

envahi. Cependant, ici encore, l'énucléation ne manque pas d'agir favorablement, car, dans la plupart des cas, l'inflammation sympathique eut ensuite une marche fort bénigne, probablement parce qu'un œil énucléé cesse de fournir des éléments constamment renouvelés à l'inflammation.

## II. — BLESSURES DE L'IRIS

§ 74. En dehors de ce qui a déjà été dit, dans les chapitres précédents, touchant les lésions traumatiques de l'iris et leurs conséquences, nous mentionnerons encore les espèces particulières suivantes de traumatismes de cet organe. Ces traumatismes s'observent le plus souvent après les contusions de l'œil.

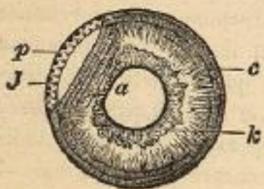


Fig. 63. — Iridodialyse. Gross. 2/1.  
— Le bord pupillaire est coupé en ligne droite en *a*. L'iris, dans la partie correspondante à cette place, s'est détaché de son insertion au corps ciliaire, s'est rétréci et plissé légèrement. Dans l'intervalle compris entre l'iris et la cornée se voit le bord du cristallin *l* et les sommets des procès ciliaires *p*; la fine striation radiale qu'on remarque entre ces deux organes répond à la zonule de Zinn. *k* petit cercle de l'iris, *c* sillons de contraction.

1° *L'iridodialyse* (1). On désigne sous ce nom l'arrachement de l'iris du corps ciliaire. Sur l'un des côtés de l'œil, au niveau du bord ciliaire de l'iris, on trouve un espace semi-lunaire noir qui indique l'endroit où l'iris est séparé de son insertion ciliaire. A cet endroit, on peut regarder directement dans l'intérieur obscur de l'œil (fig. 63). Lorsque la partie arrachée est très large, dans l'ouverture ainsi produite, on reconnaît à l'éclairage latéral le bord du cristallin (*l*) et les procès ciliaires (*p*) reliés par les fibres de la zonule de Zinn. La pupille a perdu sa forme circulaire, parce que, du côté de l'iridodialyse, le bord pupillaire perd sa forme d'arc pour prendre celle de la corde (fig. 63, *a*). La cause du déplacement du bord pupillaire résulte du fait que la partie arrachée de l'iris se tend en ligne droite par suite du raccourcissement du sphincter. C'est ainsi que l'iris s'écarte de son insertion au corps ciliaire et rend toute réunion ultérieure impossible. — L'acuité visuelle n'est souvent que peu gênée par l'existence de l'iridodialyse; seulement — lorsque l'œil n'est pas bien accommodé — il se manifeste de la diplopie monoculaire, parce que le faisceau lumineux qui traverse l'ouverture périphérique, aussi bien que celui qui pénètre par la pupille elle-même, forment chacun une image sur la rétine (voir § 123).

L'iridodialyse peut occuper une étendue très différente, depuis une rupture à peine visible jusqu'à l'arrachement total de l'iris de son insertion ciliaire. Dans le dernier cas, il prend la forme d'une masse pelotonnée sur

(1) De *ἰρις* et *διάλυσις*, séparation.

elle-même, occupant le fond de la chambre où il ne tarde pas à se transformer les jours suivants en un petit amas ratatiné, gris et non apparent. Si, par suite du traumatisme, il y avait en même temps une rupture de la sclérotique, l'iris arraché serait entièrement expulsé de l'œil. Dans les deux cas, l'iris fait entièrement défaut, — *iridérémie* (1) ou aniridie traumatique.

2° *Ruptures radiales commençant au niveau de la pupille*. Elles peuvent s'étendre jusqu'au bord ciliaire, de sorte qu'au niveau de la rupture la pupille, à la façon d'une ogive gothique, se prolonge jusqu'au bord cornéen. Cependant, des ruptures aussi étendues sont rares. D'ordinaire, la rupture n'a qu'une petite étendue et s'entrebâille si peu qu'on ne peut l'observer que par un examen minutieux, notamment à la loupe. Ces petites déchirures sont la cause la plus fréquente de la dilatation pupillaire après les contusions, — *mydriase traumatique*, qui dépend de l'affaiblissement ou de la paralysie du sphincter par la rupture. Dans les cas heureux, cette iridoplogie peut entièrement disparaître; au contraire, dans d'autres, la pupille reste pour toujours un peu dilatée. — Le muscle ciliaire peut aussi être paralysé par une contusion, ce qui se trahit par la diminution de l'amplitude de l'accommodation (éloignement du punctum proximum).

3° *Le renversement de l'iris* (Ammon). Il consiste en ce que l'iris se renverse en arrière de façon à venir reposer sur la surface du corps ciliaire (fig. 64, *o*). Alors on ne voit pas l'iris à la place habituelle, comme s'il manquait à cet endroit. Le renversement total de l'iris est très rare. Il arrive plus fréquemment qu'on observe un renversement partiel de cet organe, notamment à l'endroit où il existe une rupture de la sclérotique. Alors on dirait que l'iris y fait défaut et qu'il y existe un colobome, absolument comme après l'opération de l'iridectomie (voir page 240). Cependant, dans les ruptures sclérales, un fragment peut être également déchiré de l'iris, de façon qu'il existe un vrai *colobome traumatique*.

