

on cherchera les causes de toute paralysie des muscles de l'œil. Nous renvoyons donc à leur tableau étiologique. Notons cependant la fréquence de la mydriase avec paralysie accommodative, dans la paralysie générale, dans la syphilis : très souvent aussi, il y a une cause toxique générale (diphthérie, etc.), ou portant sur le fonctionnement du tube digestif (intoxication par viandes gâtées, vers intestinaux, etc.). Nous avons publié l'observation d'une malade de l'Hôtel-Dieu sujette à une constipation opiniâtre, où l'empoisonnement stercoral était la cause évidente de la paralysie accommodative double (Panas). En présence de tels faits, on se gardera d'affirmer trop tôt une mydriase réflexe, en conservant les mêmes réserves que pour les paralysies réflexes. En dehors de toute étiologie nette, comme il arrive quelquefois, la mydriase paralytique est toujours d'un pronostic sérieux, au point de vue de l'éclosion ultérieure d'accidents cérébraux, et on doit surveiller de tels malades (1).

On examinera toujours le tonus de l'œil pour éliminer les cas de dilatation pupillaire liée au glaucome.

ANOMALIES CONGÉNITALES DE L'IRIS ET DE LA CHOROÏDE.

1° Anomalies de l'iris. — *a.* MEMBRANE PUPILLAIRE PERSISTANTE. — La membrane pupillaire qui existe pendant la vie fœtale, peut persister presque au complet et former un véritable treillis au-devant de la pupille, ou laisser seulement subsister quelques-uns de ses filaments, accompagnés ou non d'opacités cristalliniennes antérieures.

On distinguera ces filaments des synéchies iritiques (nous en avons vu plusieurs fois coexister) (fig. 51), en se rappelant qu'à l'inverse des synéchies, les débris de la membrane partent de la face antérieure de l'iris à la jonction du petit cercle et du grand cercle irien, à cause de l'origine embryonnaire, et non directement du bord pupillaire : ces filaments s'étirent et ne gênent pas la dilatation atropinique.

b. Le COLOBOME IRIEN, avec ou sans pont intermédiaire, presque toujours situé en bas, se distingue d'une iridectomie en ce que le sphincter longe le colobome presque en son entier, tandis qu'il est enlevé dans l'iridectomie. Un colobome de la choroïde, des cataractes partielles, un colobome cristallinien, l'accompagnent souvent.

La situation de la fente fœtale et ses dystrophies congénitales ont paru jouer un rôle dans la pathogénie de ces diverses déformations et lacunes, d'origine embryonnaire, et expliquer leur situation inférieure, mais cette théorie est difficilement applicable aux colobomes différemment situés.

(1) Consulter A. ROBIN, Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, thèse d'agrégation, 1880.

c. L'ECTOPIE pupillaire, le plus souvent en dedans et en bas. On sait du reste que chez un grand nombre de sujets, normaux, la pupille est décentrée (Foucher). L'ectopie du cristallin peut accompagner l'ectopie pupillaire.

d. La POLYCORIE (présence de plusieurs orifices pupillaires) a également été observée (fig. 52).

e. L'ANIRIDIE. — Il en est de même de l'absence totale de l'iris. On a constaté plusieurs fois (Meyer, Treacher Collins) concurremment

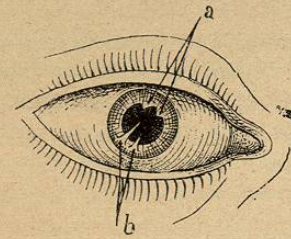


Fig. 51. — *a*, synéchies; *b*, débris de la membrane pupillaire.

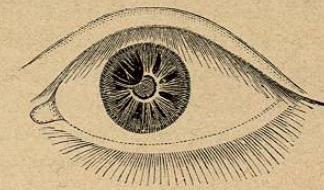


Fig. 52. — Polycorie.

l'évolution d'un glaucome, ce qui contrarie particulièrement la théorie du glaucome par occlusion simple de l'angle irien.

