

partie de l'éblouissement produit par la trop grande quantité de lumière qui pénètre dans l'œil ; ils disparaissent alors aussitôt que l'on fait regarder le malade à travers une petite ouverture circulaire sténopéique (fig 47). D'autres fois, ils sont dus à la paralysie simultanée de l'accommodation, car la paralysie du muscle ciliaire accompagne fréquemment celle du sphincter de l'iris. On reconnaît que ces troubles visuels sont produits par le défaut d'accommodation, à l'action des verres biconvexes qui les font disparaître.

Les détails de ces symptômes varient selon l'état de réfraction de l'œil atteint ; ils seront expliqués parmi les anomalies de la réfraction et de l'accommodation.

Le mydriasis n'existe souvent que d'un œil ; il est néanmoins très gênant pour le malade, parce que l'image rétinienne de l'œil atteint diffère de celle de l'autre œil par l'intensité de son éclairage.

Selon la cause qui le produit, le mydriasis survient plus ou moins rapidement, disparaît quelquefois spontanément, d'autres fois sous l'influence du traitement ; mais il peut aussi récidiver et même persister pendant toute la vie.

Le pronostic dépend également de la cause ; il est parfaitement favorable lorsque le traitement peut atteindre la circonstance étiologique, ou lorsqu'il n'existe aucun symptôme nerveux qui indique l'existence d'une lésion grave. Le pronostic est bien autrement sérieux lorsque le mydriasis est le symptôme d'une affection organique des centres nerveux.

*Étiologie.* — Le mydriasis peut résulter de l'emploi de l'atropine, dans un but de simulation. En dehors de ce cas, elle est due ou à une paralysie du sphincter de la pupille, ou à l'irritation du muscle dilatateur (absolument comme après l'emploi de l'atropine, dont nous décrirons l'action et son effet sur l'accommodation parmi les anomalies de cette fonction). Ces troubles fonctionnels des muscles de l'iris peuvent résulter : 1° d'une paralysie plus ou moins complète de la troisième paire, d'origine rhumatismale, syphilitique ou centrale ; 2° des causes irritantes qui agissent sur le grand sympathique ; par exemple dans les affections spinales, dans l'helminthiasis, l'hypochondrie, l'hystérie, comme prodrome de certaines mono-

manies (monomanie des grandeurs, *de Graefe*), et enfin passagèrement chez les personnes irritables, après des frayeurs, des troubles gastriques, etc.

On observe aussi le mydriasis comme un symptôme fréquent dans le courant d'affections cérébrales, telles que l'encéphalite, la méningite, l'hydrocéphale, etc.

Dans l'amaurose absolue, la dilatation de la pupille est due à l'insensibilité de la rétine à l'action de la lumière. On a vu encore le mydriasis persister après un emploi excessif de l'atropine dans des yeux dont l'iris était atrophié.

D'autres fois, il est dû à l'action directe de la pression d'une cataracte gonflée sur les fibres musculaires de l'iris, à une contusion générale de l'œil, ou enfin à une augmentation de la pression intra-oculaire agissant sur les nerfs ciliaires (glaucome).

C'est aussi dans ce dernier cas que le mydriasis peut n'atteindre qu'une partie du bord pupillaire, lorsque quelques branches ciliaires sont seules atteintes.

*Traitement.* — Il faut rechercher la cause, et si elle siège en dehors de l'œil, intervenir par les moyens appropriés. Localement, on obtient le rétrécissement de la pupille par les instillations de pilocarpine ou d'ésérine à la dose de 5 centigrammes pour 10 grammes d'eau. En même temps on emploiera le courant continu, soit en courtes séances renouvelées tous les deux jours, soit par l'application prolongée pendant la nuit d'un courant très faible (1 ou 2 éléments de Trouvé ou de Leclanché ; la plaque positive attachée par un bandeau sur les paupières, l'autre sur la nuque).

Il est très souvent utile d'exciter indirectement l'action du sphincter de la pupille par l'exercice de la vision sur des objets rapprochés, et par l'emploi méthodique des verres convexes, dont le choix et l'usage seront exposés avec le traitement des paralysies de l'accommodation.

Les cas dans lesquels le mydriasis a été guéri par l'emploi des mercuriaux et par l'iode de potassium s'expliquent par l'existence d'une diathèse syphilitique ou rhumatismale comme première cause de la paralysie de la troisième paire, et engagent à un examen attentif de l'état général des malades.

2. — **Myosis.**

Le myosis consiste dans un rétrécissement de la pupille, qui peut être réduite à la grandeur d'une tête d'épingle; il entre alors moins de lumière dans l'œil, les mages rétiniennees sont moins éclairées et la vision en souffre, surtout lorsque le jour baisse. Le myosis est presque sans influence sur l'étendue du champ visuel; par conséquent, il occasionne par lui-même peu de troubles de la vision; lorsqu'il en existe, ils doivent être attribués à d'autres altérations concomitantes.

Les causes de cette affection dépendent, tantôt d'une contraction spasmodique du sphincter de l'iris, ou d'une paralysie des fibres du muscle dilatateur. A la première cause, il faut attribuer le myosis produit : 1° par l'application continuelle des yeux sur les objets petits et brillants (chez les bijoutiers, horlogers, graveurs); ou 2° par l'action réflexe que les branches sensibles de la cinquième paire exercent sur le nerf moteur oculaire commun, ce qui explique le resserrement de la pupille dans les névralgies ciliaires, lorsqu'un corps étranger ou une autre cause irritante agit sur la cornée ou sur le sac conjonctival; 3° enfin, par l'irritation centrale de la troisième paire intra-crânienne (méningite au début, congestion de l'encéphale et de ses enveloppes par l'ivresse, l'opium, la nicotine, etc.).

La pilocarpine et l'ésérine produisent le myosis par une action directe sur les nerfs de l'iris, en sens contraire de l'action de l'atropine.

Le myosis dû à une paralysie des fibres du dilatateur dénonce une altération dans le grand sympathique, comme par exemple dans l'amaurose spinale qui accompagne l'ataxie locomotrice. Dans cette affection, le diamètre des pupilles contractées ne varie pas avec l'éclairage, mais continue à se modifier avec l'accommodation (*Robertson*). Le myosis a été signalé aussi à la suite de compression exercée sur la portion cervicale du grand sympathique, par une tumeur ou par un anévrysme.

Le traitement du myosis doit varier avec sa cause qui, nous venons de le voir, est souvent bien éloignée de l'œil. Comme

traitement local, il faut mentionner l'emploi de l'atropine; mais ce médicament n'agit que passagèrement et ne doit être considéré comme un moyen rationnel qu'en cas de spasme du sphincter de l'iris, contre lequel il faut l'employer alors d'une manière méthodique.

3. — **Hippus.**

Il est caractérisé par un changement incessant de la largeur de la pupille, qui se resserre et se dilate successivement, et cela d'une manière indépendante des causes physiologiques, comme la lumière, l'accommodation, etc.

On l'observe pendant la guérison des paralysies de la troisième paire (d'une façon analogue aux contractions irrégulières d'autres muscles pendant la période régressive des paralysies), à la suite d'albinisme, et le plus fréquemment accompagné de convulsions chroniques des muscles extrinsèques de l'œil, désignées sous le nom de *nystagmus*.

Le *tremblement de l'iris* (*iris tremulans*, *iridodonésis*) est un mouvement purement passif de la membrane, qui se produit pendant les mouvements du globe de l'œil toutes les fois que l'iris a perdu son appui naturel, la convexité antérieure du cristallin. Aussi peut-on observer ce tremblement sur une partie seulement de l'iris dans les cas de luxation incomplète du cristallin. Le plus souvent ce phénomène survient après l'extraction de la cataracte, après le déplacement complet du cristallin, soit à la suite de l'abaissement, ou d'un traumatisme, enfin lorsque le cristallin a sensiblement diminué de volume, par résorption partielle (dans les cataractes plus que mûres, ou après leur opération par discission).