Les traumatismes de l'iris sont, en règle générale, accompagnés d'un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Le sang qui sort des vaisseaux déchirés de l'iris descend rapidement au fond, — *hyphéma* — et disparaît le plus souvent par résorption au bout de quelques jours. C'est alors seulement qu'il est possible de bien observer les lésions subies par l'iris, et l'on trouve, par exemple, soit une iridodialyse, soit des ruptures radiales. Néanmoins, dans ce cas encore, il arrive souvent qu'il n'est possible de découvrir aucune solution de continuité dans l'iris, de façon que la source du sang reste inconnue. Dans un grand nombre de cas, le sang proviendrait d'une rupture du canal de *Schlemm* (*Czermak*).

*Traitement*. — Lorsqu'après un traumatisme les symptômes irritatifs

(1) De *ἰρις* et *ἐρημία*, solitude, absence.

sont particulièrement violents, on ordonne, pendant quelques jours, l'application de compresses de glace. Dans le cas contraire, il suffit de tenir l'œil blessé sous un bandeau et de garder le repos, éventuellement dans le lit. Remarque-t-on l'existence d'une iridodialyse, on instille de l'atropine pour empêcher que le sphincter, en se contractant, n'arrache davantage encore l'iris de ses insertions. En revanche, dans les ruptures radiaires, l'atropine est contre-indiquée, car elle pourrait amener un entrebâillement plus considérable de la rupture. En règle générale, après les traumatismes de l'iris, sans perforation des enveloppes oculaires, on n'a pas à craindre l'explosion d'une iritis. (Au sujet du traitement des traumatismes perforants, voir page 244).

Quelquefois, dans les opérations, il se produit accidentellement une iridodialyse. Ainsi lorsqu'au moment où l'opérateur a saisi l'iris avec la pince, l'œil à opérer fait un mouvement brusque et violent, l'iris peut être arraché de son insertion sur une étendue variable. Il peut même être en partie déchiré et arraché de l'œil. Une abondante hémorragie dans la chambre antérieure est la conséquence constante de ce malheureux accident. Lorsqu'on pratique l'iridectomie pour cause d'occlusion pupillaire, il peut se produire une iridodialyse de la façon suivante : L'opérateur, saisissant l'iris, cherche à l'amener au dehors ; seulement, il faut pour cela que l'iris se détache de la membrane pupillaire. Mais, lorsque l'adhérence entre l'iris et la membrane est très intime, elle ne se déchire pas, et on entraîne non seulement la membrane, mais encore l'iris du côté opposé à l'endroit où la traction s'exerce. Il s'ensuit qu'on produit une iridodialyse du côté opposé à celui où se pratique l'iridectomie. Pour prévenir cet accident, on commencera toujours par détacher l'iris de la membrane pupillaire par des mouvements latéraux de la pince, puis alors seulement on le sortira par la plaie.

Une iridodialyse peut exister sans traumatisme lorsqu'un néoplasme du corps ciliaire pénètre dans la chambre antérieure et arrache peu à peu l'iris de ses insertions (comp. aussi page 257).

Pour expliquer les modifications traumatiques de l'iris décrites plus haut, il faut prendre en considération deux faits importants. Le premier, c'est l'aplatissement que subit la cornée sous l'effort de la contusion. Comme conséquence de ce fait, la circonférence cornéenne s'agrandit et le cercle d'insertion de l'iris devient plus large également (fig. 64, l'œil dessiné par une ligne pointillée). Lorsque l'agrandissement a lieu brusquement, l'iris ne peut le suivre et il se détache en l'un ou l'autre endroit de son insertion au point qu'une iridodialyse se produit (*Arlt*). Le second fait, c'est que le coup qui atteint la cornée et l'aplatit, refoule en même temps l'humeur aqueuse. Celle-ci tend à fuir en arrière et comprime la paroi postérieure de la chambre antérieure. Cette paroi est constituée au niveau de la pupille par la cristalloïde, sur tout le reste par l'iris. Lorsque l'iris est refoulé, il est soutenu par le cristallin, sauf dans ses parties marginales, qui se trouvent au-delà du bord du cristallin. A ce point, la chambre postérieure est la plus profonde, et n'y est limitée que par la faible zonule de Zinn. C'est donc vers la périphérie de

l'iris que se trouvent les parties les moins résistantes de la paroi postérieure de la chambre antérieure, lesquelles céderont, par conséquent, les premières sous l'effort de la pression de l'humeur aqueuse.

De cette façon donc, l'iris, au niveau de sa périphérie, est refoulé par l'humeur aqueuse ; il s'y déprime en forme de sac jusqu'à la zonule de Zinn, et même jusque dans le corps vitré si la zonule vient à se rompre (fig. 64, *u*). Les conséquences immédiates des changements de position de l'iris sont de trois espèces : d'abord une violente tension des fibres de l'iris dans la direction radiée, ensuite une dilatation de la pupille, enfin une rupture éventuelle de la zonule. La première peut entraîner une iridodialyse. La dilatation brusque de la pupille peut produire des ruptures radiales du sphincter, et, comme conséquence, la paralysie de ce muscle. Quant à la rupture de la zonule, lorsqu'elle se produit, elle provoque le tremblement, la subluxation, ou même la luxation du cristallin. Si la dilatation de la pupille acquiert un degré suffisant, le cristallin, n'étant plus soutenu par la zonule, peut tomber dans la chambre antérieure, où il reste emprisonné par l'iris qui se contracte à nouveau sur sa face postérieure, — luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Enfin l'inflexion sacciforme périphérique de l'iris peut aller si loin que, sur un certain point, cet organe est entièrement replié, et qu'un renversement (fig. 64, *o*) irien en résulte (*Förster*).