L'hérédité joue un rôle assez grand pour que Despagnet ait pu signaler trente-deux colobomes iriens dans la même famille.

D'autres anomalies congénitales de la face et du reste du corps s'y joignent quelquefois. De plus, l'œil est atteint de vices de réfraction, surtout de myopie et d'astigmatisme. Fuchs explique par des tiraillements et un décollement final de la rétine enclavée au niveau du colobome, la cataracte qui se développe tardivement chez les sujets atteints de colobome irien. Il la considère dès lors comme compliquée et inopérable. De même, l'iridectomie ne serait appliquée à la membrane pupillaire que si elle était assez développée pour obstruer la pupille, et si d'autres lésions cristalliniennes, rétiniennes et visuelles, ne contre-indiquaient pas une intervention quelconque.

f. L'HÉTÉROCHROMIE. — Les deux yeux peuvent avoir une couleur différente (yeux vairons). On y a observé aussi des dessins spéciaux, simulant des chiffres. (Deneffe, Van Duyse.)

2° Colobomes de la choroïde. — Les lacunes congénitales de la choroïde s'accompagnent ordinairement de colobomes iriens et de colobome du nerf optique, quelquefois même d'échancrures cristalliniennes. Dans des cas plus rares, la lacune congénitale de la choroïde existe seule. Elle procède de la même pathogénie que le colobome du nerf optique, dont elle occupe en général la situation inférieure.

A côté de ces vices de conformation, nous mentionnerons comme anomalies d'ensemble du globe de l'œil :

L'*anophtalmie* qui n'est presque toujours que de la cryptophtalmie avec vestiges de l'œil (1) et qui peut exister chez plusieurs enfants de la même famille.

La *cyclopie*, avec fusion des orbites et prolongement *proboscidien* au-dessus de l'œil unique.

La *microphthalmie* coexiste quelquefois avec des kystes séreux, d'origine congénitale. (Voy. ORBITE.)

La *mégalophthalmie*, c'est-à-dire l'hydrophtalmie, a pu être observée à la naissance.

L'*albinisme* est caractérisé par le manque du pigment oculaire, comme chez le lapin blanc, par exemple : il peut même exister chez le nègre. Le nystagmus, des anomalies de la réfraction, et une faiblesse incurable de l'acuité visuelle, coexistent avec cette lésion, que le port de verres fumés rend à peine tolérable.

Opérations pratiquées sur l'iris.

On pratique sur l'iris :

1° Le *détachement* des synéchies (libération de la pupille ou *coré-lysis*) ou leur *section* (*synéchetomie*) ;

2° La *section* simple de l'iris (iridotomie), combinée ou non avec la section de la capsule cristallinienne (irido-capsulotomie), avec la section de la sclérotique (irido-sclérotomie), avec des excisions iriennes (irito-ectomie) ;

3° L'*arrachement de l'iris* (iridorrhexis, irido-dialyse) ;

4° L'*excision d'une partie de l'iris* (iridectomie) par plaie cornéenne ou par plaie sclérale (scléro-iridectomie).

Détachement et section des synéchies. — On a quelquefois admis que les synéchies jouaient un rôle dans les récurrences ultérieures des irido-cyclites, et que le tiraillement continu de la portion adhérente provoquait des lésions névralgiques ou glaucomateuses. Il est aujourd'hui démontré que la section des synéchies et l'excision d'un lambeau irien, souvent utiles, n'empêchent pas toujours les récurrences des iritis : c'est avant tout la cause générale (syphilis, rhumatisme, etc.) qui est la vraie raison de la rechute ou de la récurrence, tout comme elle avait été le motif de la première attaque. Il ne faut donc pas exagérer le danger plus ou moins réel de la persistance d'une ou plusieurs synéchies iriennes.

Le détachement des synéchies iriennes nécessite une opération différente, suivant qu'il s'agit de synéchies *antérieures* (cornéennes) ou de synéchies *postérieures* (cristalliniennes).