On l'observe encore en cas d'hydrophtalmie antérieure, lorsque l'iris, par la distension des parties antérieures de l'œil, est tirillé latéralement et séparé du cristallin par une couche de liquide.

Contrairement à une opinion autrefois très répandue, il faut croire que la liquéfaction seule du corps vitré ne peut pas produire le tremblement de l'iris, car l'ophtalmoscope nous révèle beaucoup de cas de liquéfaction complète, sans que le cristallin et l'iris présentent des mouvements d'avant en arrière.

## ARTICLE VI.

## ANOMALIES CONGÉNITALES DE L'IRIS.

1° On observe sur l'iris des *anomalies de coloration*, en ce sens que l'iris d'un œil ne présente pas la même nuance que celui de l'autre côté (hétéroptalmie), sans qu'il en résulte le moindre trouble de la vision. Il faut se garder de confondre cet état avec la décoloration produite par une iritis. D'autres fois l'iris ne présente pas la même couleur dans toutes ses parties, et la différence de nuance peut exister dans un secteur de la membrane ou dans le petit cercle. Il faut, en outre, signaler les taches pigmentaires sur l'iris, variables dans leur nombre, leur grandeur et leur coloration, qui est, en général, très foncée. Toutes ces particularités sont sans signification pathologique.

2° Un autre genre d'anomalies congénitales consiste dans l'*irrégularité de la forme pupillaire*, qui se rapproche souvent de la forme ovale, et dans l'*ectopie* plus ou moins prononcée de la pupille. Dans la plupart des yeux d'ailleurs, le centre de la pupille ne se trouve pas exactement derrière le centre de la cornée, mais un peu plus en dedans, à l'endroit où passe l'axe visuel du globe, et dans ce cas le déplacement de la pupille peut passer tout à fait inaperçu. Mais la pupille peut se trouver très excentrique (ectopie), et en ce cas elle n'est séparée du bord adhérent de l'iris que par une bandelette étroite de cette membrane. Le cristallin peut avoir subi un déplacement analogue. La corectopie se rencontre souvent sur les deux yeux d'une manière symétrique et chez plusieurs personnes d'une même famille.

3° La *multiplicité des pupilles* (polycorie) est assez rare. Les pupilles anormales peuvent se trouver dans le voisinage de la pupille normale et séparées l'une de l'autre par des bandelettes étroites de tissu irien (probablement en rapport avec la

persistance de la membrane pupillaire). D'autres fois, il existe une ouverture complémentaire près du bord ciliaire (due probablement à une irido-dialyse congénitale), et dans ce cas les bords de la pupille ne sont pas mobiles. Généralement il ne résulte pas de trouble visuel de cette anomalie, qui peut donner lieu, cependant, à la diplopie.

4° La *persistance de la membrane pupillaire* est moins rare; celle-ci est généralement incomplète, en ce sens que l'on observe seulement un nombre plus ou moins grand de faisceaux très fins, qui partent du grand cercle de l'iris et traversent la pupille, où ils se réunissent en une plaque pigmentée située à la surface de la capsule. (Weber.)

Ils n'empêchent aucunement le jeu normal de la pupille et laissent aux rayons lumineux un passage suffisamment grand pour que la vision n'en soit pas altérée.

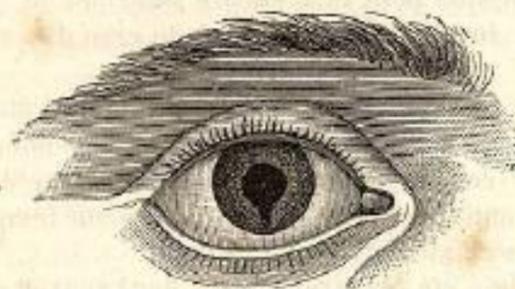


FIG. 48. — Coloboma incomplet de l'iris.

5° Le *coloboma de l'iris* consiste dans une fissure de cette membrane dirigée presque toujours en bas et en dedans. Elle peut diviser l'iris dans toute sa largeur (coloboma complet), ou s'arrêter à une certaine distance du bord ciliaire (*coloboma incomplet*). Dans ce dernier cas (fig. 48), les bords du coloboma se contractent parfois avec la pupille, quoique plus lentement.

La fissure de l'iris se prolonge souvent dans les procès ciliaires et dans la choroïde. D'autres fois, on constate en même temps qu'un coloboma de l'iris, la microptalmie, la cataracte congénitale, d'autres fissures qui auraient dû se fermer pendant la

vie intra-utérine (coloboma des paupières, bec-de-lièvre, fente de la voûte palatine, etc.). Le coloboma iridien peut exister sur un œil ou sur les deux; il a été signalé souvent chez plusieurs personnes de la même famille.

Lorsque l'iris est seul atteint, la vision est presque toujours normale; les cas d'amblyopie se rattachent aux complications que nous venons d'indiquer.

La cause du coloboma doit être attribuée à un arrêt de développement du globe de l'œil.

6° L'absence de l'iris (iridérémie) peut être complète ou incomplète; dans ce dernier cas, on trouve des lambeaux irréguliers du tissu de l'iris de grandeur variable, ou le petit cercle seulement manque à la membrane, ce qui donne l'aspect d'une pupille dilatée par l'atropine.

Lorsque l'iridérémie est complète, on voit le cristallin dans sa totalité, et l'œil a un aspect étrange; s'il survient alors une cataracte, la vision peut être encore assez bonne, par suite du passage de la lumière entre le bord du cristallin et les procès ciliaires.

En général, les malades ne souffrent que de l'éblouissement, et les troubles visuels plus considérables dépendent plutôt des complications (cornée globeuse, cataracte, microphthalmie, etc.).

Lorsque le muscle ciliaire manque en même temps que l'iris, l'accommodation fait entièrement défaut.

L'iridérémie a été observée sur les deux yeux et semble héréditaire dans quelques familles; elle doit être attribuée également à un arrêt de développement dans le globe de l'œil. En cas d'éblouissement, on peut ordonner au malade avec avantage l'usage des lunettes sténopéiques.

#### ARTICLE VII.

##### ANOMALIES DE LA FORME ET DU CONTENU DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

1° La profondeur de la chambre antérieure varie déjà à l'état normal considérablement, selon l'âge des personnes et selon

l'état de réfraction de leurs yeux. Elle est plus étroite chez les nouveau-nés et chez les vieillards que chez les adultes, plus profonde chez les myopes, dont le globe de l'œil est allongé que chez les hypermétropes.

A la suite d'états pathologiques, la chambre antérieure peut devenir *plus étroite* ou *plus profonde*. La première modification est due à l'aplatissement de la cornée (à la suite de rétraction cicatricielle) ou au refoulement de l'iris en avant, que celui-ci soit produit par des synéchies antérieures ou par des exsudations accumulées derrière l'iris atteint de synéchie postérieure totale. La partie périphérique de la chambre antérieure peut présenter alors plus de profondeur que la partie centrale, lorsque des fausses membranes qui se rattachent aux procès ciliaires exercent une traction dans le sens du grand cercle de l'iris. Enfin la chambre antérieure diminue notablement de profondeur, lorsqu'une augmentation de la pression intra-oculaire (glaucome) pousse le cristallin en avant vers la cornée, ou lorsque le cristallin lui-même, augmentant de volume par le ramollissement de sa substance corticale, rapproche l'iris de la cornée.

La chambre antérieure gagne de profondeur dans les cas de staphylome de la cornée, ou par la distension de la partie antérieure du globe de l'œil (hydrophthalmie), ou enfin lorsque le cristallin est déplacé dans l'œil ou en est sorti.

2° Le contenu de la chambre antérieure peut se trouver mélangé de sang, de pus, de corps étrangers, de substance cristallinienne, de tumeurs, cysticerques, etc.

