l'observation de Scarpa, comme l'a cru le professeur de Heidelberg (1).

Après avoir pris un volume plus ou moins grand, la hernie de l'iris s'affaisse d'une manière progressive, non point, comme le pense Chélius, parce que l'humeur aqueuse ne peut plus distendre la partie prolabée de l'iris, mais parce que cette partie, sphacélée par la compression, l'étranglement de ses vaisseaux, tombe en suppuration. Par cet affaissement le niveau de la cornée est rétabli. C'est la terminaison la plus favorable de la procidence iridienne, lorsqu'elle n'a pu être réduite complètement.

Quand la hernie est très petite, que l'iris n'est pas comprimé dans l'ouverture ulcéreuse, la réduction peut se faire spontanément ; ainsi que Arlt, j'ai vu la cornée reprendre dans ces cas toute sa transparence.

Quand la hernie est très grande et ne subit qu'un étranglement incomplet, elle joue le rôle d'un corps étranger implanté dans la membrane transparente, et persiste à l'état stationnaire pendant un temps considérable, ou détermine une inflammation de la cornée avec un ramollissement qui peut s'étendre fort loin ; c'est alors que peu à peu la cornée prend la forme conique et devient staphylomateuse.

Mais si la cornée a été détruite en grande partie, c'est l'iris qui, presque complètement procidé, fait saillie à travers l'ouverture, et forme cette tumeur considérable qui a reçu le nom de *staphylôme de l'iris*. Quelquefois une tumeur de mauvaise nature succède à la hernie iridienne.

PRONOSTIC. — Il est toujours grave : la vision est quelquefois perdue ; elle est altérée ou compromise dans la plupart des cas. On en exceptera, toutefois, ceux dans lesquels une adhérence étroite se sera produite près de la circonférence de la cornée. La synéchie antérieure est très souvent une cause de strabisme lorsqu'elle est incomplète, et placée en dedans ou en bas. En dehors et en haut lorsqu'elle est étroite, elle déforme un peu la pupille, mais ne gêne pas toujours les fonctions de l'œil.

TRAITEMENT. — Nous l'avons tracé en grande partie en étudiant les perforations imminentes de la cornée (voyez page 286).

(1) Chélius, *loc. cit.*, p. 163, 164.

Lorsque les hernies sont récentes, les instillations d'atropine et de belladone, aidées, selon la méthode indiquée au chapitre que nous rappelons, de fomentations glacées, pourront les réduire assez fréquemment.

C'est un excellent moyen si on l'emploie avec persévérance pendant plusieurs jours, comme nous le faisons en pareil cas : aussi est-ce bien à regret que, dans un écrit de M. Velpeau (1), nous voyons le passage suivant, où il désapprouve l'emploi de la belladone : « On aurait tort d'accorder une grande valeur à de pareils moyens : après les premières heures, la réduction mécanique des hernies de l'iris est à peu près impossible, à cause du travail phlegmasique qui s'établit bientôt. » Ce travail, qu'il est facile d'arrêter ainsi que nous le verrons plus loin, ou qui marche fort lentement quand la hernie est très large, diminue, il est vrai, l'action particulière de la belladone sur l'iris ; mais, de leur côté, les fomentations glacées sur l'œil et les instillations mydriatiques entre les paupières contribuent puissamment à diminuer cette phlegmasie, et souvent même l'abattent complètement si on les aide d'un traitement antiphlogistique convenable.

C'est surtout dans les procidences un peu larges qu'on peut espérer une plus facile réduction.

On n'oubliera pas que la cornée se ramollit autour de la hernie récente, et que l'adhérence ne peut être solide qu'après un temps assez long, double circonstance qui donne plus de prise à l'action de la belladone. Après trois ou quatre jours d'instillations persévérantes, si l'on n'a pas réussi à rendre la liberté à la pupille, on aura recours à la cautérisation faite comme nous allons l'indiquer.