(1) HOCQUART, *Arch. d'opht.*, 1880. — Pour toutes les anomalies congénitales et leur pathogénie, consulter, outre les Atlas d'ophtalmoscopie et les grands Traités, la thèse d'agrégation du Dr Picqué, *Anomalies congénitales du globe de l'œil*. Paris, 1886. — VAN DUYSSE, *Arch. d'opht.*, 1896. — JEANNULATOS, thèse de Paris, 1896.

Dans le second cas après Wenzel (cataractes adhérentes), Streatfield, Weber, ont proposé de faire pénétrer au-dessous de la synéchie une sorte de crochet mousse à tranchant concave destiné à sectionner la synéchie à son point d'adhérence cristallinienne. Nous croyons cette conception dangereuse destinée à être rejetée d'une façon définitive. Se livrer directement au niveau d'un cristallin *transparent* à des tentatives de détachement d'une synéchie, à une sorte d'« échennillage », que l'on nous passe l'expression, est une opération hasardeuse, dont le principal résultat peut être, quelque expérience et quelque dextérité que possède l'opérateur, d'ajouter une cataracte traumatique aux lésions préexistantes.

Le seul procédé logique est dû à Passavant, qui a proposé d'entrer dans la chambre antérieure après une simple paracentèse à la pique, et de détacher la synéchie avec une pince à iris : c'est, en somme, le premier temps de l'iridectomie. On pratique ensuite l'atropinisation, pour empêcher autant que possible la synéchie d'adhérer de nouveau.

Si le cristallin est cataracté, une ou plusieurs iridectomies préparatoires sont à recommander : le détachement de la synéchie avec le kystitome n'est justifié que s'il y a très peu d'adhérences.

Quand il y a une synéchie antérieure, irido-cornéenne, on pourra pratiquer des synéchetomies avec le couteau de Graefe introduit en arrière de la synéchie que l'on sectionne sur le couteau en même temps qu'il termine l'ouverture cornéenne ; d'autres fois, si la synéchie est peu importante, le détachement à la pince par le procédé de Passavant pourra suffire. Enfin on a proposé à diverses reprises (Galezowski et d'autres), d'aller, *une fois la chambre antérieure ouverte*, sectionner la synéchie avec un crochet tranchant. Mais cette opération, la chambre antérieure étant vide et le cristallin appliqué contre la cornée, est particulièrement dangereuse, et l'on doit donner la préférence à une iridectomie pratiquée au niveau de la synéchie. Dans les synéchies cornéennes des leucomes adhérents, cette iridectomie, antiphlogistique, antiglaucomateuse, aura également un effet optique. Elle devra, quelquefois, précéder le tatouage du leucome. (Voyez CORNÉE.)

Quoi qu'il en soit, postérieure ou antérieure, la synéchetomie reste une opération d'exception, comparée à l'iridectomie.

Iridotomie. — La simple section de l'iris, destinée à provoquer une boutonnière définitive permettant la vision, a été proposée par Woolhouse et exécutée par Cheselden (1728) pour remédier aux suites des réocclusions pupillaires à la suite de l'abaissement du cristallin. L'opération était faite avec une faucille et l'ouverture faite dans la sclérotique, à peu près au niveau de celle que l'on pratiquait pour l'abaissement de la lentille. D'autres opérateurs, frappés des difficultés et des suites graves de l'opération dans une région que la présence immédiate du corps ciliaire et de l'humeur vitrée rendaient

dangereuse, proposèrent l'opération au niveau du limbe cornéen (Sharp, Heuermann). Mais bientôt une importante modification fut apportée au manuel opératoire. Janin proposa et employa des ciseaux qui, introduits par une étroite plaie cornéenne, sectionnaient l'iris, comme on sectionne une feuille de papier, après avoir fait un trou avec la branche pointue des ciseaux. La rétraction musculaire des fibres iriennes coupées, autant que possible, perpendiculairement, ouvre la boutonnière. Janin rapporte (1) une série de cas, opérés de la sorte, avec un succès définitif, et l'on peut dire que cet auteur, qui nous a laissé aussi de nombreuses observations d'extraction de la cataracte secondaire, a créé l'iridotomie moderne. Maunoir ajouta à son procédé un coup de ciseau de plus, circonscrivant un V irien qui se rétracte progressivement.