L'épanchement de sang dans la chambre antérieure a été désigné sous le nom d'*hyphéma*. Lorsque la chambre antérieure en est entièrement remplie, nous en recevons un reflet uniformément rouge plus ou moins foncé et qui nous cache l'iris. Si l'épanchement n'occupe qu'une partie de la chambre, on peut en déplacer le niveau, généralement horizontal, par des mouvements de la tête, aussi longtemps que le sang est liquide. Au-dessus du sang, nous voyons une couche d'humeur aqueuse d'une teinte rose. La partie de l'iris qui reste visible paraît au début sous sa couleur normale, plus tard décolorée comme dans l'hyperhémie. La pupille est plutôt dilatée, par la pression que le sang exerce sur l'iris.

Les troubles visuels, toujours très considérables lorsque la chambre antérieure est remplie de sang, dépendent dans les épanchements partiels de la difficulté plus ou moins grande avec laquelle la lumière pénètre encore dans l'œil, et des causes auxquelles il faut attribuer l'épanchement.

Il est dû le plus souvent à une cause traumatique, contusion de l'œil, déchirement de l'iris, par des traumatismes ou après des opérations. Il se résorbe en général assez vite et sans autre traitement que l'emploi du bandeau compressif. Mais on observe aussi des hémorragies persistantes, ou qui se renouvellent quelquefois pendant une quinzaine, le caillot qui ferme le vaisseau déchiré de l'iris se détachant toujours de nouveau par l'action de l'humeur aqueuse. On reconnaît alors les nouveaux épanchements par l'aspect frais du sang, tandis que la résorption progressive laisse sur l'iris des dépôts de plaques rouges très foncées.

Lorsque la quantité du sang épanché est très considérable, et agit sur l'iris comme corps étranger, produisant des symptômes d'irritation (injection périkeratique, douleurs ciliaires, etc.), on sera obligé d'en débarrasser la chambre antérieure par une paracentèse pratiquée au bord inférieur de la cornée. Mais cette petite opération exige dans ce cas une grande précaution, car elle peut devenir la cause d'hémorragies nouvelles *ex vacuo*, émanant des vaisseaux déchirés par la lésion primitive. Il faut faire sortir le contenu de la chambre antérieure très lentement, et exercer en même temps à travers la paupière supérieure une légère compression du globe de l'œil, à l'aide des doigts.

Cette compression doit être continuée par un bandage compressif serré, appliqué immédiatement après l'évacuation de la chambre antérieure. Au bout d'un quart d'heure, on peut le desserrer progressivement et continuer l'application d'un bandeau ordinaire pendant plusieurs jours.

Une seconde cause d'hyphéma résulte de certaines inflammations internes de l'œil, telles que les irido-choroïdites chroniques, avec occlusion de la pupille et commencement d'atrophie du globe. Dans ces cas, les hémorragies peuvent se renouveler, et sont difficilement résorbées, à cause de l'absence d'une humeur aqueuse normale. La paracentèse est alors inutile, un bandeau compressif active la résorption; mais le traitement doit être dirigé surtout contre l'affection profonde de l'œil.

Il faut encore signaler des cas isolés d'hyphéma spontané à la suite de troubles de la circulation générale, en rapport avec la dysménorrhée, le purpura hemorrhagica, etc., et enfin des observations curieuses de malades pouvant à volonté produire un épanchement de sang dans la chambre antérieure. (*Weber, Mooren.*)

L'épanchement de lymphes plastique ou de pus dans la chambre antérieure désigné sous le nom d'*hypopyon*, est lié le plus souvent à des affections de la cornée (trois fois sur quatre), ou de l'iris, ou du corps ciliaire.

Nous en avons déjà exposé les symptômes et les particularités, à l'occasion de la kératite suppurative (voy. p. 130).

L'hypopyon ne constitue toujours qu'un symptôme; par conséquent, le traitement est intimement lié aux affections qui le produisent (paracentèse, iridectomie, compresses chaudes, bandeau compressif).

Des masses cristalliniennes peuvent tomber dans la chambre antérieure, à la suite d'une déchirure de la capsule du cristallin par une opération (discission de la cataracte) ou par un traumatisme. On a aussi observé des cas où le cristallin tout entier, chassé de sa position après déchirure du ligament suspenseur, au moment où la pupille était dilatée, est tombé dans la chambre antérieure (voy. plus loin *Luxation du cristallin*). Dans la plupart des cas, les masses cristalliniennes ne donnent lieu à aucun accident et sont résorbées rapidement. Il suffit de maintenir la pupille dilatée par de l'atropine. Le cristallin tout entier, tombé dans la chambre antérieure, exige parfois l'extraction à travers une plaie périphérique de la cornée.

Des corps étrangers peuvent pénétrer dans la chambre antérieure après avoir traversé la cornée; leur influence sur l'iris et la manière de les extraire ont déjà été traitées à propos de la cornée et de l'iris.

Des *cysticerques* ont été observés dans la chambre antérieure et plus de vingt cas de ce genre ont été publiés. On voit généralement apparaître les symptômes d'iritis circonscrite, puis un point blanchâtre qui s'accroît de plus en plus, enfin l'en-

tozoaire perce la membrane, et flotte dans l'humeur aqueuse ou s'attache à une partie de l'iris.

La chambre antérieure renferme alors une petite vésicule semi-transparente, jaunâtre, douée de mouvements onduleux, et faisant saillir de temps en temps un petit filament dont l'extrémité porte un renflement qui représente le cou et la tête du cysticerque (fig. 49). La présence de ce corps étranger produit souvent un trouble de l'humeur aqueuse et des symptômes d'iritis qui nécessitent son extraction à travers une plaie linéaire et périphérique de la cornée. Si la sortie du cysticerque était suivie

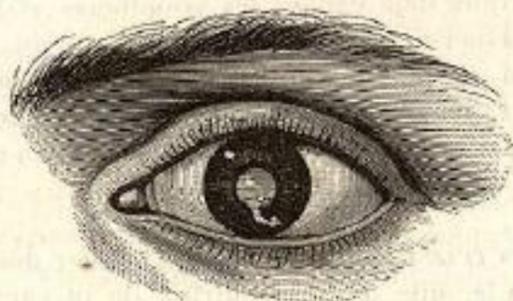


FIG. 49. — Cysticerque dans la chambre antérieure.

d'un prolapsus de l'iris que les manœuvres ordinaires ne réussissent pas à réduire, il est préférable d'en pratiquer l'excision.

#### ARTICLE VIII.

##### DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'IRIS.

###### 1. Iridectomie.

*Indications.* — L'iridectomie est pratiquée dans un double but : tantôt pour établir une pupille artificielle, tantôt contre certains états inflammatoires des membranes de l'œil. Dans un but *optique*, c'est-à-dire pour établir une pupille artificielle, on a pratiqué l'iridectomie dans les cas :

- 1° D'une taie centrale de la cornée ;
  - 2° D'occlusion de la pupille normale ;
  - 3° De cataracte capsulaire centrale stationnaire ;
  - 4° De cataracte zonulaire ou d'autres cataractes centrales stationnaires ;
  - 5° Dans certains cas de luxation du cristallin.
- Pour remplir l'indication *antiphlogistique*, l'iridectomie est employée :
- 1° Dans les affections glaucomateuses ;
  - 2° Dans une certaine catégorie d'affections de la cornée ;
  - 3° Dans les cas d'iritis ou d'irido-choroïdite accompagnées d'adhérences du bord pupillaire ;
  - 4° Dans le cas de synéchies postérieures totales, ou de synéchies multiples et larges que l'atropine ne parvient pas à déchirer.

