

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.

l'aiguille introduite par la sclérotique, mais il faut alors sacrifier le cristallin et presque toujours l'iritis se reproduit, et il se développe de fausses membranes nouvelles. J'ai vu plusieurs fois l'œil se prendre de phlegmon, à la suite d'opérations de cataracte par abaissement pratiquées dans ces conditions. C'est encore au déchirement de l'iris qu'il faut recourir en pareil cas.

Si l'occlusion tient à la persistance de la membrane pupillaire, ce qui est excessivement rare, cette membrane se déchire ordinairement, selon d'Ammon et Stœber (1), au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Quand elle est le résultat d'une inflammation de l'œil qui s'est développée pendant la vie fœtale, la pupille artificielle est la seule ressource.

Avant de se décider à pratiquer cette opération, on doit rechercher si l'iris est ou non malade, si des altérations graves existent dans les autres tissus de l'œil, si le cristallin et sa capsule sont transparents ou troubles, s'ils n'ont pas été enlevés par l'extraction ou par accident; on examinera de plus si la cornée est saine, si la sclérotique n'est point parcourue de vaisseaux variqueux ou de plaques bleuâtres comme dans la choroidite; on s'assurera que la rétine n'est pas malade; le globe sera enfin étudié dans son ensemble; on verra s'il a ou non augmenté de volume, comme dans l'hydrophthalmie; s'il ne serait pas plus petit et mou, comme dans l'atrophie, etc.; circonstances qui toutes devront nécessairement fixer le médecin sur l'utilité de l'opération et sur ses résultats probables.

## ARTICLE XVII.

### STAPHYLÔME DE L'IRIS.

(Hernie ancienne et complète de l'iris à travers la cornée détruite.)

On désigne sous ce nom une tumeur sphérique volumineuse, noirâtre, parcourue de vaisseaux rouge-brun, et formée par l'iris à travers une ulcération qui a détruit la cornée dans presque toute son étendue. Nous avons étudié sous le nom de *synéchiés* les hernies anciennes très limitées de l'iris à travers des ulcérations étroites de la cornée. (Voy. pages 290 et 486.)

(1) Stœber, *loc. cit.*, p. 282.

La plupart des auteurs confondent le staphylôme de l'iris avec celui de la cornée, quoique ces deux affections présentent des différences essentielles.

Le staphylôme de la cornée, lisse à sa surface, toujours d'un blanc bleuâtre, et recouvert de taches blanches et bleues transparentes, striées de vaisseaux rosés, forme entre les paupières une tumeur saillante, conique ou quelquefois sphérique.

Le staphylôme de l'iris, sphérique et d'un noir bleuâtre violacé, offre des inégalités très remarquables, dans lesquelles on reconnaît aisément à leur direction les fibres convergentes hypertrophiées de cette membrane. Le plus souvent, à la surface de cette dernière tumeur, on voit dans des enfoncements en forme de sillon, des plaques bleu-blanchâtre, ou plutôt des bandelettes, qui ne sont autre chose que de fausses membranes recouvrant des débris de cornée laissés par l'ulcération. La tumeur est toujours moins volumineuse lorsque ces brides existent. Il arrive quelquefois que, poussées au delà de leur extensibilité, les bandelettes se rompent, après s'être amincies peu à peu sous l'influence de la compression exercée par la tumeur; celle-ci acquiert alors un volume de plus en plus considérable, fait saillie entre les paupières et peut être prise facilement, si l'on n'y fait attention, pour une dégénérescence mélanique.

Lors même qu'elle est arrivée à son plus haut degré de développement, la tumeur offre toujours çà et là quelques plaques bleuâtres, vestiges de fausses membranes mal organisées.

Nous avons dit que des vaisseaux rouge brun, quelquefois assez nombreux, la sillonnent et se ramifient à sa surface.

Le staphylôme de l'iris ne peut se former que lorsque la cornée a été détruite presque jusqu'à sa circonférence; on le produit très aisément sur les animaux, en enlevant la cornée dans la plus grande partie de son étendue.