Ces procédés tombèrent dans un discrédit relatif et, si nous lisons l'ouvrage de Desmarres père, nous voyons que l'iridotomie était remplacée par des iridectomies ou des iridorrhaxis. Cependant de Graefe et quelques opérateurs continuèrent à s'en tenir au procédé de la faucille.

C'est avec Bowman que commencent les tentatives d'iridotomie, alors que le cristallin entier est en place, pour former une pupille artificielle pour une tache cornéenne ou une cataracte partielle telle que la cataracte zonulaire, la simple section de l'iris donnant la pupille la plus étroite, la plus optique (sténopéique). Il pratiquait l'opération avec un couteau mousse qui, introduit entre le cristallin et l'iris, devait sectionner cette membrane par son tranchant tourné du côté de la cornée.

De Wecker (2) retira de l'oubli la méthode de Janin, et lui rendit la place définitive qu'elle mérite, grâce à l'emploi de ses pincis-ciseaux.

La dernière modification apportée à la technique de l'iridotomie est due à de Vincentiis et à Schöler (3), qui, en présence des dangers extrêmes de l'iridotomie, lorsque le cristallin est en place, attirent l'iris au dehors avec une pince et font alors une simple section, sans aucune excision, soit avec la pince-ciseaux, soit avec le couteau de Graefe. On replace ensuite dans la chambre antérieure l'iris fendu. M. Lagrange a repris récemment ce procédé, qu'il appelle iritomie à ciel ouvert. Le nom d'iritomie *précornéenne*, que lui avait donné Schöler, nous semble plus explicite.

Schiferli et Chavernac ont fait, au cours de l'extraction de la cataracte, une simple section (*sphinctérotomie*) du sphincter irien.

Quoi qu'il en soit, deux cas sont à considérer, au point de vue de la technique et des indications opératoires.

(1) JANIN, Observations sur les yeux. Lyon, 1772.

(2) DE WECKER, De l'iridotomie (*Ann. d'ocul.*, 1873).

(3) SCHÖLER et DE VINCENTIIS, *Revue gén. d'ophl.*, 1896.

1° *Le cristallin est en place* et il s'agit de créer une pupille optique, pour une opacité centrale ou zonulaire du cristallin, ou pour une tache cornéenne centrale. On pourrait aussi, dans ces cas-là, recourir à l'iridectomie *extrasphinctérienne* (opération de Pope), mais son exécution est incertaine.

D'autre part, l'iridotomie dans la chambre antérieure vidée est une opération qui, en frôlant le cristallin, provoquera le plus souvent une cataracte traumatique. L'iridotomie extracornéenne remet en place un iris tiraillé, dont certaines parties peuvent se ressouder ou s'enclaver.

Une iridectomie très étroite ne saurait entraîner des troubles de diffusion notablement plus accentués, et c'est à elle qu'il faudra systématiquement recourir.

2° *Le cristallin a été extrait* et il reste une occlusion pupillaire par iritis consécutive. Dans ce cas, il vaut mieux abandonner le procédé à la faucille. De même que dans la dissection de la cataracte secondaire, l'aiguille pénètre assez profondément dans le corps vitré, de plus les sections irido-capsulaires ne sont pas nettes. On pratiquera donc, avec la pince-ciseaux de Wecker, la boutonnière irienne : de cette façon, on touche à peine la partie antérieure du corps vitré et on a une section irienne nette et aussi étendue que l'on veut.

Quand la cataracte secondaire n'est pas adhérente, on pratiquera, au contraire, soit la dissection au kystitome, soit l'extraction de la membrane, suivant son degré d'épaisseur.