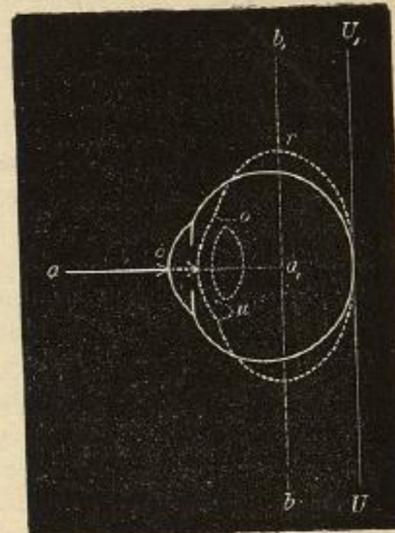


Fig. 64. — *Renversement de l'iris*. Schématisque. — Sous l'action de la force qui agit dans la direction *an.* sur le centre de la cornée, celle-ci est aplatie, et par là l'humeur aqueuse est poussée en arrière. En conséquence, on voit la partie inférieure de l'iris se incurver en arrière en forme de sac, et sa partie supérieure complètement renversée en arrière (voir aussi l'explication de la fig. 52, page 246).

### III. — TUMEURS DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE

§ 75. 1° KYSTES DE L'IRIS. — On rencontre dans l'iris des kystes séreux à contenu limpide, qui se développent dans le stroma irien et dont les parois sont constituées par du tissu irien raréfié. Ces kystes se développent à la suite de lésions traumatiques perforantes du globe et grandissent très lentement jusqu'à ce qu'ils aient atteint la face postérieure de la cornée et rempli la moitié et plus de la chambre antérieure. Alors se manifeste une hypertonie qui entraîne une cécité complète. Pour prévenir cet accident, il faut à temps, par une opération, extirper le kyste. Le procédé à suivre con-

siste à pratiquer une incision dans la cornée à l'endroit qui correspond au kyste. Ensuite, à travers l'incision, on introduit une pince et on saisit le kyste et la partie de l'iris y adhérente, et on excise le tout. Il arrive fréquemment qu'on ne réussit pas à extirper entièrement le kyste; dans ce cas, il faut s'attendre à une récurrence et une nouvelle opération est nécessaire.

2° TUBERCULOSE DE L'IRIS. — On l'observe chez les enfants et les jeunes gens. Elle se présente sous forme de tuberculose disséminée (miliaire) et de tubercules conglomérés ou isolés, c'est-à-dire sous forme de petits tubercules ou d'un grand, ressemblant à une tumeur néoplasique. D'ordinaire, les yeux atteints de tuberculose de l'iris sont perdus; cependant, on connaît quelques cas de guérison spontanée. Pour ce motif, dans les cas légers, on se bornera au début à une thérapeutique expectante, dans laquelle le traitement diététique de la tuberculose, en général, doit jouer le rôle principal. Mais si, en dépit de ce traitement, la maladie continue à faire des progrès et que la cécité est imminente, il est préférable d'enucléer l'œil pour l'empêcher de devenir la source de l'extension de la tuberculose.

3. SARCOMES. — Les sarcomes de l'iris se présentent le plus souvent sous forme de tumeurs pigmentées et brunes, qui, au début, se développent lentement, mais qui, plus tard, prennent une extension rapide, remplissent totalement la chambre antérieure et finissent par se faire jour au dehors, après avoir percé les enveloppes du globe. Les sarcomes du corps ciliaire restent pendant longtemps invisibles, parce qu'ils sont couverts par l'iris. On ne les aperçoit que lorsqu'ils ont acquis un certain développement et qu'on les voit apparaître derrière l'iris sous forme d'une bosselure brune, ou bien quand ils sont devenus si grands qu'ils envahissent la chambre antérieure. Ils apparaissent d'abord à l'angle de la chambre, en arrachant l'iris de son insertion (iridodialyse). Au point de vue de leur marche ultérieure, les sarcomes de l'iris et du corps ciliaire ressemblent à ceux qui se développent dans la choroïde; (pour les détails, voir plus loin, § 80). — Le seul traitement applicable à ces tumeurs, c'est l'extirpation radicale pratiquée le plus tôt possible. Les petits sarcomes de l'iris, on peut les enlever par l'iridectomie; on excise la partie de l'iris qui porte la tumeur. Quant aux sarcomes très développés de l'iris et du corps ciliaire, ils réclament sans retard l'enucléation de l'œil.

Les kystes séreux de l'iris constituent une affection rare. Ils ont l'apparence de bulles grisâtres et transparentes. A leur paroi antérieure, on peut reconnaître encore habituellement quelques fibres du tissu iridien raréfié, ainsi qu'un peu de pigment. Quand ils ont atteint la paroi postérieure de la cornée, ils s'aplatissent, tandis que la cornée elle-même devient trouble à l'endroit où elle en subit le con-

tact; c'est d'ailleurs ce qui arrive habituellement par suite du contact de n'importe quel tissu étranger avec la cornée. Pendant ce temps, le kyste s'est étendu également dans la direction du bord pupillaire, qu'il a refoulé dans la pupille, au point que celle-ci prend une forme de rein et plus tard celle d'une simple fente. D'autre part, le kyste se développe en arrière, force le cristallin à prendre une position oblique, puis en amène l'opacification. Toutes ces altérations entraînent des troubles visuels que souvent le patient ne remarque pas, parce que les kystes ne se développent généralement que dans des yeux blessés et dont la vision a déjà souffert du traumatisme antérieur. — Plus rares encore que les kystes séreux sont les kystes perlés, qui d'ailleurs ne se distinguent des premiers que par leur contenu. Ce dernier a une consistance de bouillie, de suif ou de gruau; parfois on y trouve également des poils. — L'examen microscopique a démontré que les parois des kystes sont constituées par du tissu iridien, dont la face interne est tapissée par un épithélium. Celui-ci sécrète le contenu séreux du kyste; au contraire, le contenu plus ferme des kystes perlés est formé par les cellules épithéliales qui s'exfolient et tombent en dégénérescence graisseuse.