Dans le staphylôme de la cornée, cette membrane existe, sauf dans quelques points étroits; elle est ou amincie ou fortement épaissie, toujours largement allongée; le staphylôme iridien est à peine recouvert d'une couche fibro-albumineuse légère et transparente qui n'a rien de semblable à la cornée. L'iris est aminci, et le plus souvent difficile à trouver dans le staphylôme de la cornée, contre laquelle il est soudé en arrière. Il est, au contraire, énormément tuméfié lorsque, la cornée n'existant plus, il a fait proéminence et est devenu staphylomateux.

Le staphylôme complet de l'iris entraîne toujours la perte complète et incurable de la vision.

Une fois que cette maladie s'est développée, on ne peut espérer de la guérir que par l'ablation des parties malades, opération en tout point semblable à celles du staphylôme de la cornée. Il est bon cependant d'être prévenu que les parties saignent et se déchirent avec la plus grande facilité, circonstance qui rend l'opération assez difficile. L'érigne doit être remplacée par une érigne recourbée, maintenue sur un manche, et à plusieurs dents, en forme de fourchette. Lorsque ces quatre ou cinq dents sont engagées dans la tumeur, on enlève celle-ci au moyen du staphylotome ordinaire (voyez *Staphylôme de la cornée*, page 351), ou des ciseaux.

Le malade peut ensuite porter l'œil artificiel.

### ARTICLE XVIII.

#### MYDRIASIS.

*Influence des différents nerfs sur les mouvements de l'iris.* — Avant de décrire le mydriasis et le myosis, il nous semble indispensable d'exposer l'influence des différents nerfs sur les mouvements de l'iris (1).

L'iris reçoit les filets des quatre nerfs suivants : le moteur oculaire commun, le trijumeau, le grand sympathique et le pneumogastrique.

Ces nerfs s'anastomosent directement entre eux, et communiquent avec trois ganglions :

1<sup>o</sup> Le ganglion de Gasser, formé par la grosse racine du nerf de la cinquième paire, et quelques filets du grand sympathique ;

2<sup>o</sup> Le ganglion ophthalmique qui reçoit un filet du rameau nasal de la cinquième paire (racine longue), un du moteur oculaire commun (racine courte), et un du grand sympathique (racine molle) ;

3<sup>o</sup> Enfin, le cercle ciliaire qui est traversé par ceux des filets nerveux qui, procédant de ce dernier ganglion, sont destinés à

(1) Cette question a été parfaitement résumée dans un rapport fait à l'Académie de médecine de Belgique, par M. le docteur Hairion. (*Annal. d'oculist.*, 1855, t. XXXIII, p. 32.)

l'iris, et auquel aboutit un filet émané directement du rameau nasal.

Voilà pour l'appareil nerveux. Quant à l'appareil musculaire, il se compose de deux muscles : le constricteur, à fibres circulaires, véritable sphincter de la pupille, et le dilatateur, formé de fibres rayonnées, partant du constricteur pour s'insérer au point d'union de la sclérotique et de la cornée. Les mouvements de ces deux muscles peuvent être actifs ou passifs.

De nombreuses expériences, des vivisections et l'observation de faits pathologiques multipliés ont conduit les physiologistes à la connaissance des propriétés de chacun de ces nerfs et de l'action qu'ils exercent sur le diaphragme de l'œil. Voici un résumé succinct des résultats auxquels on est arrivé :

Le nerf moteur oculaire commun fournit au ganglion ophthalmique sa racine courte, laquelle communique aux nerfs ciliaires la faculté de mettre en action le muscle constricteur de la pupille ; il préside donc aux mouvements de resserrement de cette ouverture. A part quelques exceptions très rares, ces mouvements sont indépendants de la volonté.

Le filet céphalique du grand sympathique anime le muscle dilatateur de la pupille, et ce filet tire sa faculté motrice de la moelle épinière ; quant à la détermination de la portion de la moelle qui donne naissance à ce filet moteur, les auteurs ne sont nullement d'accord, et leurs expériences sont tellement peu concluantes que nous nous abstenons de les exposer.

