

Le cristallin a pu être expulsé de l'œil et se trouver dans le cul-de-sac inférieur. Dans les traumatismes excessifs, il a même été, dit-on, projeté à distance.

On reconnaît la luxation à l'aphakie et à la petite saillie sous-conjonctivale; s'il y a des lésions diffuses et une hémorragie abondante, le diagnostic peut rester quelque temps incertain.

Le *traitement* des luxations du cristallin varie suivant leur origine, leur degré, leur siège et leurs complications.

Les *luxations congénitales*, quand elles comportent une vision convenable, n'exigent aucun traitement spécial. L'iridectomie optique devient cependant utile dans certaines luxations, comme la discision ou l'extraction peuvent s'imposer, s'il se produit de l'opacification.

Les *luxations pathologiques*, sans réaction notable et avec vision convenable, seront respectées. Si la vision est trop affaiblie, une iridectomie peut être indiquée. L'abaissement paraît aussi devoir être avantageux, dans les cas de diplopie gênante. L'extraction doit être pratiquée dès que la vision est compromise par de l'opacification, des phénomènes d'irido-choroïdite ou des menaces de glaucome.

Les *luxations traumatiques* dans la chambre antérieure comportent l'extraction du cristallin par une incision pratiquée vers la partie inférieure de la cornée.

Si la luxation se produit dans le vitré pendant l'opération de la cataracte, on doit terminer l'extraction à la curette. Dans la luxation consécutive à un traumatisme accidentel, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention quand le cristallin déplacé est toléré; la guérison sera peut-être définitive, comme dans l'ancienne méthode d'abaissement de la cataracte. Si toutefois des phénomènes graves d'irido-cyclite ou de glaucome apparaissent, l'extraction sera aussitôt pratiquée. On a recommandé systématiquement l'extraction totale (Guende), quand il s'agit de cataractes subluxées ou branlantes.

### IX. — Anomalies.

§ 360. On a rencontré quelques irrégularités du cristallin : le colobome (E. Meyer), le lenticone antérieur et même le lenticone postérieur. Des malformations s'observent alors souvent sur d'autres parties du corps ou du globe de l'œil.

Le *colobome* se manifeste sous l'aspect d'une fente triangulaire, siégeant en bas et visible à l'examen ophtalmoscopique comme à l'éclairage oblique.

Dans le *lenticone*, on constate une déformation placée dans le champ pupillaire qui donne des ombres irrégulières semblables à celles du kératocone. Examen fait de la cornée, on n'y trouve rien d'irrégulier. On conclut alors que la déformation siège dans le cristallin, et l'éclairage oblique peut le démontrer. Dans le lenticone antérieur, la partie déformée s'élève quand le regard se porte en haut; dans le lenticone postérieur, l'aspect irrégulier s'observe en bas quand le regard s'élève et inversement.

## CHAPITRE X

### MALADIES DE L'IRIS

#### I. — Blessures.

§ 361. L'iris peut être blessé par des corps contondants, piquants, tranchants, des armes à feu; il est susceptible enfin de présenter des corps étrangers.

Le traumatisme irien en lui-même est bénin. Desmarres d'abord, de Græfe ensuite ont démontré le peu de réaction de l'iris aux sections, aux arrachements, et de Wecker a pu ajouter, en exagérant quelque peu, qu'il n'y a pas d'iritis trau-



matique. L'infection, par contre, y est grave. Le traumatisme n'est rien et l'infection est tout, mais très souvent le traumatisme entraîne l'infection et devient la cause des complications fréquentes des blessures de l'iris. Cette notion générale est ici particulièrement applicable et méritait d'être rappelée.

L'iris peut être perforé, déchiré au niveau du sphincter, détaché de ses insertions ciliaires et renversé en arrière.

Les perforations ont lieu par piqure, éclat de verre, coup de feu, explosion de mine, etc.

L'iris présente une ou plusieurs ouvertures constituant une véritable polycorie accidentelle. Des lésions cornéennes, cristalliniennes, la présence de corps étrangers, l'irrégularité des orifices sont caractéristiques.



FIG. 38.— Perforations iriennes. P, pupille normale; P' pupilles accidentelles.

La déchirure du sphincter, variable dans son étendue, peut s'étendre de la pupille au corps ciliaire. Les ruptures iriennes sont radiaires, parfois minimales, et entraînent de la mydriase, des irrégularités pupillaires. La déchirure simple et surtout l'enclavement scléro-cornéen simulent parfois le colobome. Il y a toutefois de

l'hyperémie et des troubles de la vision.

La rupture des insertions ciliaires ou iridodialyse peut être, suivant les circonstances, partielle ou totale.

L'iridodialyse totale est rare et constitue l'iridémie ou aniridie traumatique.

Un choc violent, surtout au niveau du limbe (Gayet), détache l'iris, l'enclave dans la plaie scléro-cornéenne qui s'est produite ou le pelotone dans la chambre antérieure. Il peut aussi être arraché opératoirement. Dans un cas, au cours d'une iridectomie, une malade, surprise, fit un brusque mouvement de recul et laissa son iris entier dans la pince de l'opérateur. Il survint un hyphéma parfois considérable et la vision reste très compromise.

L'iridodialyse partielle est commune. On la rencontre fréquemment à la suite de contusion par des grains de plomb

vers la région ciliaire. Elle est alors peu étendue et entraîne un peu d'aplatissement pupillaire correspondant. Il n'y a parfois aucune autre lésion, mais on doit toujours réserver l'avenir du cristallin.

Les déchirures de l'iris, les iridodialyses, sont faciles à constater directement, à l'éclairage oblique ou ophtalmoscopique.

