

la paralysie des différentes branches nerveuses qui se distribuent dans l'iris.

Par suite de sa grande vascularité, l'iris s'enflamme fréquemment et sous l'influence de causes très diverses. L'inflammation est aiguë ou chronique : une iritis aiguë peut survenir à la suite d'une plaie, d'une contusion de l'œil ; elle accompagne ordinairement les ophtalmies purulentes, mais, en général, l'iritis a plutôt une marche chronique. Elle est parfois sous la dépendance de l'affection rhumatismale, mais la cause par excellence de l'iritis est la syphilis. Bien que l'iritis syphilitique n'ait pas, en réalité, de caractère pathognomonique, on peut cependant dire qu'elle a une physionomie particulière qui trompera peu un observateur exercé. Je rappellerai que la déformation de la pupille, le changement de couleur de l'iris, la perte de son aspect brillant, les irrégularités de sa surface, qui forment parfois de véritables petites tumeurs, le cercle gris péri-kératique et de violentes douleurs circum-orbitaires sont les principaux symptômes auxquels on reconnaîtra l'iris. Souvent, des exsudats se déposent dans le champ pupillaire, obscurcissent plus ou moins complètement la vision, déterminent la production de synéchies, et, si un traitement énergique et spécifique n'intervient pas, la vision peut être à jamais perdue. L'iritis est une maladie très insidieuse, l'iritis syphilitique surtout, en ce que, à un examen superficiel, l'œil paraît à peine malade, à cause du peu de réaction produit sur la conjonctive et sur la cornée.

L'iris est le siège d'une opération qui, il y a quelques années, a fortement agité le monde chirurgical : nous voulons parler de l'*iridectomie*.

L'iridectomie consiste à retrancher une portion plus ou moins grande de l'iris, que l'on a attirée à l'extérieur à travers une incision faite à la cornée.

Jusqu'en 1852, l'incision, le décollement, l'excision ou l'arrachement de l'iris, désignés dans les traités spéciaux par des noms plus difficiles à retenir que le manuel opératoire lui-même, n'avaient qu'un seul but, ne répondaient qu'à une seule indication : ouvrir une porte aux rayons lumineux à travers un iris obli-téré, en un mot, pratiquer une pupille artificielle, ce qu'avait fait pour la première fois, en 1728, le chirurgien anglais Cheselden.

Le champ des indications opératoires a été singulièrement agrandi par de Graefe. Ce chirurgien, ayant rattaché la production du glaucome à une irido-choroïdite, eut la pensée logique de combattre cette terrible affection en s'attaquant directement à la cause immédiate. Il fit l'iridectomie et réussit. Appliquée au traitement du glaucome aigu, l'iridectomie est une conquête précieuse, quel que soit d'ailleurs son mode d'action. Pour bien fixer le but qu'il se proposait, de Graefe la désigna sous le nom d'*iridectomie antiphlogistique*, en opposition à l'iridectomie pratiquée pour rétablir la pupille obstruée par une cause quelconque, qu'il appela *iridectomie optique*.

On a appliqué l'iridectomie au traitement du glaucome chronique, mais sans succès, à cause des désordres irréparables qui succèdent dans les milieux de l'œil à la pression intra-oculaire longtemps prolongée. L'iridectomie antiphlogistique a été souvent tentée également contre divers états inflammatoires chroniques de l'œil : les kératites vasculaires, par exemple, dont je parlais plus haut. J'ai plusieurs fois combiné ce traitement avec la tonsure conjonctivale, mais sans résultat sérieux.