Comment se développent les kystes? A l'état normal, il n'y a, dans l'iris, ni glandes ni surtout épithélium. Il s'ensuit que les kystes de cet organe ne sauraient être considérés comme des kystes de rétention. L'épithélium doit donc être introduit du dehors. Il est facile de comprendre comment la chose est possible, si nous nous rappelons qu'ils ne s'observent généralement qu'après des blessures perforantes. Ainsi, le corps vulnérant, en pénétrant dans l'œil, entraîne soit un peu d'épithélium provenant des bords palpébraux, de la conjonctive ou de la cornée, soit peut-être un cil avec son follicule. Ces tissus sont alors déposés dans la chambre antérieure ou même dans le tissu de l'iris. L'épithélium y trouve un milieu favorable à son développement. Plus tard, il s'y forme une cavité par une accumulation de liquide qui distend les cellules épithéliales et leur fait jouer le rôle de revêtir la nouvelle cavité kystique (*Buhl, Rothmund*). — Pour corroborer cette interprétation, qui jusqu'ici paraît la meilleure, on a cherché à implanter des lambeaux de tissu vivant dans la chambre aqueuse (*Doremaal, Goldzieher*). Le tissu implanté se vascularisa par l'intermédiaire des vaisseaux de l'iris et se développa jusqu'à un certain point, puis commença à régresser. — On a pourtant cherché à expliquer la formation des kystes d'une autre manière. *Wecker* admet que par des synéchies postérieures une partie de la chambre postérieure s'isole et forme un sac; plus tard, par l'accumulation de liquide, le sac se transforme en cavité kystique. D'après *All*, certaines synéchies antérieures peuvent également donner lieu à la formation de semblables sacs. *Eversbuch* pense que, sous l'influence du traumatisme, les lamelles les plus internes du ligament pectiné sont décollées, par exemple par le sang qui s'y épanche. Le décollement de ces lamelles se propage dans la direction centripète, de telle sorte que le tissu de l'iris se divise en deux feuillets — qui seront les parois du kyste — jusqu'au niveau du bord pupillaire. En ce qui concerne les cas plus rares de kystes spontanés, c'est-à-dire de kystes qui ne proviennent pas d'un traumatisme, *Schmidt-Rimpler* pense qu'ils sont constitués par une crypte dont l'ouverture s'est oblitérée, et dont la cavité s'est, par après, remplie de liquide. — Il ne faut pas

confondre les kystes avec les vésicules de cysticerque qui s'observent, très rarement, dans la chambre antérieure. Ces vésicules s'y trouvent tantôt à l'état libre, tantôt fixées à la face antérieure de l'iris.

La *tuberculose* de l'iris est une affection excessivement rare, mais qui n'en est pas moins bien connue par la raison qu'on peut la provoquer par voie expérimentale. *Cohnheim* a démontré qu'en introduisant des masses tuberculeuses dans la chambre antérieure, on fait naître une tuberculose de l'iris. Pour faire l'expérience, il faut que les masses tuberculeuses (des lambeaux excisés de glandes lymphatiques tuberculeuses, des granulations curettées d'articulations tuberculeuses, etc.) soient rendues aseptiques, c'est-à-dire libres d'éléments pyogènes sinon, après leur introduction dans la chambre antérieure, elles provoquent une violente iridocyclite ou même une panophtalmite qui entraîne la perte de l'œil. Il vaut donc mieux se servir de cultures pures de bacilles. — Les lambeaux de tissu tuberculeux introduits dans la chambre antérieure y provoquent une légère irritation, qui disparaît au bout de quelques jours. Les lambeaux de tissu eux-mêmes se résorbent d'ailleurs rapidement, l'œil reprend bientôt son aspect normal, comme si l'expérience était restée sans résultat. Ce n'est qu'au bout de vingt à trente jours que l'œil se met de nouveau à s'injecter et à montrer les symptômes de l'iritis, en même temps que, dans l'iris, on remarque de petites nodosités grises. Celles-ci se développent, deviennent confluentes, remplissent plus tard la chambre antérieure, et finissent par se frayer un passage au dehors. En règle générale, l'animal en expérience meurt plus tard par suite d'une infection tuberculeuse généralisée produite par l'infection de l'œil. — L'iritis tuberculeuse est mise à profit pour démontrer la nature tuberculeuse de fragments de tissus excisés. Dans ce but, on les introduit dans la chambre antérieure d'un lapin, et on observe si, après le temps d'incubation ordinaire, des tubercules se développent dans l'iris.