L'iridotomie usuelle s'exécute de la manière suivante. La fixation des paupières et de l'œil obtenue par le blépharostat et la pince, on pratique une incision à la *pique* au niveau du limbe cornéen au point opposé à l'entrée du couteau : quant à nous, nous la plaçons ordinairement à la partie externe de la cornée, ce qui permet de donner commodément le coup de ciseaux horizontal dans la direction qui est le plus souvent indiquée. Dans les cas nécessitant un coup de ciseaux vertical ou oblique, on placera différemment l'incision cornéenne : mais il est préférable que la section coupe *perpendiculairement* les fibres iriennes adhérentes, d'où l'incision sur le diamètre horizontal dans la cataracte secondaire adhérente, la première opération ayant en général été faite en haut ou en bas.

Une fois l'incision faite, on introduit la pince-ciseaux à *branche pointue*. Cette branche pointue perce l'iris, et il ne reste plus qu'à donner un coup sec, pour voir s'ouvrir une admirable pupille noire, qui peut même devenir ronde, si la section a été médiane et peu étendue. La perte de corps vitré, s'il a sa consistance normale, est nulle ou insignifiante.

L'opération doit être faite tardivement, lorsque tout phénomène inflammatoire est tombé, que l'œil est *blanc* : faite plus tôt, elle réveille une iritis latente et la nouvelle pupille se rebouche.

Nous avons observé, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, un seul cas de glaucome consécutif. Le plus souvent la guérison définitive a lieu en quatre à cinq jours.

Il existe deux combinaisons de l'iridotomie qui, dans des cas exceptionnels, peuvent rendre quelques services.

1° IRIDO-SCLÉROTOMIE (1). — M. Panas pratique, dans les cas où la chambre antérieure est entièrement disparue, une sclérotomie, mais, en retirant le couteau, il dirige le tranchant en avant et sectionne l'iris contre la cornée: il en résulte une petite brèche irienne périphérique (fig. 53) qui suffit généralement à rétablir la chambre antérieure et qui peut permettre plus tard



Fig. 53. — Irido-sclérotomie.

une large iridectomie classique. Notre couteau courbe (Voy. *Cataracte*) facilite l'*irido-sclérotomie*.

2° IRITO-ECTOMIE. — On donne deux coups de ciseaux circonscrivant un triangle d'iris que l'on saisit avec des pinces et que l'on enlève (de Wecker, Abadie). Ces opérations, de forme et d'exécution assez variées, sont indiquées, si la section simple a échoué.

Arrachement de l'iris (*Iridorrhexis, irido-dialyse*). — Les procédés d'arrachement de l'iris à sa base (Assalini) avec des pinces et des crochets ont eu une grande vogue au commencement et au milieu de ce siècle.

Actuellement, ces divers procédés sont complètement abandonnés et remplacés par les divers modes d'iridotomie et d'iridectomie. On trouvera néanmoins avantage, dans deux cas, à *arracher* la base de l'iris, *au cours d'une iridectomie*, après avoir donné un premier coup de ciseaux détachant un petit pli irien saisi par la pince à griffes. Le premier cas est celui de leucomes presque complets de la cornée, laissant à peine une bande étroite de tissu transparent; le second est le cas de glaucome. Dans ces deux cas, en effet, il s'agit d'arracher, si l'on peut, la base de l'iris à son insertion.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'*iridencleisis* (Adams), enclavement volontaire de la base de l'iris: la pupille ovale ainsi obtenue remplissait le rôle et les indications de la sphinctérectomie, mais les dangers réels de l'opération (ophtalmie sympathique) ont fait rapidement abandonner ce procédé.

Iridectomie. — Les excisions iriennes nées de la constatation de l'heureuse influence visuelle des irido-dialyses spontanées auraient été proposées par Reichenbach, qui avait même recommandé une sorte d'emporte-pièce. Cependant Daviel lui-même eut l'occasion de combiner l'iridectomie à l'extraction de la cataracte.

Janin l'aurait également pratiquée fortuitement en excisant un lambeau d'iris hernié au cours d'une opération.

(1) Voy. PANAS et ABADIE, *Arch. d'opht.*, 1884.

Wenzel paraît être le premier qui ait systématiquement proposé l'iridectomie dans l'opération de la cataracte adhérente. Il chargeait une partie de l'iris sur son couteau, et détachait ensuite le lambeau soit avec le couteau, soit avec les ciseaux de Daviel.