Avant d'établir une pupille artificielle, il faudra toujours se rendre compte de l'état de la vision, et examiner si la faiblesse visuelle dépend uniquement des opacités que l'inspection directe de l'œil nous a fait connaître. Dans ce but il faut dilater la pupille, à l'aide de l'atropine, et mesurer l'acuité visuelle au moyen des échelles typographiques, en nous servant, pour éclairer notre diagnostic, d'appareils sténopéiques, ainsi que de verres en rapport avec l'état de la réfraction et de l'accommodation de l'œil. Lorsqu'il s'agit d'un leucoma adhérent qui ne nous permet pas de dilater la pupille, nous cherchons à nous rendre compte de l'état de la vision en constatant la distance à laquelle un point lumineux est encore reconnu comme tel. Il faudra aussi explorer le champ visuel à l'aide d'une lampe, pour éviter de pratiquer l'iridectomie dans des cas d'amaurose ou de décollement rétinien, où le malade n'a rien à gagner à l'opération (voy. p. 29).

Dans les yeux atteints de leucoma dès la première jeunesse, il existe souvent un certain degré d'insensibilité de la rétine. Lorsqu'on examine ces malades, on constate, en effet, qu'ils ne distinguent pas la clarté d'une lampe ordinaire, et surtout qu'ils n'indiquent pas avec exactitude la direction de la source lumineuse. Ils projettent souvent du côté temporal toutes les impressions lumineuses, de quelque part qu'elles viennent. C'est dans ces cas que la recherche des phosphènes est d'une grande importance. Il faut, en outre, prendre en considération le temps pendant lequel l'œil n'a plus fonctionné, et répéter à différentes reprises l'exploration de l'état visuel à l'aide de la lampe, ce qui contribue au réveil de la sensibilité rétinienne. On pourra opérer alors avec d'autant plus de confiance dans le résultat, que l'on connaît par expérience l'améli-

oration considérable de l'acuité visuelle, qu'on peut obtenir par des exercices méthodiques de la vision, aussitôt que les rayons lumineux peuvent arriver à la rétine, à travers la pupille artificielle.

Quant à la question s'il faut établir une pupille artificielle dans un œil lors même que l'autre voit distinctement, il faut y répondre affirmativement (*de Graefe*). Dans un certain nombre de cas, l'opération amène le rétablissement de la vision binoculaire normale, et si non, elle a l'avantage d'agrandir le champ visuel et d'augmenter l'énergie et l'acuité de la vision.

*Choix de l'emplacement de la pupille artificielle.*—Lorsqu'on exécute l'iridectomie dans un but optique, comme par exemple dans un cas de leucoma, il faut évidemment choisir l'endroit où la cornée présente les meilleures conditions de transparence en tenant compte de la présence de la zone demi-transparente, qui entoure les taches tout à fait opaques. Si l'opacité est centrale, et si la cornée a une égale transparence dans toute sa périphérie, on doit faire l'opération en dedans et un peu en bas, de sorte que la pupille artificielle occupe l'endroit où passe normalement la ligne visuelle. Si la partie interne de la cornée est occupée par une opacité, il faudra faire l'iridectomie en bas; en cas d'opacité cornéenne à cet endroit, il faudra la faire en dehors; et si la partie supérieure de la cornée seule est transparente, il faudra même se décider à la faire en haut, quoiqu'on s'expose à voir la pupille masquée en partie par la paupière supérieure.

Dans les cas d'occlusion de la pupille, de cataracte centrale, et lorsque la cornée est complètement transparente, nous choisirons toujours pour l'emplacement de la pupille artificielle la partie interne et inférieure de la cornée.

Si l'on fait l'opération sur les deux yeux, on placera, s'il est possible, les pupilles toujours du même côté, c'est-à-dire toutes deux en bas, toutes deux en dedans, etc.

Lorsque l'iridectomie est destinée à diminuer la pression intra-oculaire, ou dans les cas de synéchie postérieure totale, il est avantageux de la faire à la périphérie supérieure de la cornée, parce qu'elle est ainsi moins visible et cause moins d'éblouissement.

Cependant l'exécution de l'opération en haut présente un peu plus de difficulté, et un opérateur moins exercé préférera choisir la partie inférieure ou interne de la cornée. Le même choix est

aussi à conseiller quand la pusillanimité ou l'indocilité du malade rend l'usage du chloroforme nécessaire. La cornée a alors une très grande tendance à fuir en haut, et lorsque, à l'aide de pinces à fixation, nous l'attirons vers la partie inférieure de la fente palpébrale, nous nous exposons à la rupture de la zonule de Zinn. Ce danger existe principalement quand l'œil est très tendu par l'excès de la pression intra-oculaire, et au moment où, après l'incision de la cornée, nous nous disposons à exciser l'iris.

*Étendue de l'iridectomie.*—La grandeur de la portion d'iris à exciser dépend essentiellement du but de l'opération.

Lorsqu'il s'agit d'établir une pupille artificielle, il est important que l'excision ne soit pas inutilement grande. Une petite ouverture suffit pour le passage des rayons lumineux, une grande provoquerait un éblouissement gênant pour le malade. Par contre, lorsque nous voulons diminuer la pression intra-oculaire ou rétablir la communication entre les chambres antérieure et postérieure de l'œil, il faut que l'excision soit pratiquée largement et tout à fait périphérique.

La grandeur de la portion d'iris à exciser est déterminée par la situation et l'étendue de l'incision à travers laquelle doit passer l'iris.

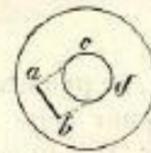


FIG. 50.



FIG. 51.

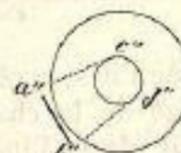


FIG. 52.

Ainsi, par exemple, si l'incision dans la cornée se trouve située (fig. 50) à l'endroit désigné par les lettres *a, b*, et ressemble en étendue à la ligne qui unit ces deux lettres, la pupille artificielle aura la grandeur *a, b, c, d*.

Si l'incision est placée (fig. 51) comme dans *a' b'*, la pupille artificielle aura la grandeur *a' b' c' d'*.

Enfin, si l'incision pratiquée dans la sclérotique (fig. 52) a la longueur *a'' b''*, la nouvelle pupille aura l'étendue circonscrite par les lignes pointillées.

Dans les figures schématiques ci-dessus, nous avons supposé que l'incision pouvait traverser la membrane perpendiculairement, tandis qu'en réalité, l'instrument passe plus ou moins obliquement à travers l'épaisseur du tissu. De sorte qu'il faut



FIG. 53.

distinguer (fig. 53) la plaie interne *a'b'*, qui touche la chambre antérieure, et la plaie externe *ab*, située à la surface extérieure. Il est évident que c'est la grandeur et la situation de la plaie interne qui détermine la grandeur de la pupille artificielle,

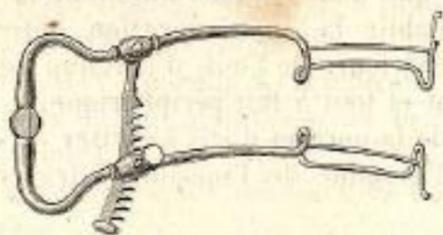


FIG. 54. — Écarteurs des paupières.

parce que l'iris, arrêté par la lèvre de la plaie, ne pourra sortir davantage de la chambre antérieure. C'est pour cette raison qu'il faut placer l'incision dans la sclérotique, lorsqu'on veut exciser l'iris jusqu'à son insertion ciliaire.



FIG. 55. — Pince à fixation.

L'opération de l'iridectomie ne demande aucune préparation particulière du malade; l'emploi de l'anesthésie ne serait rendu nécessaire que par la pusillanimité du malade, ou si l'on avait affaire à un malade par trop indocile ou à des enfants.