La tuberculose de l'iris, produite ainsi expérimentalement chez les animaux, constitue une tuberculose primitive, tandis que la tuberculose de l'iris chez l'homme est de nature secondaire, c'est-à-dire provoquée par un foyer tuberculeux ayant son siège dans un autre point du corps. En effet, dans le plus grand nombre de cas de tuberculose de l'iris, on trouve encore, dans d'autres organes, des symptômes de l'une ou de l'autre affection tuberculeuse (poumons, ganglions lymphatiques, os, etc.). Dans beaucoup de cas, cependant, sauf l'affection des yeux, les patients paraissent entièrement sains; mais, même alors, l'on doit admettre quelque foyer tuberculeux primitif — cliniquement indémontrable — (par exemple des ganglions bronchiques caséux). Abrisé qu'il est, l'iris ne peut pas être infecté de tuberculose par des agents extérieurs, comme par exemple le cas se présente pour la conjonctive, qui est assez fréquemment envahie par la tuberculose primaire. On ne pourrait songer à une infection tuberculeuse directe de l'iris qu'en cas de traumatisme perforant, ce que j'ai, en effet, observé une fois.

Chez l'homme, la *tuberculose disséminée de l'iris* se présente, en général, sous forme d'une iritis dont le signe caractéristique est constitué par la présence de petites nodosités grises translucides. Celles-ci sont l'objet d'évolutions constantes: tandis que les unes disparaissent, d'autres nouvelles réapparaissent. Finalement, la guérison peut survenir; plus souvent cependant, l'œil finit par s'atrophier

par suite d'une iridocyclite plastique. Souvent la maladie est bilatérale. L'extirpation par l'iridectomie des tubercules des parties de l'iris qui les portent, est une opération qui généralement n'est suivie d'aucun succès, puisque, sur d'autres points de l'iris, se développent de nouveaux tubercules.

Jusqu'ici, le *tubercule solitaire* n'a été observé que sur un seul côté. Il se présente soit accompagné de granulations miliaires, soit le plus souvent sans elles, et sans les symptômes de l'iritis, de façon qu'il ressemble à un néoplasme. *v. Graefe*, le considérant comme un néoplasme, le décrit sous le nom de *granulome*, parce que *Virchow*, qui avait examiné la tumeur anatomiquement, lui avait reconnu les caractères du tissu de granulation. La marche ultérieure semble tout d'abord confirmer le diagnostic de néoplasme, car il ne cesse de se développer, et, finalement, perforant la cornée près de son bord, il se fraie une issue au dehors. Mais alors cette tumeur, au lieu de continuer à se développer, se détruit, de façon qu'à la fin le globe oculaire se transforme en un moignon atrophique. C'est *Haab* qui, le premier, a démontré que la tumeur, considérée autrefois comme un granulome, n'est autre chose qu'un tubercule. Au point de vue du traitement, l'erreur de diagnostic serait de peu d'importance, l'énucléation étant dans tous les cas indiquée, qu'il s'agisse d'un néoplasme ou d'un granulome. Les fonctions d'un œil qui est le siège d'un granulome sont toujours perdues, et l'organe peut devenir la source d'une infection tuberculeuse générale. — Dans le corps ciliaire, on a également observé des tumeurs tuberculeuses solitaires.

Il y a des cas où, par la formation de petites tumeurs dans l'iris, se produit l'image d'une tuberculose disséminée, alors qu'une autre affection en est la cause. Il en est ainsi dans les cas rares d'iritis avec formation de tumeurs, dans la leucémie et la pseudo-leucémie. Ensuite, dans les cas où, au milieu de symptômes inflammatoires violents, de petites tumeurs se sont développées dans l'iris, quelques mois après que des poils de chenille s'étaient introduits dans l'œil. L'examen des petites tumeurs excisées a démontré qu'elles contenaient ces poils, qui s'étaient introduits dans l'iris, après avoir perforé la cornée (*Pagenstecher, Weiss, Wagenmann*).

On a encore donné le nom de granulome de l'iris aux prolapsus iridiens bourgeonnants, qui prennent la forme de petits champignons. Il vaut mieux ne pas se servir de cette expression. Elle donne lieu à confusion d'un côté entre le granulome et le tubercule dont nous venons de parler, d'un autre côté en faisant croire qu'il s'agit ici d'un véritable néoplasme.

Il se rencontre encore dans l'iris des tumeurs bénignes, que l'on désigne sous le nom de *mélanomes*. On les observe sous deux formes différentes. L'une consiste en une tumeur noirâtre qui naît dans le stroma iridien et proémine dans la chambre antérieure. Cette sorte de mélanome est produite par une prolifération des cellules pigmentées du stroma iridien. Les mélanomes de la seconde espèce siègent sur le bord pupillaire de l'iris. Ils s'y développent aux dépens de la couche de pigment rétinien au point du bord de la pupille où elle se réfléchit sur la face antérieure de l'iris. Ce sont de petites tumeurs noires faisant saillie dans le champ de la pupille. Il arrive quelquefois que, par suite du jeu de la pupille, ces

tumeurs se détachent du bord pupillaire, et alors elles se déposent en liberté dans la chambre antérieure. — Ces deux espèces de mélanomes sont de nature identique. Toutes les deux sont des tumeurs bénignes, et ne diffèrent que par leur plus ou moins grand développement. Cependant, on connaît des cas de mélanomes de la première espèce, qui ont donné plus tard naissance à des sarcomes pigmentés.