La fonction du nerf trijumeau, quant à ce qui regarde l'appareil oculaire, est de départir à cet appareil la sensibilité générale. La racine ganglionnaire du nerf de la cinquième paire préside exclusivement à la sensibilité tactile des parties auxquelles ce nerf se distribue ; il n'influe en rien sur les mouvements de l'iris.

Quant au nerf pneumogastrique, les expériences de Valentin semblent prouver qu'il se distribue dans l'iris, qu'il anime, comme le grand sympathique, son muscle dilatateur, mais que la répartition de ces deux nerfs dans l'iris ne se fait pas également ; ainsi, le nerf vague se distribue à la partie supérieure, et le grand sympathique, à la partie inférieure.

Voilà pour les propriétés des nerfs de l'iris, étudiés isolément les uns des autres ; mais nous avons dit qu'ils s'anastomosent, et de là, des actions complexes, combinées. Ainsi, par exemple, si l'on irrite le filet de l'oculo-moteur commun mis à nu, la pu-

pupille se contracte ; si on le coupe, la pupille se dilate. C'est là une action simple ; mais le pneumogastrique et le grand sympathique s'anastomosent étroitement au cou ; ils se rendent au muscle dilateur ; si on les irrite, la pupille se dilate ; si on les coupe, elle se contracte, puisqu'ils ne peuvent plus faire équilibre au contracteur. Des états d'irritation de branches isolées du trijumeau peuvent se réfléchir tantôt sur les fibres des nerfs ciliaires provenant du grand sympathique, tantôt sur celles provenant de l'oculo-moteur commun, et alors en résultent tantôt la dilatation, tantôt le resserrement de la pupille. D'après cela, il est facile de comprendre que la contraction et la dilatation de la pupille peuvent dépendre aussi bien d'un état d'irritation que d'une paralysie.

Le jeu de la pupille ne dépend pas d'une action immédiate de la lumière sur l'iris, mais de cette action sur la rétine. L'irritation de la rétine se propage par les nerfs optiques au cerveau, puis à l'oculo-moteur qui détermine une contraction de la pupille en rapport avec l'intensité de la lumière et avec la susceptibilité de la rétine. Ceci explique comment, dans la paralysie de la rétine, la pupille reste large et immobile. Si, sur un animal, on coupe le nerf optique, la pupille se resserre au moment de la section, et se dilate ensuite d'une manière permanente ; que l'on irrite l'extrémité rétinienne du nerf coupé, la pupille reste immobile ; mais elle se resserre si l'on irrite l'extrémité cérébrale.

Étudions maintenant le mydriasis.

C'est une maladie dans laquelle la pupille demeure immobile et largement dilatée, que le malade dirige son œil sur la lumière ou sur un objet rapproché.

C. Canstatt, d'Ansbach, en admet quatre variétés :

- 1° La *mydriase idiopathique* du muscle oculo-moteur ;
- 2° La *mydriase sympathique* par névrose du nerf trijumeau ;
- 3° La *mydriase sympathique* du nerf optique, ou amaurotique ;
- 4° La *mydriase abdominale* ou mydriase du grand sympathique.

D'autres auteurs n'en admettent que deux variétés : l'*idiopathique* et la *symptomatique* : c'est la division que nous adopterons.

Nous ne faisons que noter la seconde forme ; la description qui suit s'applique tout entière à la première, c'est-à-dire à la mydriase idiopathique.

*Étiologie.* — La mydriase est congénitale ou accidentelle : la mydriase congénitale n'est pas très rare, on en trouve de nombreux cas dans les auteurs (Jæger, Guépin, d'Ammon, Plater, Lintz, Melchior de Copenhague, Fallot de Namur). La mydriase congénitale n'est le plus souvent qu'une difformité qui, selon Schon, est quelquefois héréditaire ; elle gêne rarement la vision ; elle disparaît quelquefois pour revenir bientôt, et cela sans aucune cause appréciable. « Je connais, dit M. Melchior, un homme de » trente-quatre ans, nommé A. L. . . . , qui a ordinairement la » mydriase de l'œil gauche, mais dont la pupille devient quelque- » fois aussi petite que la droite, sans qu'on en puisse découvrir la » raison ; la vue des deux yeux est toujours égale. »

La mydriase *accidentelle* est beaucoup plus fréquente. Parmi les causes qui la produisent le plus souvent, on doit noter les coups, les blessures ou les commotions violentes du cerveau.