Chez ces derniers, on fait bien de fixer solidement les bras et les jambes, en les roulant dans une couverture. Les instruments nécessaires pour l'opération sont :

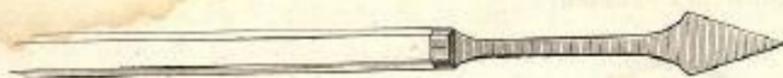


FIG. 56. — Couteau lancéolaire droit.

- 1° Des écarteurs des paupières (fig. 54);
- 2° Une pince à fixation (fig. 55);

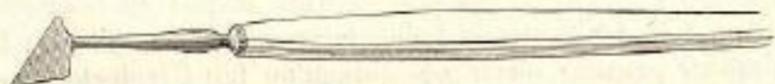


FIG. 57. — Couteau lancéolaire coudé.

- 3° Un couteau lancéolaire droit ou coudé (fig. 56 et 57);
- 4° Des pinces à iris (fig. 58 et 59);
- 5° Des ciseaux courbes (fig. 60).

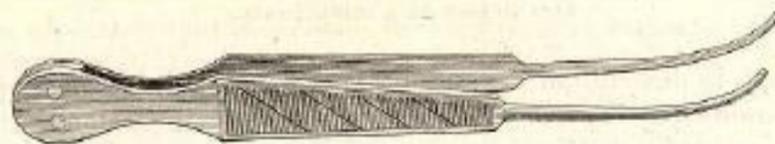


FIG. 58. — Pinces à iris.

On fera bien aussi de tenir tout prêt, en cas de besoin, un couteau mousse, une petite spatule étroite et une petite curette en caoutchouc.



FIG. 59. — Pinces à iris fortement coudées.

Pour les écarteurs, on peut employer l'écarteur à ressort, ou les deux écarteurs ordinaires, lorsque le malade est turbulent ou sous l'influence du chloroforme. Lorsqu'il est tranquille et

que l'on peut disposer d'un aide expérimenté, il est préférable de faire tenir les paupières écartées par les doigts de ce dernier, ce qui diminue de beaucoup la gêne que le malade éprouve pendant l'opération, et qu'il faut attribuer en grande partie à la pression des écarteurs.

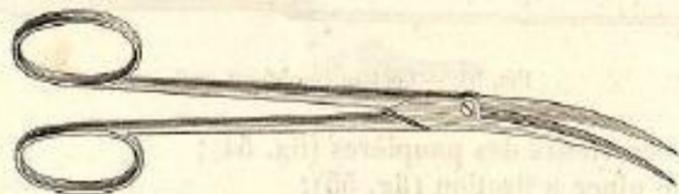


FIG. 60. — Giseaux courbes.

On emploie des couteaux lancéolaires coudés ou droits; les derniers ne peuvent servir que lorsqu'on fait l'iridectomie du côté temporal. Partout ailleurs, à cause des proéminences nasale et orbitaire, il faut choisir des couteaux coudés à différentes courbures, selon le degré de la proéminence. Les mêmes considérations décident du choix des pincés au point de vue de leur courbure.

DESCRIPTION DE L'IRIDECTOMIE.

Dans la description des différents temps de l'opération, nous supposons que l'opérateur veut pratiquer une iridectomie sur l'œil gauche et du côté interne.

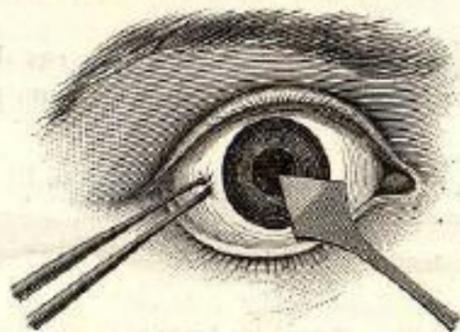


FIG. 61. — Iridectomie, incision de la cornée.

*Premier temps: INCISION DE LA CORNÉE.* — Le malade étant couché et sa tête immobilisée entre les mains d'un aide, l'opé-

rateur, s'il préfère opérer de la main droite, se placera derrière le malade, dont l'œil gauche devra être tourné vers le jour. Après avoir suffisamment écarté les paupières, l'opérateur saisit avec les pincés à fixation, tenues de la main gauche, un pli conjonctival près du bord externe de la cornée, dirige le globe oculaire du côté de la tempe et pénètre avec le couteau lancéolaire dans la chambre antérieure, à l'endroit déterminé d'avance, selon l'indication particulière du cas. Lorsque la pointe est arrivée dans la chambre antérieure (fig. 61), elle doit se diriger vers le centre de la pupille, et de manière que le couteau se trouve toujours dans un plan parallèle à l'iris. Quand l'incision a une étendue suffisante et que l'on veut commencer le mouvement de retrait qui doit amener le couteau hors de l'œil, il est urgent d'abaisser le manche de l'instrument, de façon que la pointe du couteau soit dirigée vers la cornée. Cette précaution est indispensable, parce que dans ce moment même l'humeur aqueuse s'échappe habituellement; le cristallin et l'iris sont alors poussés vers la cornée, et si le couteau avait conservé sa position primitive, sa pointe pénétrerait inévitablement dans la cristalloïde. Lorsqu'on a donné au couteau la position indiquée, on le retire lentement de la chambre antérieure, en maintenant le manche de l'instrument suffisamment abaissé pour que la pointe ne cesse pas d'être dirigée vers la cornée. En même temps, on peut au besoin agrandir la plaie interne, en agissant avec le tranchant du couteau sur un des angles de l'incision. Ce n'est qu'au dernier moment, lorsque la pointe est près de la plaie cornéenne, qu'il faut remettre l'instrument dans la même position que celle qu'il avait occupée au début de l'opération.

Si l'on a choisi la cornée pour pénétrer dans la chambre antérieure, il faut se garder de cheminer trop longtemps avec la pointe du couteau entre les lamelles de la membrane. Aussi conseille-t-on ordinairement de pénétrer avec le couteau perpendiculairement à la surface de la cornée; il faut alors, lorsque la pointe est arrivée dans la chambre antérieure, abaisser le manche de l'instrument, de manière que le couteau se trouve porté dans le plan parallèle à l'iris, en s'avancant dans la chambre antérieure.

Il est préférable de donner au couteau, déjà au moment de la ponction, la direction dans laquelle il doit pénétrer dans la chambre antérieure; on choisit alors l'endroit de la ponction un peu plus en

arrière, et l'on exerce, avant de ponctionner, une légère dépression sur la cornée avec la pointe du couteau.

On conseille parfois de retirer le couteau brusquement, mais la diminution subite de la pression intra-oculaire expose à une congestion rapide des tissus vasculaires, ce qui peut amener dans certaines



FIG. 62. — Couteau coudé à pointe mousse.

circonstances des ruptures capillaires et des hémorragies. Il est donc préférable de faire sortir l'instrument lentement, pour que l'humeur aqueuse s'échappe aussi doucement que possible de la chambre antérieure.

Lorsque l'incision n'a pas l'étendue suffisante, on peut l'agrandir à l'aide d'un petit couteau à pointe mousse (fig. 62) ou avec des ciseaux. L'emploi de ces derniers exige plus de précaution et une plus grande dextérité.

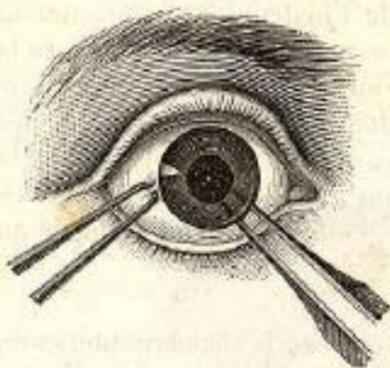


FIG. 63. — Les pinces saisissent le bord pupillaire.