Le diagnostic différentiel des tumeurs de l'iris rencontre quelquefois des difficultés. Une tumeur non pigmentée de l'iris peut être : une tumeur syphilitique (papule ou gomme), un tubercule solitaire, ou un sarcome incolore. Les signes distinctifs sont :

1° Les sarcomes contiennent le plus de vaisseaux; les tumeurs syphilitiques sont moins vascularisées et les tubercules ne contiennent presque pas de vaisseaux du tout. Dans ce dernier cas, on rencontre quelquefois de petits tubercules de teinte grise, qui ont un aspect caractéristique et qui siègent dans le voisinage de la grosse tumeur;

2° Les papules de l'iris ne siègent que sur son bord pupillaire ou ciliaire, jamais à un autre endroit, tandis que d'autres tumeurs peuvent occuper n'importe quel point de la surface de l'iris;

3° L'iridie se manifeste plus tôt dans les tumeurs syphilitiques et tuberculeuses que dans le sarcome;

4° Le tubercule ne se trouve guère que chez les individus au-dessous de vingt ans, tandis que les deux autres espèces de tumeurs s'observent généralement au-delà de cet âge;

5° Ce qu'il y a de plus important, c'est l'examen général du malade. Par là on doit établir si d'autres organes sont atteints soit de syphilis, soit de tuberculose. Dans les cas douteux, il est permis d'instituer un traitement mercuriel énergique, et du résultat qu'on en obtient on pourra conclure à la nature de la tumeur.

Parmi les tumeurs colorées, les sarcomes pigmentés et les mélanomes (la première forme) se ressemblent excessivement fort. On ne peut les distinguer avec certitude qu'en établissant soit par les commémoratifs, soit par l'observation, s'ils prennent ou non de l'extension.

Mentionnons encore comme très rares : les tumeurs vasculaires (*Mooren, Schirmer*), les myomes (*Lagrange*), les myosarcomes prenant leur point de départ dans le muscle ciliaire (*Wecker, Ivanoff, Dreschfeld, Deutschmann*), enfin les tumeurs lépreuses (*Bull et Hansen*).

#### IV. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ DE L'IRIS

§ 76. Les troubles de la motilité de l'iris se manifestent par la diminution de la réaction de cet organe, mais surtout par le changement du diamètre pupillaire. Ce changement est surtout frappant quand il n'y a qu'un seul œil malade, de façon à produire une anisocorie (1). Cette différence dans le

(1) De α - ἴσος égal, et de κόρη, pupille.

diamètre des pupilles a toujours un caractère pathologique, car, à l'état normal, les deux pupilles ont, en toutes circonstances, un diamètre égal. Les modifications pathologiques de la largeur pupillaire sont ou bien un élargissement (mydriase), ou bien un rétrécissement (miosis) de la pupille. Chacun de ces deux états peut provenir soit d'un spasme (état actif ou spasmodique) ou d'une paralysie (état passif ou paralytique). La mydriase spasmodique résulte de la contraction active des fibres dilatatrices de la pupille, la mydriase paralytique, au contraire, de la paralysie du sphincter. La réciproque a lieu pour le miosis. Ainsi le miosis spasmodique consiste en une contraction du sphincter, le miosis paralytique en une paralysie des fibres dilatatrices.

##### a) Mydriase

La mydriase *spasmodique* accompagne les états irritatifs du cerveau les plus divers.

La mydriase *paralytique* est de loin la plus fréquente. Elle résulte de la paralysie des fibres de l'oculo-moteur commun, dont les ramifications innervent les muscles intérieurs de l'œil, le sphincter pupillaire et le muscle ciliaire. Il s'ensuit qu'habituellement on trouve ces deux muscles paralysés en même temps. La paralysie de l'oculo-moteur peut être plus ou moins étendue; elle peut frapper seulement un certain nombre de ses branches, ou les atteindre toutes, ou bien encore elle peut se borner au sphincter (seul, ou à celui-ci, en même temps qu'au muscle de l'accommodation). Ces paralysies isolées s'observent : 1° au début d'une affection cérébrale chronique; 2° dans la syphilis; 3° dans les empoisonnements. Ici se rangent avant tout les alcaloïdes connus sous le nom de mydriatiques. Ensuite dans les empoisonnements par des substances corrompues (telles que viandes, poissons, saucissons gâtés, etc.) se manifeste la paralysie de l'accommodation et de la pupille; 4° après la diphtérie (comparez § 151).

On explique les paralysies de la pupille et de l'accommodation après les contusions et l'hypertonie par une lésion toute locale du sphincter et du muscle accommodateur. Dans le cas de contusions, outre l'ébranlement, il existe de petites ruptures et des épanchements sanguins dans les muscles en question. Dans le cas d'hypertonie, au contraire, la paralysie résulte de la compression subie par le nerf, compression qui amène très rapidement l'atrophie des fibres musculaires elles-mêmes.

La dilatation pupillaire dans la cécité complète (amaurose) ne doit pas être considérée comme un trouble de la motilité de l'iris; c'est une suspension du réflexe pupillaire physiologique dépendant de l'insensibilité de la rétine à l'action de la lumière.

## b) Miosis

On observe le miosis *spasmodique* au début d'une méningite. On obtient le miosis le plus intense par l'instillation des alcaloïdes constricteurs de la pupille (miotiques). Certains poisons provoquent aussi un degré moins élevé de miosis, tels sont l'opium, le chloral, la nicotine.