Un coup léger porté sur la cornée ou sur la sclérotique suffit quelquefois pour occasionner ce phénomène, probablement par suite de l'action traumatique sur les nerfs ciliaires.

On sait que la mydriase accompagne certaines affections du cerveau ou de ses enveloppes ; elle vient à la suite d'empoisonnements, et peut aussi être amenée par l'action de quelques médicaments particuliers, comme la belladone. Waller et Budje ont expérimentalement démontré que la mydriase produite par la belladone provient de la paralysie du nerf de la troisième paire, et que le sympathique cervical y demeure étranger. Ils ont coupé et désorganisé ce dernier nerf, et l'action de la belladone sur la pupille est demeurée la même.

On voit presque toujours la mydriase suivre la paralysie de la troisième paire de nerfs.

L'habitude de travailler sur des objets petits et de couleur sombre, dans un lieu mal éclairé, paraît l'avoir produite quelquefois.

On observe la mydriase dans la choréïdite aiguë ou chronique, compliquée ou non d'iritis.

Elle se montre comme symptôme de l'amaurose, du glaucome et d'autres affections graves de l'œil.

Quelques auteurs pensent que la mydriase est due à l'engorgement des vaisseaux de l'iris. Cette opinion ne peut être admise que dans des cas très exceptionnels, l'engorgement sanguin de l'iris produisant naturellement la constriction pupillaire. Deshais-Gen-

dron (1) le regarde pourtant comme la cause la plus fréquente de cette affection, que M. Rognetta (2) rapporte sans motif plausible à un état hyposthénique des nombreuses artères de la substance iridienne.

**SYMPTÔMES ANATOMIQUES.** — La pupille du côté malade est plus ou moins largement dilatée, et demeure immobile, quel que soit le degré de la lumière qu'on fasse pénétrer subitement jusqu'à la rétine. Les mouvements de l'iris sain ne sont nullement répétés par l'iris malade, qui, le plus souvent, se retire uniformément vers le corps ciliaire, de sorte que la pupille conserve sa forme circulaire; dans d'autres cas, cette ouverture est plus ou moins allongée en un sens; quelquefois elle est dentelée sur ses bords. Ce serait une grave erreur de croire, comme le font quelques auteurs, que les inégalités de la pupille indiquent nécessairement une amaurose.

Le fond de l'œil est parfaitement noir, à moins qu'une cause directe et récente n'ait produit la maladie. Demours (3) a remarqué parfois un léger brouillard ou nuage, placé plus profondément que le cristallin, changeant de place selon les mouvements de l'œil, et qui dépendrait de la réflexion de quelques rayons lumineux. Cette particularité se voit surtout sur les individus âgés, chez qui les milieux réfringents prennent une teinte un peu ambrée.

**SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES.** — Lorsque la mydriase est récente, les malades sont éblouis à la lumière ordinaire; plus tard, ils s'habituent très bien à l'action du jour. Une femme que j'ai soignée pour un mydriasis double, datant de deux jours, et survenu après un coup porté sur le front, pouvait à peine se conduire, bien qu'elle pût lire à travers une carte percée d'un petit trou; huit jours après, cette sorte de photophobie avait disparu, et elle distinguait très bien tous les objets.

Si l'on place devant l'œil mydriatique une carte noircie et percée avec une épingle, les malades supportent fort bien la lumière et lisent aisément à une distance rapprochée: par ce moyen bien simple on diminue le nombre des rayons lumineux qui pénètrent

(1) Deshais-Gendron, *loc. cit.*, t. II, p. 281.