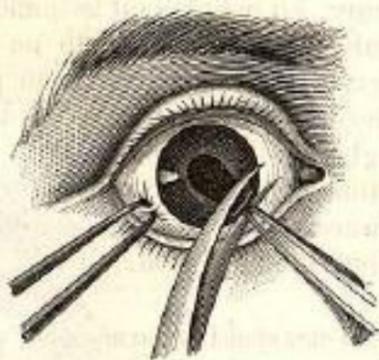


FIG. 64. — Section du lambeau irien attiré au dehors.

**Deuxième temps : SECTION DU LAMBEAU IRIEN ATTIRÉ AU DEHORS.** — L'opérateur, ayant déposé le couteau lancéolaire, et tout en continuant à fixer l'œil, saisit les pinces à iris et les approche toutes fermées de l'incision. Il exerce vers le milieu de l'ouverture une légère pression sur la lèvre externe de la plaie,

avec la pointe des pinces qu'il introduit de cette manière dans la chambre antérieure.

Il pousse la pointe vers le bord pupillaire de l'iris, tout en évitant, à l'aide de petits mouvements latéraux, de s'engager entre les plis de cette membrane. Arrivé au bord de la pupille (fig. 63), l'opérateur doit redresser légèrement ses pinces; il les ouvre et saisit, en refermant, le bord de l'iris, qu'il attire au dehors.

Un aide porte alors les branches des ciseaux courbes entre les pinces et la sclérotique, appuie doucement la convexité des ciseaux contre le globe de l'œil, et coupe le prolapsus irien, aussi près que possible de la cornée (fig. 64).

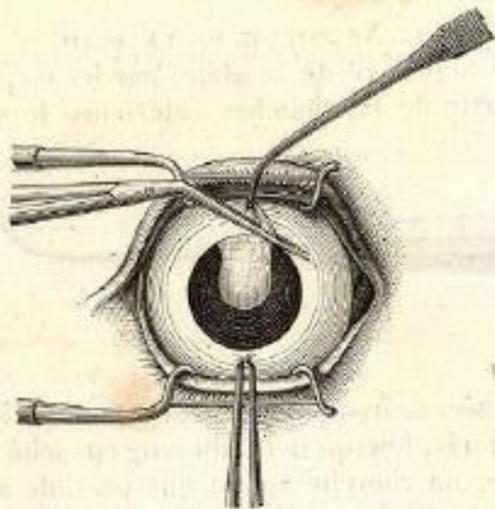


FIG. 65. — Section du lambeau irien par deux coups de ciseaux.

Souvent l'iris fait spontanément prolapsus dans la plaie, d'autres fois on provoque facilement ce prolapsus en exerçant une légère pression sur le bord sclérotical de l'incision, ce qui dispense d'introduire la pince dans la chambre antérieure.

Dans le cas où l'opérateur ne peut disposer d'un aide habile, auquel il peut confier le soin de couper l'iris, il est obligé d'abandonner à son aide la fixation de l'œil, de saisir avec la main gauche les pinces qui doivent attirer l'iris au dehors et de couper lui-même l'iris avec sa main droite.

Quelle que soit d'ailleurs la main qui coupe, il est nécessaire de couper l'iris nettement au niveau de l'ouverture de la cornée. En

agissant autrement, on s'expose à laisser dans la plaie une portion du prolapsus irien, qui rentrera dans la chambre antérieure sous l'influence des contractions iridiennes, ou restera enclavée dans les lèvres de la plaie. Dans le premier cas, la nouvelle pupille n'aura pas la grandeur que nous voulions lui donner; dans le second cas, il en résultera une synéchie.

La nécessité d'exciser soigneusement l'iris jusqu'au bord ciliaire, dans les affections glaucomateuses, impose à l'opérateur l'obligation de faire cette excision lui-même, et par plusieurs coups de ciseaux successifs. Il commence alors par inciser le lambeau d'iris dans un angle de la plaie scléroticale (fig. 65), puis il dirige les pinces qui tiennent l'iris vers l'angle opposé de la plaie, détache la membrane de son insertion, et coupe le lambeau définitivement, par un dernier coup de ciseaux dans l'autre angle de la plaie.

*Troisième temps : NETTOYAGE DE LA PLAIE.* — Ce temps est rempli par le nettoyage de la plaie, par les manœuvres utiles pour faire sortir de la chambre antérieure le sang épanché,



FIG. 66. — Spatule étroite.

et par celles nécessaires pour dégager de la plaie les bords du sphincter de l'iris. Lorsqu'il y a du sang épanché dans la chambre antérieure, on cherche autant que possible à l'évacuer en ouvrant, à l'aide d'une spatule étroite (fig. 66), les lèvres de la plaie, par une légère pression sur le bord sclérotical de l'incision.

L'humeur aqueuse qui s'échappe alors de la chambre antérieure entraîne le sang, et l'on peut répéter à plusieurs reprises ces manœuvres délicatement exécutées.

Cependant, si le sang ne montre pas de tendance à sortir, ou s'il s'en épanche de nouveau, il vaut mieux appliquer sur les paupières quelques compresses imbibées d'eau froide, et ne pas persister dans les tentatives d'évacuation, car la résorption du sang se fait en très peu de temps (presque toujours dans les premières vingt-quatre heures).

Le nettoyage de la plaie consiste d'abord à enlever, à l'aide

de petites pinces, les petits caillots de sang qui se montrent sur la conjonctive, à l'endroit de l'incision, puis à enlever les particules de pigment irien retenues entre les lèvres de la plaie. Dans ce but, on fait glisser la convexité des pinces courbes

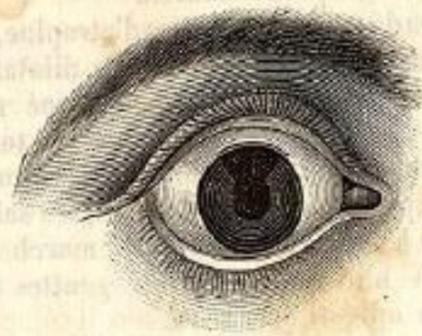


FIG. 67. — Rentrée du sphincter de l'iris dans la chambre antérieure après l'iridectomie.

sur les bords de l'incision, en dirigeant l'instrument de la périphérie de la cornée vers la sclérotique.

En dernier lieu, il faut s'assurer si les bords de l'iris ne se trouvent plus entre les lèvres de la plaie. On reconnaît leur présence dans la chambre antérieure en voyant le bord de la pupille artificielle formée par les extrémités du sphincter coupé (fig. 67). Dans le cas où ce dernier n'est pas encore rentré dans la chambre antérieure, on glisse avec le dos d'une curette en caoutchouc (fig. 68) de la sclérotique à la cornée,

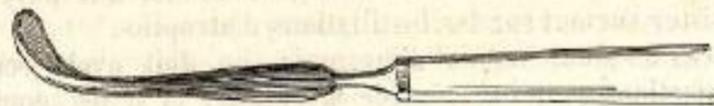


FIG. 68. — Curette en caoutchouc.

en exerçant une légère pression sur les angles de la plaie. On ne doit cesser cette manœuvre qu'après avoir obtenu le résultat désiré.

Quand on s'est bien rendu compte de l'état satisfaisant de la plaie, on rafraîchit pendant quelques instants l'œil opéré par

des compresses ou une éponge trempée dans de l'eau froide, et l'on applique le bandeau compressif.

Généralement, toute douleur cesse après l'application du bandeau, que l'on change pour la première fois le soir de l'opération, sauf chez les enfants, où il est préférable de le laisser en place vingt-quatre heures.

Une instillation de quelques gouttes d'atropine, le lendemain de l'opération, a pour but d'empêcher par la dilatation de la pupille que le coin du sphincter fraîchement coupé ne contracte des adhérences avec la capsule. On reconnaît la tendance à la formation de ces synéchies postérieures à ce que les coins du sphincter coupé prennent la forme d'angles saillants. Lorsque cette disposition n'existe pas et que la marche de la guérison est régulière, on n'instille quelques gouttes d'atropine que le troisième jour après l'opération.