Procédé pour la réduction de l'iris hernié. — Il consiste en une simple cautérisation avec le nitrate d'argent, sur un endroit autre que celui de la hernie, et est basé sur les données suivantes :

a. L'iris hernié à travers la cornée n'est désorganisé qu'après plusieurs jours.

b. La hernie iridienne, irritée par le contact des larmes, par l'air, par les frottements de la paupière supérieure et par les

(1) *Loc. cit.*, p. 142.

bords mêmes de l'ulcère cornéen dans lequel elle est emprisonnée, tend pendant quelques jours à augmenter de volume. Cette irritation et ce gonflement incessant de la partie engagée empêchent la mortification de l'iris et arrêtent le travail de la cicatrisation. L'engagement progressif de l'iris dans l'ulcère de la cornée est prouvé par ces faits d'observation pratique, que, si l'on touche la hernie récente avec un corps irritant, elle triple de volume à l'instant même ; et que si l'on suit les progrès de cicatrisation de l'ulcère de la cornée, la hernie n'ayant pas été réduite, la pupille diminue peu à peu et même disparaît souvent.

c. Des adhérences s'établissent entre la cornée et l'iris avant que la partie herniée soit désorganisée. Dans le principe, c'est-à-dire pendant quelques jours, elles sont très faibles et peuvent être détruites tout à fait, si l'on augmente l'activité des vaisseaux périkératiques et, en conséquence, la vitalité de la cornée, ou si une inflammation nouvelle se développe sur un autre point de l'œil.

d. Les exsudats nécessaires à la formation des adhérences qui s'établissent entre l'iris et la cornée, sont d'abord fournis par cette dernière membrane, déjà malade dans l'endroit où la première, saine jusque-là, est venue s'engager.

e. Irriter les vaisseaux périkératiques dans le voisinage de l'ulcération, c'est augmenter la sécrétion des bords de l'ulcération ; c'est aussi apporter autour de la hernie une sécrétion liquide qui détruira quelques adhérences encore mal établies ; c'est enfin rendre à l'iris les moyens de glisser dans l'ulcération, agrandie par le fait même de la sécrétion.

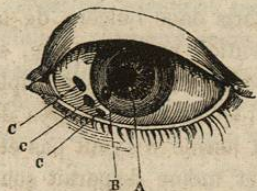
f. Si, avant de produire mécaniquement cette irritation, on a soumis l'iris à l'action de la belladone, on aura en arrière de la cornée une force qui, agissant d'avant en arrière, devra réduire la hernie.

Passons maintenant à la description des moyens nécessaires pour produire cette irritation.

Une ulcération de la cornée ayant donné passage à une partie de l'iris, la hernie étant reconnue, et des instillations d'atropine ou de belladone ayant été faites sans résultat pendant quelques jours, je m'assure que l'iris est encore sous l'influence mydriatique de ce médicament, c'est-à-dire que la pupille est aussi large que possible.

La figure 40 donne une idée très exacte de la forme des parties :

Fig. 40.



A, représente la pupille agrandie par la belladone, mais déformée et se terminant par une pointe en bas et en dedans ;

B, est la tumeur formée sur la cornée par l'iris, dont une petite partie a traversé une ulcération cachée sous la tumeur iridienne.

Ces précautions prises, la paupière supérieure étant maintenue par un aide, l'inférieure étant abaissée au moyen de l'index de la main gauche, je porte de la main droite un crayon de nitrate d'argent sur la conjonctive bulbaire, tout près de la cornée, et je cautérise les trois ou quatre points, C, C, C, le plus énergiquement possible, sans toutefois atteindre trop profondément la muqueuse.

De cette manière, je provoque une irritation très active des vaisseaux périkératiques, et la sécrétion liquide nécessaire au dégagement de l'iris est produite.

Quelquefois, au lieu de quelques points de cautérisation, je fais une traînée de caustique sur le pourtour de la cornée, dans le voisinage de la hernie, ou même, dans quelques cas, si une première cautérisation a échoué, j'en pratique, à deux ou trois jours d'intervalle, une deuxième, une troisième, une quatrième sur la cornée même, mais en ayant grand soin que le caustique ne s'étende pas sur l'iris, car autrement la hernie pourrait devenir plus volumineuse à l'instant même. (Voyez plus haut *b*.)