(2) Rognetta, *loc. cit.*, p. 536.

(3) Demours, *loc. cit.*, t. I, p. 437.

dans l'œil. En général, les mydriatiques voient mieux à une lumière modérée. Il est des cas pourtant dans lesquels l'introduction d'un grand nombre de rayons lumineux ne produit aucune gêne. Un jeune homme de dix-huit ans, passant dans le jardin des Tuileries, reçoit un marron sur l'œil droit; la pupille se dilate immédiatement, mais la vision n'est nullement troublée. La seule crainte que cet accident n'entraînât quelque conséquence fâcheuse l'avait conduit vers moi, car il n'éprouvait aucune gêne.

La mydriase entraîne avec elle encore, mais exceptionnellement, le singulier phénomène de rapetisser les objets perçus par l'œil. M. Warlomont a signalé le premier, je crois, ce symptôme qui effraie beaucoup quelques malades. (*Voyez Annales d'oculistique*, t. XXIX, p. 277.)

**TERMINAISONS.** — Le mydriasis se guérit ou persiste. Rarement il est suivi de l'amaurose; si cela arrive, il n'est que le résultat d'une affection grave de l'œil, et en quelque sorte un symptôme.

**PRONOSTIC.** — Il est favorable dans la mydriase accidentelle, lorsque les autres membranes de l'œil n'ont pas souffert; il est grave si cette complication existe. La mydriase congénitale est incurable; mais les malades dont les yeux sont d'ailleurs bien conformés conservent une vue assez bonne. Lorsque la mydriase accidentelle, indépendante d'une affection cérébrale, persiste, les malades, fort gênés d'abord, sont peu à peu dans de meilleures conditions et finissent généralement par voir presque aussi bien qu'avant l'apparition de la maladie. Les lectures ou les travaux dans lesquels les yeux sont toujours appliqués, les fatiguent un peu plus tôt que les autres; rarement ils deviennent amblyopiques. Doit-on trouver dans cette accommodation une modification dans les contractions du muscle ciliaire, du muscle suspenseur du cristallin et des autres muscles de l'œil? Cela est bien probable.

**TRAITEMENT.** — Les médications les plus variées ont été employées sans succès contre la mydriase idiopathique. Les saignées, les mercuriaux, les purgatifs à haute dose, ont échoué le plus souvent dans mes mains.

Un fait que j'ai observé à ma clinique semblerait cependant indiquer que les dérivations sur le canal intestinal doivent être utiles dans quelques cas. Une femme de cinquante ans environ

tombe de 5 ou 6 mètres de haut; sa tête ne porte point, et elle ne reçoit que quelques contusions sur le dos. Ses jambes sont affaiblies; elle éprouve des fourmillements dans les pieds et dans les mains; elle souffre de la tête. Ses deux pupilles sont légèrement dilatées; elle est éblouie et ne peut se conduire seule. Elle ne voit pas à l'œil nu les lettres d'un livre à la distance de 2 à 3 pieds; elle lit facilement à 15 pouces avec les lunettes à mydriasis, ou au travers d'un petit trou percé dans une carte. Je prescris des sangsues à l'anus et des purgatifs. Trois jours après, elle revient guérie du mydriasis et des autres accidents qu'avait produits sa chute; elle n'a rien fait pourtant de ce que je lui ai ordonné, ayant été prise en rentrant chez elle d'un malaise général, bientôt suivi de selles si nombreuses, qu'elle en a compté dix-sept en quelques heures. Je ne pus connaître la cause de cette diarrhée, que la malade rapportait à l'émotion qu'elle avait éprouvée lorsqu'elle s'était trouvée à ma clinique devant plusieurs médecins.