Il est rare de voir survenir après l'iridectomie une réaction notable de l'œil, de sorte qu'il suffit de continuer l'application du bandeau pendant quelques jours et de conseiller le repos au lit, dans une chambre obscurcie, jusqu'à la cicatrisation complète de la petite incision. A partir de ce moment, l'opéré peut porter un bandeau flottant, s'habituer progressivement au grand jour et abriter ses yeux, dès qu'il commence à sortir, par des verres fumés, contre une trop grande clarté. En cas d'une réaction plus prononcée, il peut devenir nécessaire, lorsque l'irritation se montre dans le voisinage de la cicatrice et que cette dernière est encore très mince, de continuer plus longtemps l'application du bandeau. Si l'humeur aqueuse se trouble et s'il y a les symptômes d'une légère iritis, il faut instituer le régime indiqué à l'occasion de cette maladie, ordonner une purgation et insister surtout sur les instillations d'atropine.

En cas de douleurs ou d'insomnie, on doit avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine, et si les douleurs persistent, à l'application de sangsues derrière l'oreille du côté opéré. Dans toutes ces occurrences il est naturellement indiqué de prolonger le repos et le séjour du malade dans une chambre obscure.

## 2. — Des procédés employés pour remplacer l'iridectomie.

*Iridotomie.* — Dans les cas d'absence du cristallin, p. ex. après l'opération de la cataracte, et d'occlusion de la pupille à la suite d'iritis, même lorsqu'il y a eu iridocyclite avec désorganisation des tissus de l'iris et aplatissement de la cornée, de *Graefe* a remplacé l'iridectomie par l'iridotomie. Il employa deux procédés. L'un consiste à plonger un couteau myrtiforme, à double tranchant et très pointu, à travers la cornée et les tissus de nouvelle formation, jusque dans le corps vitré, et de l'en retirer immédiatement en élargissant la brèche pratiquée dans les membranes plastiques, sans agrandir la plaie de la cornée. Dans l'autre procédé, il introduit un petit couteau falciforme à travers le bord de la cornée et l'iris dans le corps vitré, sectionne l'iris et les membranes plastiques d'arrière en avant et retire le couteau. — L'ouverture ainsi faite dans l'iris s'élargit par la rétraction des tissus et la pénétration de l'humeur vitrée; elle montre moins de tendance à se refermer qu'après l'iridectomie pratiquée dans les mêmes conditions, avantage qu'il faut attribuer à sa plus grande simplicité, l'iridotomie ne produisant pas ou presque pas d'épanchement de sang et un tiraillement tout à fait insignifiant des tissus intéressés.

*Bowman* a proposé l'iridotomie même en présence du cristallin dans un but optique, par exemple en cas de cataracte zonulaire. Il ponctionne la cornée près de son bord externe à l'aide d'un couteau lancéolaire très étroit, et introduit par cette ouverture un petit couteau convexe de même largeur à pointe mousse. Cette pointe doit pénétrer à travers la pupille entre le cristallin et l'iris jusqu'à proximité de l'insertion ciliaire de cette membrane; on dirige alors le tranchant du couteau vers l'iris et coupe le bord pupillaire. A ce moment il est difficile de ne pas inciser en même temps la face postérieure de la cornée; mais le plus grand danger est dans l'éventualité d'ouvrir la capsule du cristallin en pénétrant avec le couteau entre celui-ci et l'iris.

Les pincés-ciseaux de *Wecker* se prêtent très commodément à l'exécution de l'iridotomie. Le cristallin est-il absent, on

pénètre avec un couteau lancéolaire près du bord de la cornée, à travers celle-ci et l'iris, introduit une des branches des ciseaux derrière l'iris, l'autre entre l'iris et la cornée jusqu'au bord opposé de la cornée, et pratique une ou deux incisions (Iridotomie simple ou double), selon la facilité avec laquelle les tissus se rétractent, pour obtenir une ouverture suffisante.

L'emploi de cet instrument n'étant pas toujours facile sans une perte sensible d'humeur vitrée, et l'action des ciseaux ne pouvant exclure un certain degré de contusion, il est préférable dans bien de cas de se servir des iridotomes (fig. 69) de *Sichel*,



FIG. 69. — Iridotome de Sichel.

qui incisent l'iris d'avant en arrière selon la proposition primitive de *Graefe*. Les indications de ces opérations seront traitées avec détails à l'occasion de la cataracte secondaire.

Un autre procédé pour former une pupille artificielle dans un but optique (en cas d'opacités centrales de la cornée ou du cristallin) est celui de *Carter*. Après avoir pratiqué une petite incision au bord de la cornée, on introduit dans la chambre antérieure une paire de ciseaux, les branches fermées. En les ouvrant, un petit pli de l'iris s'interpose entre les branches, qui le coupent en se fermant. Le petit morceau d'iris ainsi excisé reste souvent sur les ciseaux et on l'emporte en les retirant de la chambre antérieure; sinon il faut le chercher avec une pince à iris. — Ce procédé ne paraît pas présenter d'avantage sur la méthode usuelle de pratiquer une iridectomie étroite, et son exécution est certainement plus difficile.

*Iridorhexis*. — Lorsque l'iris, à la suite d'une inflammation chronique, est devenu très friable et qu'il existe des adhérences du bord pupillaire, ces synéchies ont quelquefois plus de consistance que le tissu irien même.

S'il s'agit alors de pratiquer une iridectomie et que l'on saisisse l'iris avec des pinces, il arrive souvent que l'on voit plutôt l'iris se déchirer dans sa continuité que le bord pupillaire se

séparer de la capsule. Un examen attentif, à l'aide de l'éclairage oblique, permet à un observateur expérimenté de prévoir jusqu'à un certain degré cet état de choses. L'opérateur qui voudrait alors quand même détacher de la capsule le bord pupillaire, pourrait déchirer la capsule par des tractions exagérées, et exposerait ainsi l'œil aux dangers d'une cataracte traumatique.

Pour obvier à cet accident, *M. Desmarres* a érigé en procédé (appelé *iridorhexis*) la déchirure de l'iris qui, il faut bien le dire, est inévitable dans ce cas.

*Iridodésis, iridenkleisis*. — Lorsque nous pratiquons l'iridectomie de la manière habituelle, nous excisons le sphincter de l'iris, et la pupille artificielle est naturellement dépourvue de sa mobilité, à l'endroit où le muscle sphincter est coupé. Cet état de choses n'est pas sans inconvénient pour le malade, quand nous pratiquons l'iridectomie dans un but optique.

Aussi n'a-t-on pas manqué de faire des tentatives pour déplacer la pupille normale, de manière à intercepter autant que possible le passage des rayons lumineux à travers les parties défectueuses de la cornée et du cristallin, et pour conserver en même temps à la nouvelle pupille toute la mobilité de l'ancienne.

*M. Critchett* a réalisé ce desideratum en imaginant le procédé suivant: Une incision très étroite est pratiquée à l'aide d'un couteau lancéolaire très étroit, ou d'un instrument particulier (*broad needle*), dans le bord de la cornée, ou mieux encore dans la sclérotique. Un nœud de fil préparé d'avance et maintenu ouvert, soit entre les pinces ingénieuses de *M. Waldau* ou de *M. Förster*, soit à l'aide de deux pinces ordinaires un peu larges, est placé alors à l'endroit de l'incision, de manière que l'opérateur puisse passer des pinces à iris très fines à travers ce nœud et à travers l'incision, pour saisir l'iris à quelque distance de son bord pupillaire.

Il tire alors l'iris au dehors, tout en laissant le sphincter dans la chambre antérieure, et le nœud est fermé autour du petit prolapsus irien, soit par l'action des pinces, soit par l'aide qui tient les extrémités du fil. C'est ainsi qu'on exécute la ligature de l'iris (*iridodésis*). L'opérateur coupe les deux bouts de fil à quelque distance du nœud, et applique le bandage compressif comme d'habitude.