C'est également lui qui a décrit le procédé d'iridectomie dont nous nous servons encore aujourd'hui (1).

C'est donc contre toute exactitude que l'on attribue cette opération à Schmidt et à Beer, qui, il est vrai, ont considérablement contribué à sa vulgarisation, de même que Desmarres et de Graefe.

L'iridectomie n'a pas subi de notables modifications, depuis ces derniers opérateurs. Contrairement néanmoins à ce que l'on pourrait croire, il y a encore de notables divergences sur l'emplacement, l'étendue et la forme à donner à la section irienne, de même que sur les instruments nécessaires pour l'effectuer.

1° INSTRUMENTS NÉCESSAIRES. — Pour pratiquer l'ouverture de la chambre antérieure, on a le choix entre la pique et le couteau étroit. Il faut se garder de vouloir (Monoyer, de Wecker) remplacer systématiquement l'un par l'autre: chaque instrument a ses indications précises.

On emploiera spécialement la *pique courbe sans arrêt* dans la plupart des iridectomies optiques et des iridectomies antiglaucmateuses. Dans les cas d'une iridectomie optique (cataracte zonulaire, taie de la cornée), il importe en effet de faire une plaie se cicatrisant le plus vite possible et entraînant le moindre astigmatisme post-opératoire. La plaie, très oblique de dehors en dedans, faite par la pique, se trouve dans ces conditions. Pour une iridectomie antiglaucmateuse, il importe avant tout de pénétrer dans la région *sclérale* du limbe et d'avoir une plaie avec peu de tendance à l'entre-bâillement. Avec la pique, on pénètre exactement à l'emplacement désiré: avec le couteau de Graefe, on voit bien où l'on entre, mais on ne sait pas toujours où l'on pourra ressortir vu les difficultés de toute nature qui accompagnent en général les opérations sur les glaucmateux, et, en tous cas, l'entre-bâillement de la plaie sera plus considérable et par conséquent plus dangereux.

Le seul cas, où aussi bien pour une iridectomie optique qu'antiglaucmateuse, on emploiera systématiquement un *étroit couteau*, c'est dans le cas de leucome adhérent, où la chambre antérieure est tellement peu profonde que seul un étroit couteau peut passer. Dans tous les autres cas, il est inférieur à la *pique bien aiguisée*; si l'on n'est pas sûr de l'excellence de sa pique, on sera obligé de recourir au couteau.

Dans les cas où il n'existe plus de chambre antérieure, Gayet a recommandé de faire la plaie, en entaillant la cornée avec un scarifi-

(1) L'édition de 1795 de la *Médecine opératoire* de Sabatier le prouve d'une façon irréfutable.

cateur; il dit avoir pu, par ce moyen, faire quelques iridectomies sans lui impraticables : on pourra aussi recourir à l'irido-sclérotomie.

Pour prendre l'iris sur le petit cercle, on se sert de *pincés* ou de *crochets*. Le crochet de Beer et celui de Tyrrel ont été longtemps employés. Ce dernier servira à charger et à sectionner le sphincter, s'il a persisté après l'excision irienne. En dehors de ce cas, les pincés sont préférables (pincés à griffes courbes, la pince à rotation de Liebreich, si la plaie est très étroite).

Pour l'excision, les pincés-ciseaux de Wecker ou de Dowel, ou à leur défaut, des ciseaux coudés, sont nécessaires.

Une spatule métallique réduira soigneusement les angles de la section irienne, pour éviter de petits, mais dangereux, pincements.

L'anesthésie se fera à la cocaïne, mais il faut reconnaître que l'iridectomie antiglaucomateuse est souvent assez douloureuse pour nécessiter le chloroforme.

2° EMBLEMMENT DE LA PLAIE. — On pratiquera la section au limbe, à la limite transparente, excepté dans les cas de leucome adhérent et de glaucome, où il faut placer l'emplacement à un millimètre environ de la partie transparente, dans la partie sclérale du limbe : plus on avancera la section dans la cornée, plus la pupille se trouvera étroite.