On a vanté la cautérisation de la conjonctive, de la cornée ou du front, selon la méthode de M. Serres et de Sanson; je l'ai vue suivie d'un résultat satisfaisant; au moment de l'application directe du caustique sur la cornée, la pupille se resserre; malheureusement elle ne tarde pas à reprendre le plus souvent son diamètre ordinaire. Dans quelques cas de mydriase récente, j'ai obtenu d'excellents effets de l'application du crayon de sulfate de cuivre sur la conjonctive et sur la cornée. J'ai guéri ainsi la fille d'un médecin de Paris, professeur du Val-de-Grâce. Les lotions vinaigrées, l'infusion de tabac sur l'œil (Demours), le seigle ergoté (Kochanowski, *Annales d'oculistique*, t. I, col. 58), etc., ne réussissent pas mieux que les moyens dont nous avons parlé plus haut. L'électricité peut rendre quelques services.

Lorsque la mydriase est récente et qu'elle semble être le résultat direct ou indirect d'une commotion de l'œil, on a recours à la saignée générale ou locale et aux purgatifs, moins dans le but de faire disparaître la maladie de l'iris, que pour prévenir des accidents plus graves du côté de la vision. Le malade est tenu dans une obscurité modérée, si la lumière lui est incommode; mais on a soin de l'y habituer progressivement. S'il est indispensable qu'immédiatement il lise ou écrive seulement un instant, on se servira de lunettes sur lesquelles on aura collé un rond de papier noir, percé au centre d'un petit trou, correspondant au milieu de la pupille. On éloignera de l'œil tous les irritants, tout ce qui

pourrait le faire rougir, parce que le plus souvent le mydriasis idiopathique se guérit par ces seules précautions, et que d'un autre côté, il résiste à tous les moyens qu'on emploie. On n'oubliera pas que peu à peu l'œil s'habitue à la dilatation de la pupille, et qu'elle finit par n'occasionner qu'une gêne très supportable. Une actrice célèbre du Théâtre-Français, mademoiselle D... est dans ce cas depuis plusieurs années.

Lorsque le mydriasis est déjà ancien, que la pupille commence à se contracter, je recommande au malade de cligner avec force, le plus souvent possible, de l'œil malade, et de s'exercer à voir un objet de petit volume (la tête d'une épingle) qu'il a soin de placer à la gauche et près du nez si l'œil droit est malade, et réciproquement. On obtient ainsi peu à peu des contractions plus énergiques du muscle constricteur de l'iris, et un rétablissement plus rapide. Cet exercice orthophtalmique peut être encore plus complet, si le malade se place alternativement en face d'une lumière éclatante pendant quelques secondes, puis tout aussitôt dans l'obscurité. Je me sers pour cela d'une lampe à réflecteur, placée sur une table et séparée du malade par un écran de carton noir, percé de petits trous. Le patient passe rapidement l'œil devant ces petites ouvertures qui doivent être séparées les unes des autres par une distance de 1 à 2 pouces au plus.

La première idée de cet appareil, ou d'un appareil semblable, appartient à M. Gensoul de Lyon, qui l'a appliqué avec succès dans quelques anesthésies de la rétine.

## ARTICLE XIX.

### MYOSIS, OU RÉTRÉCISSEMENT DE LA PUPILLE.

Le resserrement de la pupille est un phénomène qu'on observe très fréquemment. Dans toutes les inflammations des membranes oculaires, et plus particulièrement dans la kératite et l'iritis, on voit par moments l'iris s'étendre, et la pupille diminuer promptement d'étendue et devenir immobile. On croit que le myosis est dû quelquefois à l'habitude de regarder de petits objets fortement éclairés. On le voit accompagner certaines affections du cerveau. Il disparaît parfois pendant quelques instants pour se montrer après de nouveau (*hippus*): cela s'observe plus particulièrement chez quelques sujets nerveux ou hypochondriaques, et chez les femmes

hystériques. C'est là une sorte de myosis actif, qui cède à l'influence du temps et d'un traitement bien dirigé contre l'affection dont il n'est que le symptôme.