A partir du moment où une cautérisation vient d'être faite, le malade doit se baigner l'œil avec de l'eau froide et continuer avec persévérance les instillations d'atropine ou de belladone. Après deux jours, si la hernie n'est pas réduite, je cautérise de nouveau, toujours en me rapprochant de la tumeur, et quelquefois même je l'entoure, sans la toucher, d'une cautérisation annulaire portant tout entière sur la cornée.

L'aspect de la cornée et de la conjonctive pourrait avoir quelque chose d'inquiétant pour qui n'aurait pas encore fait cette cautérisation : de larges plaques blanchâtres, élevées, se développent, mais elles disparaissent bientôt et ne laissent jamais de traces. J'ai ap-

pliqué jusqu'à sept fois le caustique, pour ne réussir qu'à la huitième ; ordinairement, cependant, la réduction s'est faite après la première, la deuxième ou la troisième cautérisation. Depuis dix ans, j'ai réuni un nombre tel d'observations, que je ne prends plus la peine de les compter : aussi ne saurais-je trop recommander ce moyen.

Lorsque la hernie persiste (c'est-à-dire lorsqu'on a reconnu que les adhérences qui retiennent l'iris ne peuvent être détruites), on doit s'occuper à faire disparaître aussi promptement que possible la tumeur qu'elle forme : la cautérisation directe atteindra aisément ce but ; elle ne serait douloureuse qu'autant qu'on toucherait les parties voisines.

Pendant tout le temps que la cornée sera encore ramollie au pourtour de la procidence, on tiendra la pupille dilatée ; autrement l'iris s'engagerait de plus en plus dans l'ulcération, circonstance qui diminue d'autant la pupille. Ce sera en outre un moyen de plus d'empêcher la dégénérescence staphylomateuse, parce que l'iris, dont les fibres sont tendues vers le corps ciliaire, retient ainsi, au moins dans de certaines limites, la cornée en arrière.

Il sera bon, dans tous les cas, de joindre la compression modérée et persévérante (voyez page 15) à ces moyens.

On revient à la cautérisation tous les deux ou trois jours, si l'état de l'œil le permet. Rien n'est plus facile que cette petite opération ; la paupière supérieure est relevée par un aide, l'inférieure est abaissée par le chirurgien, qui fixe le globe comme pour opérer la cataracte par extraction au moyen du médius placé dans l'angle interne. Le malade doit regarder un point fixe. Lorsque c'est un enfant, on peut au besoin maintenir le globe dans l'immobilité, au moyen de pinces placées sur la conjonctive ; mais cela augmente singulièrement les difficultés. On a soin de choisir un crayon taillé en pointe, pour ne toucher que les surfaces malades ; l'œil est ensuite baigné dans de l'eau froide légèrement salée jusqu'à ce que la douleur soit éteinte.

Lorsque tout espoir de réduction de l'iris est perdu, il peut être utile de recourir à l'excision de la hernie, si elle est volumineuse. Autrement on pourrait cautériser indéfiniment sans résultat.

On pratiquera encore l'excision de l'iris si la procidence dégénère en une tumeur de nature polypeuse, ou si elle prend un grand volume. (Voyez *Tumeurs de l'iris*.)

ARTICLE XV.

ADHÉRENCES, OU SYNÉCHIES DE L'IRIS.

Le déplacement de l'iris avec adhérence se fait tantôt en avant avec la cornée (*synéchie antérieure*), tantôt en arrière avec la capsule du cristallin ou avec une fausse membrane qui remplacerait celle-ci (*synéchie postérieure*).

Il y a *synéchie antérieure* lorsque après les perforations de la cornée, à la suite de plaies ou d'ulcérations, l'iris devient adhérent à cette membrane au moyen d'exsudations plastiques.

C'est ce qui arrive dans tous les cas où la hernie de l'iris s'est aplatie.