Le miosis *paralytique* est un des symptômes les plus importants de la paralysie du sympathique cervical. Ensuite, il accompagne très fréquemment les affections spinales, notamment le tabès dorsal. Le *miosis spinal* présente encore cette particularité que la pupille cesse de se contracter sous l'action de la lumière, tandis qu'elle se contracte encore dans l'accommodation et la convergence (symptôme d'Argyll Robertson). (voir page 290)

La dilatation ou le rétrécissement de la pupille non accompagnés de paralysie de l'accommodation n'amènent par eux-mêmes pas de gêne sensible de la vue. Il est donc rare qu'il faille les traiter comme tels. Ils ne sont réellement importants que parce qu'ils constituent un symptôme grave d'une affection plus profonde et plus étendue. Cette dernière affection constitue donc seule l'objet du traitement. Comme traitement symptomatique, on peut, contre la mydriase paralytique, prescrire les miotiques et l'électricité.

La *paralysie du grand sympathique* se reconnaît à un ensemble de symptômes dont *Horner* a, le premier, fait le tableau complet : la pupille est rétrécie en raison de la paralysie de ses fibres dilatatrices. Cet état se trahit surtout par le fait que la pupille ne se dilate pas, quand on place l'œil dans l'obscurité. La fente palpébrale est plus petite à cause de la chute de la paupière supérieure. La ptosis (1) modérée qui en résulte dépend de la paralysie des fibres musculaires lisses de la paupière supérieure décrites par *Müller* (muscle palpébral supérieur), et qui sont innervées par le grand sympathique. Le globe lui-même paraît souvent un peu rentré dans l'orbite, et moins tendu. Un symptôme important est la différence d'injection sanguine que présentent les vaisseaux des deux côtés de la face. Dans la paralysie récente, le côté paralysé de la face est plus rouge et plus chaud; plus tard, c'est le contraire qui se produit, le côté paralysé est plus pâle, plus froid et ne transpire plus (chez l'homme on le constate facilement à la doublure du chapeau qui n'est mouillée de sueur que d'un seul côté). — Les paralysies du grand sympathique dépendent soit de lésions plus ou moins graves de la

(1) A l'exemple de *Littre* et de *Wecker* nous mettons *Ptosis* au féminin (note des Traducteurs).

région du cou, par exemple de traumatismes accidentels (entre autres une fracture de la clavicule), soit de l'extirpation de tumeurs, soit d'une compression exercée sur le nerf par ces tumeurs (le plus souvent un goitre, ou des glandes lymphatiques hypertrophiées). Parmi les affections centrales, on a observé, comme cause de la paralysie du sympathique, les lésions de la moelle épinière, comme le tabès ou la blessure de la partie la plus élevée de la moelle cervicale. Dans un grand nombre de cas, la cause reste ignorée. La paralysie ne produit aucun inconvénient sauf la difformité résultant de la légère ptosis. Aussi, souvent, ce n'est qu'accidentellement qu'elle est découverte par le médecin.

On désigne sous le nom d'*Hippus* un état pathologique consistant en un changement continu et rapide de la largeur de la pupille. Déjà, à l'état physiologique, la pupille n'est jamais entièrement en repos; aussi est-il difficile de dire où se trouvent les limites entre les mouvements pupillaires pathologiques et physiologiques, tellement que beaucoup d'auteurs prétendent qu'il n'existe pas d'*hippus* véritable. (Pour les troubles de la motilité du corps ciliaire, voir les anomalies de l'accommodation § 151.)

## V. — ANOMALIES CONGÉNITALES DE L'IRIS

§ 77. 1° MEMBRANE PUPILLAIRE PERSISTANTE. Cette membrane consiste en un tissu gris ou brun, qui dans le champ pupillaire, repose sur la capsule antérieure et est habituellement adhérent à l'iris par l'intermédiaire de filaments bruns. Très souvent, la membrane est représentée par de simples filaments qui, s'étendant d'un côté à l'autre du bord pupillaire, forment une espèce de pont sur la pupille, ou qui s'insèrent d'un côté à l'iris et de l'autre à la capsule cristallinienne. Ces filaments ont beaucoup de ressemblance avec les synéchies qui persistent après une iritis. Seulement, ils ne s'insèrent pas, comme celles-ci, aux bords de la pupille même, mais plus en dehors, au niveau du petit cercle situé sur la face antérieure de l'iris (fig. 65). C'est, en effet, ce petit cercle, ainsi que nous l'apprend l'embryologie (voir page 293), qui fournit les vaisseaux de la membrane pupillaire.

2° COLOBOME (1) DE L'IRIS. — Le colobome congénital de l'iris est toujours situé en bas. La pupille s'étend jusqu'au bord inférieur de la cornée, tout en se rétrécissant graduellement, de façon qu'elle prend la forme d'une poire dont la pointe touche le bord cornéen inférieur (fig. 66). Lesphinc-

(1) κολλήσιμα, mutilation.