Le myosis proprement dit se montre sous une forme toute passive; il est presque toujours le signe précurseur d'une amaurose incurable, et on le rapporte dans ce cas à une paralysie de l'iris. Il se présente alors à divers degrés, c'est-à-dire que la pupille immobile peut seulement être un peu moins ouverte qu'à l'état normal, ou si étroite qu'on n'y ferait pas passer une aiguille très fine. L'iris est partout de couleur normale; assez souvent son petit cercle est un peu élevé en avant, et forme un anneau complet. Ordinairement la vision a perdu de sa netteté en proportion du resserrement pupillaire; dans d'autres cas, elle est encore parfaite, et ce n'est que lorsque plus tard des symptômes amaurotiques très graves surviennent, que les malades voient trembloter les objets, qui leur apparaissent souvent couverts d'un voile sombre, etc.

Le *traitement* du myosis actif est celui de la maladie qui le produit; nous y renvoyons; quant à celui du myosis passif, il est au-dessus des ressources de l'art (Voy. *Amaurose*). La dilatation par la belladone n'est d'aucun secours.

## ARTICLE XX.

### TUMEURS DE L'IRIS.

I. **ABCÈS.** — Ces abcès sont rares: ils apparaissent pendant la durée de l'iritis, sous la forme de très petites tumeurs de couleur jaune, et se terminent par la résolution ou par la suppuration dans la chambre antérieure, c'est-à-dire par l'hypopyon.

II. **CONDYLOMES.** — Quelques-uns des abcès qui accompagnent l'iritis ont reçu le nom de *condylomes*; ils siègent de préférence sur le petit cercle de l'iris, quelquefois sur le grand, et sont d'un volume assez limité d'ordinaire, mais qui cependant peut aller jusqu'à remplir la chambre antérieure.

C'est surtout chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle qu'on observe ces tumeurs.

Bornées le plus souvent à la grosseur d'une tête d'épingle, et d'une couleur jaune rougeâtre, elles disparaissent assez fréquem-

ment par résolution sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique.

D'autres fois, au contraire, elles prennent, quoi qu'on fasse, un accroissement tel, qu'elles remplissent bientôt toute la chambre antérieure, et finissent par faire saillie dans le corps ciliaire, qu'elles soulèvent en traversant même quelquefois la sclérotique; mais alors il s'agit assurément d'une production d'une tout autre nature.

J'ai vu plusieurs cas de cette espèce, et j'en ai observé un très remarquable dans le service de M. Ricord. Lorsque la tumeur se développe à un si haut degré, on ne tarde pas à remarquer à sa surface des arborisations vasculaires, le plus souvent très considérables. Arrivée à ce point, elle ne disparaît plus.

Il faut bien se garder de croire que le condylome n'apparaisse absolument que chez des individus autrefois atteints d'affections vénériennes: j'en ai vu bon nombre chez des sujets sur lesquels il a été impossible de trouver aucune trace de maladie syphilitique. Chez les uns, le condylome, après avoir pris un volume très considérable, est demeuré stationnaire: il remplissait toute la chambre antérieure, et des bosselures se remarquaient à la surface de la sclérotique, au pourtour de la cornée. Chez d'autres, cette dernière membrane s'est rompue et l'œil a suppuré ou s'est atrophié. Assurément il reste quelque chose à faire pour distinguer ces tumeurs entre elles.

III. **PAPULES SYPHILITIQUES.** — Les papules syphilitiques se montrent en même temps qu'une éruption de syphilides sur la peau, ou quelque temps après. L'iris prend alors tous les caractères que nous avons indiqués en décrivant l'iritis syphilitique, et les tumeurs prennent ceux des condylomes que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent. Nous renvoyons donc à cet article pour compléter la description.

IV. **TUBERCULES.** — L'iris peut être le siège de tubercules. Les uns sont de nature syphilitique; il en est d'autres que j'ai vus plusieurs fois se développer chez des sujets atteints d'éléphantiasis des Grecs. En voici un exemple.

M. Manuel Péon, de Mérida (Mexique, province de Yucatan), jeune homme de dix-neuf ans, vient me consulter le 18 janvier 1852. Son corps est entièrement couvert de tubercules cutanés nouveaux; la plupart des articulations des doigts ankylosées ou