L'adhérence est totale ou partielle ; dans le premier cas, la pupille a complètement disparu ; dans le second, elle est déformée en plus ou moins grande partie, et tirillée en avant ; c'est dire que la vision est ou perdue, ou au moins, dans la majorité des cas, diminuée. L'adhérence, quelquefois filiforme, persiste toute la vie sans nuire sérieusement ; d'autres fois elle finit par se rompre et laisse seulement une petite tache noire pigmenteuse derrière la cornée.

Lorsque la synéchie occupe le côté externe de la pupille, et qu'elle est étroite, la vue n'éprouve que peu ou point de gêne, les axes oculaires n'étant point dérangés dans leurs rapports. Tel est le cas du jeune collégien dont j'ai parlé à l'article *Coupures de la cornée* (voyez page 307). Il en est de même assez souvent lorsque l'adhérence n'a compromis que le bord supérieur de la pupille, et c'est là un des avantages de la kératotomie supérieure ; pourtant la vision est un peu gênée en haut.

Si l'adhérence antérieure occupe le côté interne ou inférieur de la pupille, l'œil ne peut plus servir à la vision en même temps que son congénère ; presque toujours alors il en résulte un strabisme. La déviation du globe survient, le plus ordinairement, de même que dans les amauroses commençantes, dans les cataractes, dans les taches centrales de la cornée, etc.

Procédé pour détruire les adhérences antérieures. — Une fois établie, la synéchie antérieure persiste. Si elle est très étroite et placée du côté interne, on peut recourir à une opération fort simple qui consiste à introduire dans la chambre antérieure un petit instru-

ment en forme de canif pour diviser l'adhérence et rétablir la pupille du côté interne. La ponction est faite avec un couteau à cataracte ; le petit instrument en forme de canif qu'on introduit par l'ouverture est boutonné à sa pointe et doit être très mousse sur le dos ; au moyen de cette précaution, on ne blesse point inutilement la cornée à la face interne.

Pour réussir dans cette opération, on doit : 1° faire la ponction parallèlement aux fibres radiées de l'iris et, autant que possible, en face du point où les deux membranes sont en contact.

2° L'incision de la cornée doit être assez étendue pour permettre le jeu du petit couteau mousse que l'on peut remplacer quelquefois par un crochet.

3° L'humeur aqueuse ne doit pas s'échapper pendant l'incision pour maintenir un écartement convenable entre l'iris et la cornée.

Si l'adhérence partielle est placée au côté interne et assez large pour gêner la vue, on pourra la détruire en pratiquant l'opération décrite à l'article PUPILLE ARTIFICIELLE, sous le titre de *Déchirement* (voyez ce mot).

L'œil étant convenablement maintenu, on ponctionne la cornée à sa circonférence, en face de la base du triangle formé par les fibres radiées de l'iris, dont le sommet est représenté par l'adhérence ; puis on introduit une pince, on saisit les fibres adhérentes, on les déchire en ramenant l'instrument dans la plaie et on les excise au besoin.

Ce procédé laisse une pupille oblongue, communiquant largement avec la pupille naturelle, et rétablit parfaitement l'action simultanée des deux yeux, pourvu qu'on ose l'appliquer de bonne heure avant qu'une déviation du globe soit survenue.

Il y a *synéchie postérieure* lorsque l'iris est adhérent à la capsule ; elle est très grave ou fort légère, de même que l'adhérence à la cornée. Dans tel cas, la pupille sera complètement oblitérée par une fausse membrane ; dans tel autre, au contraire, elle sera à peine déformée.

Cette adhérence ne peut avoir lieu qu'après les seuls cas d'iritis simple ou compliquée ; des exsudations qui se forment à la marge pupillaire réunissent l'iris à la capsule dans un ou plusieurs points et empêchent les contractions de la pupille, du moins dans l'endroit où l'adhérence s'est formée.

La pupille prend alors des formes très irrégulières : tantôt c'est

un angle rentrant, tantôt c'est la forme inverse qu'elle présente sur un ou plusieurs endroits de sa marge.

Les adhérences entre l'iris et la capsule, lorsqu'elles sont peu nombreuses, ressemblent à de petits filaments brun noirâtre, attachés par leurs extrémités à l'une et à l'autre de ces membranes. Quelques-unes sont réunies, dans certains cas, par une bandelette fibro-albumineuse de même couleur.