Dans les petites iridodialyses, l'ouverture périphérique peut être masquée par le limbe. Pour le diagnostic de l'aniridie, on doit songer à la possibilité d'enclavement irien, à une mydriase excessive ou même à un renversement total de l'iris, contre le corps ciliaire, derrière le cristallin.

Les lésions de l'iris sont bénignes quand il n'y a pas ouverture de la chambre antérieure ou infection. Souvent il ne survient que des troubles visuels passagers ou insignifiants. Elles sont graves au contraire quand il y a infection, lésions du cristallin, rupture de la cornée ou de la sclérotique.

Le traitement comporte, suivant la gravité des lésions, les sangsues, la glace, l'atropine, la cocaïne. L'enclavement irien exige parfois l'excision. Le massage et l'ésérine peuvent faciliter la réduction. L'hyphéma se résorbe spontanément.

Les corps étrangers de l'iris sont de nature très diverse. On rencontre surtout des grains de poussière, des débris de pierre, de terre, des éclats de verre, de fer, de cuivre, etc. On les trouve sur la face antérieure ou dans la substance propre; ils tombent parfois dans la chambre antérieure.

On les reconnaît en général assez aisément à l'éclairage oblique; dans quelques cas, le diagnostic devient difficile; des amas de pigment, des dépressions, des perforations ont pu en imposer.

Les corps étrangers peuvent s'enkyster et être indéfiniment tolérés; mais le cas est exceptionnel. L'ablation doit être

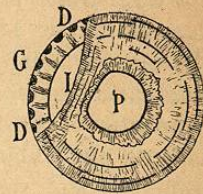


FIG. 39. Iridodialyse. P, pupille normale; D, décollement irien; I, rétraction irienne; G, corps ciliaire.



hâtive, car il serait dangereux d'attendre des phénomènes inflammatoires plastiques ou suppuratifs.

L'ablation se fait, après paracentèse, à la pince, ou, s'il s'agit de fer et d'acier, avec l'électro-aimant. Il est parfois plus simple et même nécessaire d'exciser le segment irien qui supporte le corps étranger.

## II. — Iritis.

§ 362. **Généralités.** — L'iris enflammé est modifié dans sa constitution. La couche épithéliale antérieure prolifère, s'exfolie par points. La couche épithéliale postérieure se détruit partiellement et son pigment pénètre dans les espaces lymphatiques. Le stroma s'infiltré de cellules lymphoïdes, d'éléments pigmentaires ou fibrineux, présentant un notable développement vasculaire. Le petit cercle artériel de l'iris, autour de la pupille, paraît comme rouillé.

La pupille est encombrée de produits exsudatifs, et la chambre antérieure offre un trouble qui varie avec la forme ou le degré de l'iritis.

Ces diverses lésions sont surtout manifestes dans les inflammations aiguës ou subaiguës; dans les formes chroniques ou torpides, elles se réduisent à des altérations épithéliales et à des exsudats pupillaires.

Le corps ciliaire, la choroïde, dans les cas graves, prennent une certaine part à l'inflammation.

L'iritis présente généralement des troubles caractéristiques: injection ou cercle périkératique, changement de coloration irienne, exsudats, adhérences irido-capsulaires, douleurs péri-orbitaires, photophobie, larmolement, troubles visuels.

L'injection du cercle périkératique doit être distinguée de l'hyperémie conjonctivale. Elle est constituée par un fin réseau vasculaire, couleur lie de vin, qui s'atténue progressivement en s'éloignant de la cornée. Ce réseau est plus ou moins régulier et situé dans l'épislère. Il manque rarement dans l'iritis, l'irido-cyclite, et l'irido-choroïdite.

L'iris enflammé devient, suivant la teinte bleue ou châtain initiale, verdâtre ou jaunâtre, terne et irrégulier; autour du sphincter, il présente une zone rougeâtre, rouillée.

La pupille est paresseuse sous l'influence de la lumière et peu sensible aux mydriatiques; dilatée, elle présente des irrégularités et une forme variable mais non circulaire, à cause des adhérences irido-capsulaires.

Les exsudats sont séreux, purulents ou hématiques: séreux, ils sont formés par des débris floconneux, grumelleux, qui se déposent contre l'endothélium de la cornée (*descémétite*), flottent au fond de l'humeur aqueuse (*aquo-capsulite*); purulents, il contiennent les germes habituels de la suppuration; hématiques, ils se trouvent constitués par du sang plus ou moins coagulé.

Les douleurs siègent dans le trijumeau et occupent, suivant leur intensité, une ou plusieurs branches, les rameaux sous et sus-orbitaires, en particulier. Elles sont réduites parfois à une sensation de lourdeur, de pesanteur périorbitaire ou de plénitude oculaire, mais elles peuvent atteindre aussi une acuité excessive. Nous avons rencontré quelques malades souffrant horriblement et exigeant, en dehors des saignées ou même de l'arrachement du nasal externe, les calmants les plus énergiques. On observe encore des troubles de la vue plus ou moins importants, de la photophobie, du larmolement, de l'œdème palpébral ou conjonctival. On a signalé enfin la myopie que l'on a attribuée à une modification de l'indice de réfraction de l'humeur aqueuse; mais, dans plusieurs cas où nous l'avons recherché, cet indice était normal.

Les troubles graves résultent de la participation du corps ciliaire et de la choroïde à l'inflammation: irido-cyclite, irido-cyclo-choroïdite.

L'iritis apparaît sous des influences causales diverses, mais généralement infectieuses.

Le traumatisme, à la suite de lésions cornéennes, cristalliniennes, iriennes, agit à tout âge. Les maladies aiguës, les fièvres exanthématiques, rougeole, variole, scarlatine, font