Deux jours après, quand la petite plaie est cicatrisée, on coupe le prolapsus de l'iris, en même temps que le nœud qui l'étrangle.

M. *Snellen* a simplifié ce procédé en passant avant l'incision un fil à travers la conjonctive, dans une direction parallèle au bord de la cornée, aussi près que possible de l'endroit de ponction du petit couteau. Ce fil ainsi fixé, il ne reste après l'incision qu'à préparer le nœud au travers duquel on passe les pinces et à le fermer sur le petit prolapsus irien.

MM. *Stellwag* et *Wecker* ont proposé de remplacer la ligature de l'iris par le simple enclavement du prolapsus irien dans la plaie scléroticale.

Dans ce but, on pratique la ponction un peu plus loin du bord de la cornée, et l'on traverse la sclérotique très obliquement, de manière à obtenir un canal assez long. Le prolapsus de l'iris est provoqué par une douce pression exercée sur la lèvre externe de la plaie, ou au besoin l'iris attiré à l'aide de pinces très fines comme dans l'iridodésis. Une fois le prolapsus irien produit, on n'y touche plus, on y applique un bandeau compressif qu'on doit laisser en place pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on coupe avec des ciseaux courbes la partie de l'iris qui sort par la section faite à la sclérotique.

Un moyen plus simple, pour obtenir le même résultat, que les procédés que nous venons de décrire, consiste à obtenir la fixation du sphincter dans la plaie scléroticale, tout en terminant l'opération dans une seule séance.

A cet effet, on pratique la section très périphériquement dans la sclérotique, on attire le prolapsus de manière à laisser le sphincter dans la plaie, et l'on résèque immédiatement avec les ciseaux toute la partie qui se trouve en dehors de la plaie scléroticale.

Si le canal de la plaie est étroit et assez long, le sphincter y reste constamment enclavé. Aussitôt après la section du prolapsus irien, on applique le bandeau compressif.

Malgré le principe très juste qui a conduit à l'invention des déplacements pupillaires, l'usage de cette opération ne s'est jamais généralisé, par crainte que le tiraillement de l'iris enclavé dans une plaie scléroticale ne devienne plus tard la source d'inflammations chroniques. Des cas d'irido-choroïdite prenant leur point de départ à l'endroit de l'opération, et ayant amené la perte de l'œil, ont été publiés.

*Corélysis.* — Dans les cas de synéchies, on a tenté de débarrasser l'iris de ses adhérences en dégagant le bord pupillaire de la cristalloïde à l'aide d'une opération (*Streatfield* et *Weber*).

Voici en quoi consiste le procédé opératoire :

*Premier temps: PONCTION DE LA CORNÉE.* — On pratique sur la cornée, à peu près à 4 millimètres de son centre et dans sa moitié externe, une petite incision à l'aide d'une aiguille à paracentèse ou d'un instrument particulier (*broad needle*). Cette incision doit avoir une largeur de près de 4 millimètres.

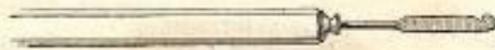


FIG. 70. — Spatule de Streatfield.

*Deuxième temps: DÉGAGEMENT DU BORD PUPILLAIRE DE LA CRISTALLOÏDE.* — On peut pour cela se servir de la spatule de *Streatfield* (fig. 70) ou du crochet de *Weber* (fig. 71). La spatule est introduite à travers la section de la cornée dans la chambre antérieure, mise à plat sur le cristallin et délicatement poussée en avant entre l'iris et la capsule, à côté de la synéchie que l'on veut détruire (fig. 72). On exécute alors, avec cette spatule, de légers mouvements latéraux dans le sens de la synéchie, en pre-



FIG. 71. — Crochet de Weber.

nant la cornée comme point d'appui et en dirigeant le manche de l'instrument dans un plan horizontal. A mesure qu'un point de la synéchie cède, la spatule doit s'avancer plus loin sur le bord pupillaire. On peut ainsi, en glissant l'instrument dans les différentes directions, détacher presque tout le bord pupillaire, à l'exception des parties qui se trouvent derrière la section de la cornée et immédiatement dans le voisinage. Il faut, par conséquent, pratiquer la ponction de la cornée vis-à-vis la partie la plus libre du bord pupillaire.

Si les circonstances nous permettent de choisir, nous ferons la ponction de préférence à la partie externe de la cornée, où les manœuvres opératoires sont moins gênées, à cause de l'absence de toute proéminence osseuse. L'opération terminée, il importe d'obtenir immédiatement une dilatation de la pupille et de la conserver par des instillations répétées d'une forte solution d'atropine ou de duboisine.

Un autre procédé de coréclisis a été proposé par le docteur *Passavant*. Cet opérateur fait, à l'aide du couteau lancéolaire, une petite ponction près du bord de la cornée, juste au-dessus

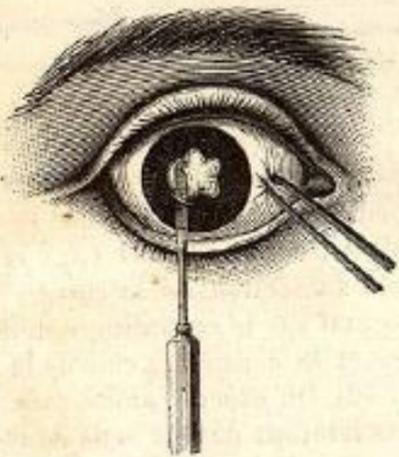


FIG. 72. — Coréclisis.

de la synéchie. La grandeur de cette incision doit être telle, que l'on puisse y ouvrir sans peine la pince à iris; puis il introduit dans la chambre antérieure une petite pince sans dents aiguës, saisit le bord de l'iris et le détache de la capsule, en attirant doucement les pinces. La synéchie ainsi détruite, il ouvre les pinces pour abandonner l'iris, et retire cet instrument avec précaution de la chambre antérieure. Il ne faut détacher qu'une synéchie à la fois et répéter plutôt l'opération après quelques jours. En cas de prolapsus d'iris dans la plaie cornéenne, il faudrait essayer la réduction par les manœuvres habituelles.

## MALADIES DU CORPS CILIAIRE.

### ARTICLE PREMIER.

#### CYCLITE.

L'inflammation du corps ciliaire, fréquemment propagée sur cette partie par les tissus voisins, l'iris et la choroïde, se présente aussi souvent sous une forme idiopathique.

Les symptômes généraux de cette affection sont :

- a. L'hyperhémie considérable des artères sous-conjonctivales, sous forme d'une injection périkeratique très vive.
- b. Les douleurs ciliaires, et surtout une grande sensibilité au toucher de la région ciliaire.
- c. L'apparition des produits de l'inflammation, soit dans les parties antérieures du corps vitré, sous forme d'opacités, soit dans la chambre antérieure sous forme d'hypopyon.

La turgescence du tissu malade provoque bientôt des troubles de circulation dans l'iris, qui se manifestent par le gonflement des veines distendues et tortueuses, surtout vers la périphérie de la membrane, sans que celle-ci présente d'autres symptômes inflammatoires que la décoloration qui accompagne la stase veineuse.

Le corps ciliaire n'étant pas accessible à notre regard, ce n'est que par le toucher de cette région et par les symptômes indirects que nous pouvons assurer notre diagnostic. Aussi ces derniers (hyperhémie sous-conjonctivale, opacités du corps vitré et hypopyon) ne sont caractéristiques de la cyclite que lorsque nous pouvons exclure avec certitude toute autre cause de production.

La cyclite se présente sous trois formes différentes qu'il importe de distinguer.

A. *Cyclite simple ou plastique*. — L'injection périkeratique y est très considérable, les vaisseaux de l'iris sont dilatés et tor-