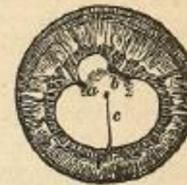


FIG. 65. — Reste de la membrane pupillaire. — Celui-ci, se détache sous forme d'un fin filament c, du petit cercle de l'iris et se dirige vers le milieu de la pupille où il s'attache à une petite opacité capsulaire ronde, blanche. Malgré ce filament, la moitié inférieure de l'iris s'est contractée sous l'influence de l'atropine, de sorte que le filament est fortement étiré; au contraire, deux synéchies postérieures a et b empêchent la partie supérieure de l'iris d'obéir à l'action de l'atropine (voir la légende de la fig. 58).

ter borde la pupille, y compris le colobome jusque près de sa pointe. C'est par là que le colobome congénital se distingue du colobome artificiellement établi par l'iridectomie. Dans ce dernier, le sphincter fait défaut dans le champ du colobome, parce qu'on l'a coupé, et on le voit se terminer par des angles aigus aux limites de la pupille et du colobome (Fig. 161, a et a<sub>1</sub>). Le colobome de l'iris s'accompagne très souvent d'un colobome de la choroïde et du corps ciliaire (voir § 81), et quelquefois même le cristallin

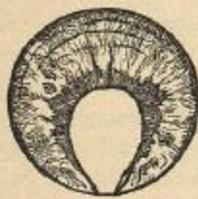


FIG. 66. — Colobome congénital de l'iris. Gross. 2/1. — La pupille pyriforme est entourée par le sphincter, qui se rétrécit graduellement vers le bas, de façon que dans les parties inférieures du colobome, on ne peut plus le voir; en revanche, ici, le liséré noir appartenant au pigment rétinien de l'iris est d'autant plus large. On ne voit que dans sa partie supérieure les sillons de contraction de l'iris.

présente une entaille au niveau de son bord, correspondant à l'endroit du colobome (colobome du cristallin).

3° IRIDÉRÉMIE (ANIRIDIE). — L'iris peut faire défaut dans sa totalité, ou bien un petit reste peut persister. C'est une anomalie qui est souvent compliquée de troubles congénitaux de la cornée ou du cristallin.

4° ECTOPIE DE LA PUPILLE (1). — Déjà, dans l'œil normal, la pupille ne se trouve pas exactement au milieu; elle est située un peu en dedans et en bas. Tandis qu'habituellement on ne remarque cela qu'en l'examinant attentivement, il se présente des cas où l'ectopie est si sensible qu'elle saute aussitôt aux yeux, car la pupille peut être située tout à fait excentriquement dans le voisinage du bord cornéen. Ce déplacement a été observé de tous les côtés, et il est fréquemment compliqué d'un déplacement correspondant du cristallin (ectopie du cristallin).

Les anomalies congénitales que nous venons de mentionner sont le plus souvent bilatérales. Elles sont fréquemment héréditaires, de sorte qu'on les trouve souvent sur plusieurs membres d'une même famille; fréquemment aussi, elles s'accompagnent d'autres difformités congénitales. C'est pour ce motif que les troubles de l'acuité visuelle sont souvent beaucoup plus notables que ne l'auraient fait supposer les conditions optiques. Dans les yeux de cette espèce, on observe souvent un état de myopie élevée, d'hypermétropie, ou d'astigmatisme, ou encore un défaut de développement de la rétine, ou de tout l'œil qui est sensiblement plus petit (microphthalmus).

La *membrane pupillaire persistante* se rencontre relativement assez souvent chez les enfants nouveau-nés, mais elle disparaît le plus souvent, sauf dans un petit nombre de cas où il en persiste des vestiges pendant toute la vie. Les

(1) Également corectopie de *σφην* pupille, *ἐκ* et *τόπος* lieu.

filaments bruns qui s'étendent entre la pupille et la capsule sont des vaisseaux sanguins oblitérés, enveloppés de pigment. Ils ne gênent pas le libre mouvement de la pupille. Celle-ci se dilate au maximum sous l'action de l'atropine, sans perdre sa forme circulaire, car ces filaments sont excessivement extensibles. C'est là un signe qui les distingue très clairement des synéchies produites par une inflammation.

Le colobome congénital de l'iris se présente sous diverses formes. A côté du colobome pyriforme déjà décrit, on en observe quelquefois où la pupille acquiert la forme d'un trou de serrure, comme ceux qu'on pratique artificiellement. Une forme particulière est celle que présente le colobome en pont. La pupille alors est séparée du colobome par un mince filament de tissu iridien, qui s'étend, comme un pont, d'un bord du colobome à l'autre. — Il se rencontre relativement souvent des colobomes incomplets. Alors on observe une encoche peu profonde du bord pupillaire, ou bien, à la place du colobome, on trouve l'iris autrement coloré, parce qu'à cet endroit les couches antérieures de l'iris font défaut. — Dans les yeux atteints de colobome, se développe fréquemment une cataracte, d'ordinaire compliquée et non opérable. Si je puis en juger d'après un cas dont j'ai pu observer moi-même la marche, voici comment cette cataracte se développe: la rétine, qui est adhérente au bord du colobome, subit des tiraillements, comme lorsqu'elle est enclavée dans une cicatrice sclérale (voir p. 248). A la suite de ce tiraillement, la rétine se décolle d'abord au niveau du bord du colobome, et plus tard dans toute son étendue. L'opacification du cristallin doit être uniquement considérée alors comme le résultat habituel du décollement total de la rétine.

La formation du colobome s'explique par l'occlusion incomplète de la fente oculaire fœtale; celle-ci étant située en bas, il est naturel que le colobome occupe également cet endroit (pour plus de détails, voir les colobomes de la choroïde, § 81). Toutefois, l'explication que nous venons de donner ne s'applique pas aux colobomes extraordinairement rares, qui ne se trouvent pas en bas. J'ai vu moi-même, il n'y a pas longtemps, un colobome congénital ayant la forme habituelle d'une poire, qui était tourné en haut et en dedans.

En ce qui concerne les anomalies congénitales si fréquentes de la teinte de l'iris, voir § 37.