Si toute la marge iridienne est devenue immobile, on voit, en dedans du cercle uvéen bordant la marge pupillaire, une traînée noirâtre et circulaire qui masque la pupille dans une étendue variable, et est formée par du pigmentum déposé sur la fausse membrane; quelquefois la pupille, absolument oblitérée par la tache noire, est immobile, et il est assez difficile, pour un œil peu exercé, de reconnaître si la tache est formée par le fond de l'œil, ou si, au contraire, elle siège sur la capsule. Nous nous occuperons tout particulièrement de cette tache à l'article *Cataracte pigmenteuse*.

Le traitement de l'adhérence postérieure de l'iris est plutôt préventif que curatif. Il consiste, pendant la durée d'une iritis, à éloigner l'iris du centre de la cristalloïde au moyen de préparations d'atropine ou de belladone.

Lorsque les adhérences sont encore récentes, elles peuvent être rompues quelquefois par ce moyen, mais alors une tache brune demeure sur la capsule et gêne la vision plus ou moins, en raison de sa largeur.

Les préparations mercurielles à l'intérieur, et en frictions autour de l'orbite, ont été recommandées comme antiplastiques; je doute que pendant la durée d'une iritis elles puissent être constamment efficaces sous ce point de vue. Néanmoins, comme elles produisent une dérivation énergique sur le canal digestif ou sur les gencives, il est bon de ne pas les négliger.

Lorsque les adhérences sont très nombreuses, on pourra améliorer la vision en prescrivant chaque jour des instillations d'atropine ou de belladone; si elles masquent entièrement la pupille, on pratiquera le *déchirement* de l'iris (voyez *Pupille artificielle*).

ARTICLE XVI.

OBLITÉRATION, OU ATRÉSIE DE LA PUPILLE.

L'oblitération complète ou incomplète de la pupille est consécutive d'une *synéchie antérieure* ou d'une *synéchie postérieure*; dans le premier cas, elle est la conséquence d'une ulcération ou d'une plaie de la cornée; dans le second, d'une inflammation de l'iris, qui s'est terminée par l'exsudation de fausses membranes sur la capsule. Ces fausses membranes sont tantôt d'une couleur blanche assez franche, tantôt jaunâtres, quelquefois tout à fait noires; dans ce dernier cas, du pigmentum uvéen a été arraché de la face postérieure de l'iris par la contraction incessante de la fibro-albumine.

L'iritis et l'ulcération de la cornée ne sont pas les seules causes de l'atrésie pupillaire; elle est quelquefois produite par l'organisation d'épanchements de sang, traumatiques ou non, dans les chambres de l'œil. C'est alors une sorte de cataracte qu'on a nommée *sanguinolente* (*cataracta cruenta*). Elle peut être encore occasionnée par les diverses opérations qu'on pratique sur l'œil.

L'occlusion de la pupille est fort rarement congénitale; Wrisberg et Rœmer en ont cependant vu des exemples. Dans ce cas, selon d'Ammon (1), « elle reconnaît pour cause une anomalie dans la métamorphose organique de l'œil et non une inflammation et une exsudation plastique, comme cela a été admis par plusieurs auteurs. » (Voyez Cornaz.) Je ne puis partager exclusivement cet avis, et je pense qu'elle est assez souvent le résultat d'inflammations qui se sont développées pendant la vie intra-utérine. Elle peut tenir aussi à la persistance partielle ou totale de la membrane pupillaire après la naissance.

L'occlusion de la pupille, non compliquée d'amaurose, permet au malade de distinguer le jour de la nuit. Si elle est la suite d'une procidence complète de l'iris dans sa marge, l'opération de la pupille artificielle peut seule rendre la vue au malade; il en est de même lorsque de fausses membranes épaisses se sont développées dans l'ouverture pupillaire. On pourrait à la rigueur, dans quelques cas de cette nature, déchirer les fausses membranes au moyen de

(1) D'Ammon, traduit par Szokalski, p. 135.