Pour l'iridectomie optique, c'est le segment inféro-interne de la cornée qu'on choisira, quand on aura le choix. Si la cornée n'a qu'une partie transparente, c'est ce point, où qu'il soit, qu'il faudra choisir. Dans les autres cas, c'est la partie supérieure pour diminuer l'aspect anormal et la diffusion lumineuse excessive de la nouvelle pupille.

On ne pratiquera l'iridectomie *inférieure* que si la pupille est totalement obstruée par des exsudats, ou dans quelques cas de cristallin luxé qu'il peut être quelquefois plus facile d'extraire par la partie inférieure.

Pour la pupille optique, on fera l'iridectomie aussi petite que possible (sphinctérectomie), en *flamme de bougie*, sectionnant le sphincter



Fig. 54. — Iridectomie au cours de l'extraction de la cataracte.



Fig. 55. — Iridectomie antiphlogistique.



Fig. 56. — Iridectomie antiglaucomateuse.

perpendiculairement à la circonférence cornéenne dès qu'il apparaît au dehors; il en sera de même avant l'extraction de la cataracte (fig. 54).

Pour la pupille dite antiphlogistique (iritis occlusive), des iridectomies en *trou de serrure* par section parallèle au limbe sont indiquées (fig. 55).

Dans le glaucome, l'iridectomie plus large, en *U* (fig. 56), sera l'opération de choix. (Voy. GLAUCOME.)

Pope avait proposé, à côté de l'iridectomie précédente (sphinctérienne ou totale), de faire l'iridectomie *extrasphinctérienne* en laissant le sphincter en place. L'incertitude du résultat, la réocclusion possible, et l'*inutilité de cette opération pour prévenir l'enclavement de l'iris après l'extraction de la cataracte*, laisseront probablement toujours l'iridectomie avec conservation du sphincter au nombre des opérations *involontaires*.

3° ACCIDENTS OPÉRATOIRES ET CONSÉCUTIFS. — On peut observer une hémorragie gênante que l'on chassera, autant que possible, en entre-bâillant la plaie. Quelquefois, dans les cas d'iris fortement adhérent, la rupture de la zonule, la subluxation et l'issue du corps vitré se produisent. La suppuration de la plaie est extraordinairement rare à cause de la petite étendue de la plaie et de l'éloignement du corps vitré. En général, quatre à cinq jours de pansement suffisent pour la guérison complète.

Même si l'on n'a pas touché directement le cristallin, l'ébranlement, lors d'un glaucome ou d'une ancienne iritis, peut déterminer l'opacification du cristallin; des cicatrices cystoïdes peuvent survenir, dans le glaucome.

Chez des diathésiques, une iritis complique exceptionnellement l'iridectomie. Enfin dans les cas d'adhérence totale, l'iris peut se doubler, laisser sa couche pigmentaire adhérer en entier au cristallin et neutraliser tout effet optique.

Mais, à côté des véritables accidents, il y a les *inconvenients* d'une iridectomie optique. Il faut bien savoir qu'à moins d'une très petite iridectomie, il y a alors une diffusion extrême des images. Hirschberg et Van Duyse (1) ont réalisé ingénieusement l'expérience suivante. Ils donnent deux photographies, l'une, faite avec un diaphragme rond, munie d'une taie figurée par un papier huilé, est relativement très nette, surtout si la taie a été opacifiée (effet optique et paradoxal du tatouage). Si l'on photographie au contraire avec un diaphragme échancré, en *iridectomie*, les images sont absolument troubles. C'est dire que, toutes les fois que la taie ne couvre qu'une partie de la pupille ou dans d'autres cas (cataracte zonulaire, synéchies, etc.), on ne fera l'iridectomie que si l'acuité visuelle est extrêmement basse, et si aucun moyen, optique ou chirurgical (tatouage), n'améliore la situation.

(1) VAN DUYSSE, *Arch. d'ophl.*, 1896.